

Body Project Treatment: ny gruppebasert behandling for spiseforstyrrelser

TEKST

Line Wisting

Trine Wiig Hage

Ida Aarmo

Anne Louise Wenersberg

Sylvi Norang Haugnes

Marit Danielsen

PUBLISERT 1. november 2023

DOI <https://doi.org/10.52734/SZNT1998>**ABSTRACT:**

Objective: This study aimed to explore the feasibility of the Body Project Treatment (BPT) in Norway and examine potential reductions in eating disorder (ED) psychopathology from pre- to post-test.

Method: This is a mixed-method design pilot study. A total of 34 females with ED participated in BPT groups. Participants completed self-report questionnaires at pre- and post-test and were invited to participate in focus groups after completing BPT. Feedback from clinicians was also gathered.

Results: Overall, BPT was found to be feasible, and significant reductions in ED psychopathology were demonstrated between assessments. Participants were generally satisfied with participating in BPT groups. The main themes that emerged from focus groups included i) shared experiences, ii) clear structure and iii) changes in body and mind.

Conclusions: Results indicate that BPT is feasible and may produce reductions in ED symptoms. Further effects remain to be explored in a large-scale study.

Keywords: eating disorders, treatment, outpatient, transdiagnostic, intervention feasibility

EMNER

Spiseforstyrrelser

Behandling

kroppsbilde

Gruppeterapi

poliklinisk

Spiseforstyrrelser (SF) er en gruppe psykiske lidelser som kjennetegnes av forstyrret spiseforferd, kompensierende atferd og overopptatthet av kropp og vekt, og inkluderer hovedtypene anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Forekomsten av SF er omkring 13–15% for unge kvinner (Allen et al., 2013) og kjennetegnes ofte av langvarig forløp, redusert livskvalitet og daglig fungering, komorbiditet og økt dødelighet (Swanson et al., 2011). I tillegg vet vi at en del med SF ikke oppsøker eller får behandling (Swanson et al., 2011). Forfatterne av studien foreslår flere mulige potensielle grunner til dette, som fornektelse av symptomer på SF, skam og/eller stigma. Evidensbaserte

behandlingsformer for SF består ofte av omtrent 20 individuelle timer (Wilson & Zandberg, 2012) og er ressurskrevende i form av tid og kostnader. Eric Stice et al. utviklet derfor en ny, kortvarig poliklinisk og gruppebasert behandling for SF: *Body Project Treatment* (BPT). BPT tar utgangspunkt i den firetimers gruppebaserte forebyggingsintervensjonen *Body Project*. Det er det mest effektive selektive forebyggingsprogrammet innen SF når det gjelder å redusere SF-risikofaktorer (inkludert kroppsmisnøye og internalisering av tynnhetsidealet) og symptomer, ifølge meta-analyser (Le et al., 2017; Watson et al., 2016). *Body Project* er en interaktiv lavterskelintervensjon som fokuserer på kroppsbilde og kulturelle bidragsyttere til kroppsmisnøye (Stice et al., 2013; Stice, Marti, et al., 2019; Stice et al., 2021; Stice et al., 2020) og er basert på kognitiv dissonans (Festinger, 1957). I BPT møtes seks til åtte personer med SF og to gruppeledere en gang i uken i åtte uker (totalt åtte timer). Det er en transdiagnostisk behandlingstilnærming, slik at personer med alle typer SF kan delta. En studie fra USA fant at 77% av deltakerne med SF ikke lenger oppfyller kriteriene for SF seks måneder etter deltakelse i BPT sammenlignet med kontrollgruppen (gruppebasert mindfulness rettet mot SF) (Stice, Rohde, et al., 2019). Forfatterne konkluderer med at selv om begge gruppene virket å være effektive, produserte BPT større effektstørrelser og signifikant høyere tilfriskningsrate. Til tross for lovende resultater innledningsvis så trengs det mer forskning på effekt av BPT. Denne nye behandlingsformen er ikke blitt testet ut i Norge tidligere. Det er derfor viktig å undersøke gjennomførbarhet i en norsk kontekst før man eventuelt setter i gang en større og mer ressurskrevende effektstudie.

Hensikten med dette prosjektet var derfor å undersøke gjennomførbarhet av BPT blant unge kvinner med SF under norske forhold. Erfaringene fra deltakere, gruppeledere og behandlingsansvarlige kan gi et grunnlag for å se om det er mulig å implementere BPT i Norge. Vi ønsket også å undersøke om det var endringer i grad av SF-psykopatologi fra før til etter deltakelse i BPT. Vi vil bruke en mixed-method-tilnærming for å belyse dette, med kvantitative metoder for å undersøke endring i utfall og kvalitative metoder for å utforske erfaringene som pasienter og behandlere har med gruppetilbudet.

Metode

Dette prosjektet er et kvalitetsutviklingsprosjekt hvor både kvalitative og kvantitative metoder benyttes. Prosjektet er et samarbeid mellom Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) ved Sykehuset Levanger. Deltakere ved OUS ble rekruttert fra Nydalen DPS, mens deltakere fra Sykehuset Levanger ble rekruttert fra både BUP og VOP. Alle deltakerne i studien mottok poliklinisk behandling lokalt i tillegg til BPT. Prosjektet er et kvalitetsutviklingsprosjekt og er godkjent av personvernombudet ved OUS (saksnummer 21/01370) og ved Helse Nord-Trøndelag (saksnummer 2021/1327 – 9528/2021). Alle deltakerne har signert informert samtykke i tråd med tilrådingene.

Deltakere

Utvalget består av 34 deltakere, 16 fra OUS og 18 fra Sykehuset Levanger. Gjennomsnittsalder er 22,2 år ($SD = 6,2$ år, variasjonsbredde = 15,2–44,0 år), og gjennomsnitts-KMI er 21,5 ($SD = 3,7$, variasjonsbredde = 17,6–31,5). Pasientene fra OUS ($n = 16$) er diagnostisert av lokal behandler. Det er ikke gjennomført videre diagnostisering ved inkludering i prosjektet. Deltakerne i RKSF er diagnostisert av sine behandlere, og diagnosene er kvalitetssikret av gruppeleder / spesialist i psykiatri. Totalt hadde femten pasienter anoreksi eller atypisk anoreksi, åtte bulimi eller atypisk bulimi, fem overspisingslidelse, én andre spesifiserte SF og to uspesifiserte SF. Tre pasienter endte opp uten en formell SF-diagnose, men med utfordringer knyttet til mat, kropp og vekt. Alder, kroppsmasseindeks (KMI) og grad av SF-psykopatologi ved inklusjon er presentert i tabell 1. Totalt åtte pasienter droppet ut av gruppene, fire fra OUS og fire fra RKSF, noe som gir en total drop-out-rate på 23,5%. Årsaker til frafallet ble ikke systematisk registrert, men frafall skyldtes hovedsakelig utfordringer knyttet til å delta aktivt i gruppe, ulike symptomer i gruppen og ytre aspekter som sykdom i familie eller jobbsituasjon.

Tabell 1

EDE-Q- og CIA-skårer ved oppstart for hele utvalget

	N = 30 GJENNOMSNIITT (SD)
EDE-Q Globalskår	4.31 (0.95)
EDE-Q Restriksjon	4.20 (1.17)
EDE-Q Bekymring for spising	3.41 (1.17)
EDE-Q Bekymring for vekt	4.53 (1.21)
EDE-Q Bekymring for figur	5.09 (0.84)
	N = 31
	Gjennomsnitt (SD)
CIA Globalskår	32.35 (8.07)

Merknad. SD: Standardavvik. EDE-Q: Eating disorder examination questionnaire. CIA: Clinical impairment assessment questionnaire. Det mangler utfylte EDE-Q- og CIA-skjema for henholdsvis fire og tre deltakere ved oppstart.

Intervensjonen: Body Project Treatment

Body Project Treatment er et transdiagnostisk gruppebasert, poliklinisk behandlingstilbud for pasienter med SF. Mellom seks og åtte pasienter er med i gruppene ledet av to klinikere. Målet med BPT er å skape kognitiv dissonans. Dette gjøres ved at gruppeledere stiller åpne spørsmål om ulemper ved utseendeidealer og spesifikke symptomer på SF, inkludert restriktiv spising, overspising og kompensatorisk atferd. Deltakerne deltar aktivt gjennom skriftlige, muntlige og atferdsmessige oppgaver med mål om å øke kognitiv dissonans og dermed legge til rette for reduksjon av SF-symptomer. Et eksempel på en hjemmeoppgave er å skrive et brev til en yngre jente om ulempene ved å strebe etter tynnhetsidealet og hvorfor hun ikke må gjøre dette. (For en oversikt over innholdet i de ulike møtene og hjemmeoppgavene, se appendiks nederst i artikkelen.) Gruppeledere får seks–åtte timers opplæring i en workshop, og de må forberede seg i form av rollespill og ved å lese gjennom en manual.

Prosedyre

Informasjon om prosjektet ble formidlet skriftlig og muntlig ved behandlingsstedene. Siden BPT er transdiagnostisk, kunne pasienter med alle SF-diagnoser henvises, med unntak av de med alvorlig undervekt (KMI < 17). Inkluderte pasienter fylte ut spørreskjemaer ved oppstart og avslutning (åtte uker mellom måletidspunktene). Gjennom prosjektperioden (vår 2021 til vår 2022) ble det gjennomført to grupper ved OUS og tre ved Sykehuset Levanger. Deltakere i fire av gruppene deltok også i kvalitative fokusgruppeintervjuer etter gjennomført BPT. Henvisende behandlere ble også invitert til å delta i egne fokusgruppeintervjuer der vi ville undersøke erfaringene de hadde med at pasientene deres var med på BPT. Dette viste seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis, og behandlerne ble derfor invitert til å sende inn tilbakemeldinger direkte til gruppeledere. Alle deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og har levert signert samtykke. For to deltakere under 16 år har foreldre gitt skriftlig samtykke.

Kvalitativ metode

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med totalt 13 deltakere. Det var mellom to og seks deltakere i hver fokusgruppe. Hvert intervju varte mellom 48 og 62 minutter. Fokusgruppene ble ledet av en moderator og en co-moderator. I forkant av fokusgruppeintervjuene ble det laget en semistrukturert intervjuguide med to hovedtemaer: erfaring med gruppedeltakelse og innholdet i og organiseringen av sesjonene. Temaene i intervjuguiden danner grunnlaget for intervjuene, samtidig som det ble åpnet for at deltakerne kunne introdusere egne temaer som de ble opptatt av underveis. Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og transkribert verbatim. Intervjuene ble analysert manuelt med utgangspunkt i tematisk analyse. Transkriptene ble først gjennomlest i sin helhet, så vi kunne danne oss et førsteinntrykk av intervjuene og gjøre oss kjent med materialet. Intervjuene ble deretter kodet, og vi tok utgangspunkt i kodene for å generere foreløpige og endelige temaer og undertemaer. Analyseprosessen ble gjennomført individuelt av både IA og TWH. Deretter gikk vi i fellesskap gjennom de foreløpige temaene og ble enige om de endelige resultatene.

Kvantitativ metode

Deskriptive data er rapportert med gjennomsnittsverdi og standardavvik (SD). For alder og KMI er også variasjonsbredde tatt med. Det mangler informasjon om vekt og høyde hos tre deltakere, og KMI er beregnet for 31 deltakere.

Statistisk analyse

Alle analyser ble gjennomført i SPSS Statistics, versjon 25. Vi undersøkte endringer i EDE-Q og CIA fra oppstart til avslutning (åtte uker etter oppstart) ved å bruke parett-tester. Effektstørrelsen ble beregnet med Cohens *d*.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) har 28 utsagn og fire underskalaer. Underskalaene dekker følgende dimensjoner: 1) Restriksjon, 2) Bekymring for spising, 3) Bekymring for vekt og 4) Bekymring for figur. Skjemaet gir informasjon om spesifikk atferd og sentrale tanker knyttet til SF i løpet av de siste fire ukene. Samlet skår kan være fra 0 til 6, og høyere skårer indikerer større grad av problem. Ut fra norske data er det beregnet en cut-off-skår for kvinner på 2,5 (Rø et al., 2015). I denne studien presenteres globalskår og underskalaskårer.

Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA) har 16 utsagn og er et mål for hvor mye SF har påvirket og svekket den psykososiale funksjonen de siste fire ukene. Det er tre underområder: personlig, sosial og kognitiv svekkelse. I denne studien beregnes en CIA globalskår. Samlet skår kan være mellom 0 og 48, og høyere skår indikerer større grad av problem. Ut fra norske og engelske data er det beregnet en cut-off-skår på 16 (Bohn & Fairburn, 2008; Reas et al., 2016).

Ved oppstart manglet utfylling av EDE-Q og CIA hos henholdsvis fire og tre deltakere. Av de 26 som fullførte gruppebehandlingen, var det henholdsvis tre og to deltakere enten ved oppstart eller avslutning. På grunn av den begrensede størrelsen på utvalget rapporteres verdier og skårer for utvalget samlet.

Resultater

Kvantitative resultater

Analysene viser signifikante endringer fra oppstart til avslutning for EDE-Q, globalskår og underskalaskårer, og for CIA globalskår. Resultatene er presentert i tabell 2.

Tabell 2

Skårer for EDE-Q og CIA fra oppstart til avslutning, og endring gjennom perioden

OPPSTART <i>N</i> = 23 GJENNOMSNIITT (SD)	AVSLUTNING <i>N</i> = 23 GJENNOMSNIITT (SD)	T-VERDI, P- VERDI	EFFEKTSTØRRELSE COHENS <i>D</i>
--	--	----------------------	------------------------------------

	OPPSTART <i>N</i> = 23 GJENNOMSNIITT (<i>SD</i>)	AVSLUTNING <i>N</i> = 23 GJENNOMSNIITT (<i>SD</i>)	<i>T</i> -VERDI, <i>p</i> - VERDI	EFFEKTSTØRRELSE COHENS <i>D</i>
EDE-Q- skårer				
Global	4.22 (0.93)	3.81 (1.04)	4.98, <i>p</i> < 0.001	1.04
Restriksjon	4.08 (1.07)	2.87 (1.30)	4.90, <i>p</i> < 0.001	1.02
Bekymring spising	3.34 (1.23)	2.74 (1.10)	2.94, <i>p</i> < 0.01	0.61
Bekymring vekt	4.35 (1.25)	3.59 (1.41)	3.67, <i>p</i> < 0.001	0.77
Bekymring figur	5.10 (0.78)	4.33 (1.25)	3.49, <i>p</i> < 0.01	0.73
	<i>N</i> = 24	<i>N</i> = 24		
CIA Globalskår	32.42 (7.54)	27.21 (8.20)	3.05, <i>p</i> < 0.01	0.62

Merknad. EDE-Q: Eating disorder examination questionnaire. CIA: Clinical impairment assessment questionnaire. Av de 26 som fullførte gruppebehandlingen, er det henholdsvis tre og to deltakere som ikke har fylt ut EDE-Q og CIA. Cohens *d* effektstørrelse: liten = 0.2, medium = 0.5 og stor = 0.8.

Kvalitative resultater

Analysen av fokusgruppeintervjuene munnet ut i tre hovedtemaer: 1) å være flere i samme situasjon, 2) en tydelig struktur og 3) endringer i kropp og hode. Hvert hovedtema har to underkategorier. Se tabell 3 for beskrivelse av de ulike temaene og underkategoriene med tilhørende eksempelsitater.

Tabell 3

Oversikt over temaer og underkategorier fra fokusgruppeintervjuene

HOVEDTEMA	UNDERKATEGORIER	BESKRIVELSE AV TEMA	EKSEMPELSITATER
Å være	Opplevelse av	På tvers av alle gruppene var	<i>Første dagen jeg kom hit, så ble</i>

HOVEDTEMA	UNDERKATEGORIER	BESKRIVELSE AV TEMA	EKSEMPELSITATER
flere i samme situasjon	Påvirkning på godt og vondt	<p>det å være sammen med andre som hadde liknende utfordringer som dem selv med kropp, mat og vekt, noe av det som ble trukket frem som mest positivt. Hovedtemaet har to underkategorier: opplevelse av gjenkjennelse og påvirkning på godt og vondt.</p> <p>Å kjenne seg igjen i andre ble trukket frem som særlig viktig og var med på å skape et trygt og åpent miljø i gruppene. Noen fortalte at de ble overrasket over at de ikke var alene om å streve med det de syntes var vanskelig, og at de forsto at det de tidligere hadde sett på som en svakhet hos seg selv, faktisk var en sykdom og ikke deres skyld.</p> <p>Å være flere med samme type utfordringer innebar også at deltakerne påvirket hverandre i både positiv og negativ retning. På tvers av alle gruppene ble det å være en del av et fellesskap trukket frem som et aspekt som økte forpliktelsen til å møte opp til samlingene og til å gjøre oppgavene. Flere beskrev også at det å dele åpent om utfordringer og erfaringer rundt spiseforstyrrelsen med de andre deltakerne bidro til at det var enklere å være mer åpen med familie og i andre nære relasjoner.</p>	<p><i>jeg veldig positivt overrasket når de andre snakket om sine opplevelser, at de var så like mine egne. Og at det gjorde at jeg følte meg mindre alene. Som igjen førte til at jeg følte at det var ikke så flaut, på en måte, å snakke og være åpen om å ha en spiseforstyrrelse. Så ja, det er egentlig bare det at de andre var så like. (gruppe 1)</i></p> <p><i>Og så er det litt fint å se alle andre og snakke om de negative konsekvensene sammen. Og ja, at det er andre også som synes det er mange negative konsekvenser. Og det å på en måte jobbe sammen mot det. Tenke at man er på en måte et team, jobber mot et bedre kroppsbilde eller. (gruppe 4)</i></p> <p><i>Man må jo snakke mer her om følelsene sine og dele litt mer, og da blir det jo på en måte, når man deler med folk man kanskje ikke kjenner så bra igjen så blir det på en måte enklere å gjøre det til dem som betyr mye, om det gir mening. (gruppe 2)</i></p> <p><i>Jeg synes at alle andre i rommet er så mye finere enn meg. Og på grunn av maten, da. Så det er liksom vanskelig å legge fra seg, men samtidig prøve å tenke at man er jo den man er, da. Og at, at man er jo fin på sin egen måte. Og at de andre kanskje ikke er så fornøyde med seg selv, de heller. Og at det da kanskje er fint å</i></p>

HOVEDTEMA	UNDERKATEGORIER	BESKRIVELSE AV TEMA	EKSEMPELSITATER
		<p>For noen kunne det å være flere i samme situasjon oppleves som triggende. Flere beskrev at de i forkant var opptatt av hvordan de andre deltakerne så ut, og av hvor syke de var, og at de bekymret seg for om de kom til å sammenligne seg mye med de andre eller å påvirke andre i negativ retning. De fleste opplevde at dette gikk bedre enn de trodde, eller at det gikk raskt over. Noen få ble mer plaget av å sammenligne seg med andre utover i kurset, og at de kunne kjenne på mer «trøkk» fra spiseforstyrrelsen de dagene det var gruppesamling.</p>	<p><i>høre hva de andre synes er fint med deg. (gruppe 3)</i></p>
En tydelig struktur	<p>Konkrete oppgaver forplikter</p> <p>En stram struktur både rammer inn og begrenser</p>	<p>Det at Body Project-gruppene hadde en tydelig struktur, både med tanke på innhold og organisering, ble på tvers av alle grupper trukket frem som noe som påvirket opplevelsen av å delta, med både positivt og negativt fortegn. Dette hovedtemaet består av to underkategorier: konkrete oppgaver forplikter og en stram struktur både rammer inn og begrenser.</p> <p>Flere deltakere på tvers av alle gruppene beskrev at det at oppgavene og samtalene var konkrete, for eksempel rundt en spesifikk spiseforstyrrelsesatferd eller det å jobbe mot skjønnhetsidealet, var</p>	<p><i>Jeg likte å få sånn «spis bedre til neste gang»-oppgaver, på en måte, som dere fulgte opp på. Fordi det har jeg liksom aldri hatt før, det er bare sånn ... Ja, jeg har bare gått til psykologen og snakket om det, det har aldri vært sånn at jeg har fått en lekse, på en måte. Og jeg likte litt det, å få en lekse om hva ... En ting jeg skal gjøre den uka for å spise litt bedre. (gruppe 1)</i></p> <p><i>For eksempel de brevene vi skrev. Om de som har presset deg til å følge tynnhetsidealet, jeg fikk veldig stort utbytte av det. Fordi jeg klarte å reflektere over hva som har hjulpet meg, eller hvorfor, jeg har fått litt mer svar. På hvorfor jeg sliter med akkurat dette. Og hvordan det</i></p>

HOVEDTEMA	UNDERKATEGORIER	BESKRIVELSE AV TEMA	EKSEMPELSITATER
		<p>hjelpsomt. Mange opplevde at det var enklere å jobbe med utfordringene sine når det ble brutt ned til mindre tema og konkrete arbeidsoppgaver. Det at det lå en forventning i strukturen om at alle skulle gjøre og dele hjemmeoppgaver i gruppen, bidro også til at deltakerne følte seg forpliktet til å gjøre oppgavene. Av konkrete oppgaver og hjemmeoppgaver ble forskjellige brevoppgaver, speiløvelsen og rollespill trukket frem som de mest nyttige.</p> <p>På tvers av gruppene var det flere deltakere som trakk frem både fordeler og ulemper med at manualen var strukturert, og at innhold og oppgaver var forhåndsbestemt hver gang. For noen av gruppene var det enkelte ganger de ikke rakk alle oppgavene fordi de brukte mer tid på hver oppgave enn det som var planlagt. Flere beskrev at de syntes det kunne være litt stressende å skulle rekke alle oppgavene i hver sesjon og samtidig få nok tid til dialog og diskusjon rundt temaene som ble diskutert, noe som ble trukket frem som en ting de fleste satte stor pris på.</p> <p>På tvers av gruppene ble oppdelingen av manualen i fokus på skjønnhetsidealet og på å redusere hovedatferden relatert til spiseforstyrrelsen</p>	<p><i>har påvirket meg i hverdagen, venner og familie. Så jeg synes i alle fall hjemmeoppgavene med brevene har vært veldig nyttige for min del, da. Så det med utfordringer, for eksempel, se på deg selv i speilet og nevnti fine ting om deg selv, for eksempel, som du liker på kroppen din. Man får kanskje litt bedre selvbilde da. At du legger merke til ting som du ikke ville gjort ellers. (gruppe 3).</i></p> <p><i>Jeg synes også vi kunne hatt bedre tid. Jeg husker at en gang så var vi bare fire stykker her. Og da var det litt sånn: Vi gjorde ferdig oppgavene og så fikk vi tid til å snakke litt rundt det, eller bare snakke litt generelt. Ikke bare rundt oppgavene, som jeg også syntes var veldig fint, for da fikk man snakket mer enn å svare. (gruppe 1)</i></p> <p><i>Da vi begynte første time å snakke om skjønnhetsideal og sånt, så tenkte jeg jo litt det samme som x, kanskje, sånn: «Ok, er dette det?» Det var ikke helt det jeg forventet. Men det er jo greit, liksom. Og så kom de oppgavene og samtalene rundt spiseforstyrrelsen, og så var det sånn: «Ok, nå kommer Alvoret.» Det var litt rart og vanskelig i starten, liksom ... Kom hjem og så de oppgavene, og så satte man seg ned og begynte å tenke og sånn. (gruppe 1)</i></p>

HOVEDTEMA	UNDERKATEGORIER	BESKRIVELSE AV TEMA	EKSEMPELSITATER
		sett på som bra. For noen ble fokus på skjønnhetsidealet betraktet som litt smalt og ikke dekkende for hva spiseforstyrrelsen handlet om for dem. Mange beskrev at det var enklere å jobbe med oppgaver og tematikk relatert til skjønnhetsidealet, mens det var vanskeligere å jobbe med å redusere spiseforstyrret atferd, som å spise mer mat eller slutte å kaste opp.	
Endringer i kropp og hode	Endringer i tankemønster	Flere av deltakerne på tvers av gruppene beskrev tankemessige og atferdsmessige endringer og endring i hovedatferd knyttet til spiseforstyrrelsen, som å spise mer eller kaste opp mindre, etter å ha deltatt i Body Project. Dette hovedtemaet er delt inn i to underkategorier: endringer i atferd og endringer i tankemønster.	<i>Ja, at den (spiseforstyrrelsen) er mer, det blir litt feil å si det, kanskje, men at den på en måte står på siden av alt det andre, slik at den er der, men den ligger ikke over det og liksom pirker og styrer og slik. Den heller kommer med innspill innimellom og så går det an å bare skyve den bort. (gruppe 4)</i>
	Endringer i atferd	Flere deltakere beskrev en endring av hvordan de tenkte rundt vekt og kropp etter å ha deltatt i Body Project. Noen beskrev at de hadde blitt mer bevisst på hvordan spiseforstyrrelsen påvirket hverdagen, og at dette gjorde at det var enklere å skyve spiseforstyrrede tanker unna når de dukket opp. Mange beskrev også en større bevisstgjøring når det gjaldt	<i>Hvorfor kan jeg ikke bare: «Ja, men altså ... Du skjønner at det der ikke er bra, du skjønner at vi er forskjellig og vi har forskjellig beinbygning og vi har ditt og datt», alt det der vet vi jo i hodet vårt. Da virker man nesten dum. Jeg mener ikke det om andre. (gruppe 1)</i>
			<i>Men nå har jeg ikke like stort behov for å drive med overdreven trening og spise så lite som mulig, og det er ikke så mye spiseforstyrrede tanker da, kan man si. Rundt hvert måltid. Så når vi skal tenke nå og</i>

HOVEDTEMA	UNDERKATEGORIER	BESKRIVELSE AV TEMA	EKSEMPELSITATER
		<p>hvor mye tid som gikk til å være misfornøyd med seg selv, og en opplevelse av sinne, frustrasjon og også skam over at tanker rundt mat, kropp og vekt tok så mye plass.</p> <p>Mange deltakere beskrev også endringer i hvordan de jobbet med å redusere spiseforstyrret atferd. Flere hadde fått erfaring med å spise faste og tilstrekkelige måltider, som igjen førte til bedre humør og mindre overspising og oppkast. Samtidig var det flere som ikke hadde redusert spiseforstyrrelsesatferd mens de deltok, og som understreket hvor vanskelig det var å få til det.</p>	<p><i>hvordan det var for to måneder siden så ... (gruppe 3)</i></p> <p><i>Nei, jeg sitter litt igjen og lurer på om det er, om hva som er galt med meg ... Eller hva, ja. Fordi at jeg har liksom ikke noen, ja, nei, at jeg kan, at tankene mine kan bli litt rare innimellom. At jeg vil bli frisk, men så bare har jeg lyst til å, ja, så bare, mange ting skjer så blir jeg ... Nei, jeg vet ikke hva det er. (gruppe 4)</i></p>

Erfaringer fra gruppeledere

Gruppelederne opplevde BPT som lite ressurskrevende både med tanke på forberedelse og gjennomføring av timene. De beskrev det som meningsfullt og engasjerende å lede gruppene, og ikke minst å jobbe målrettet med SF-symptomene. Erfaringen var at behandlingen passet for både nysyke og for de som hadde vært syke over lengre tid. Motivasjon for endring av SF-symptomer ble opplevd som en viktig faktor for at deltakerne kunne nyttiggjøre seg intervensjonen. Manualen ble oppfattet som ryddig og lett forståelig. Opplæring i manualen sammen med de andre gruppelederne ble opplevd som tilstrekkelig for å kunne gjennomføre Body Project Treatment-grupper med pasientene. Gruppelederne hadde lang erfaring i klinisk arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser. Dette er en fordel, men ikke avgjørende, da manualen er veldig detaljert både med tanke på innhold og tidsbruk. Erfaringer fra RKSF var at Body Project Treatment også fungerte godt med pasienter under 18 år, noe som betyr at dette kan være en mulig behandling også i BUP.

Tilbakemeldinger fra behandlere

De fleste behandlerne hadde god erfaring med gruppetilbudet og opplevde et godt samarbeid med gruppelederne underveis. Flere beskrev god nytte av å lese journalnotat fra gruppene og erfarte at pasientene tok opp tematikk fra gruppemøtene. Mange av behandlerne trakk frem det å møte flere i samme situasjon som nyttig for sine pasienter, og noen opplevde endring direkte knyttet til SF-problematikk underveis i BPT. Flere ga uttrykk for at dette var et tilbud de gjerne skulle hatt mulighet til å henvise til ved en senere anledning. De opplevde ikke at deltakelse i BPT kom i veien for annen behandling.

Diskusjon

Hovedmålet med denne pilotstudien var å utforske gjennomførbarhet og tilfredshet ved BPT, og å undersøke eventuelle endringer fra før til etter gjennomført BPT. Overordnet tyder resultatene på at BPT er gjennomførbart, og både pasienter, gruppeledere og behandlere ved lokal poliklinikk har vært positive til BPT. Signifikante reduksjoner i SF-psykopatologi ble observert på gruppenivå fra pretest til posttest.

Gjennomførbarhet

Erfaringer fra prosjektet tyder på at BPT er gjennomførbart innenfor norske rammer. Det var forholdsvis enkelt å rekruttere deltakere til prosjektet, og erfaring og tilfredshet blant pasienter, lokale behandlere og gruppeledere var overordnet gode. Drop-out-raten var akseptabel, på 23,5%. Sosiale faktorer bidro til drop-out ved at aktiv deltakelse i gruppe ble krevende for noen. Dette handlet for eksempel om ubehag ved å snakke om seg selv i en gruppesetting. Eventuell videre uttesting av BPT bør undersøke hvordan denne drop-out-raten kan reduseres. BPT er en kortvarig lavterskel-behandlingsform, og alle typer helsepersonell kan læres opp til å lede grupper. Dette gjør at det er enklere å implementere den. Det var heller ingen indikasjoner på at deltakelse i BPT kom i veien for annen behandling. Et sentralt tema fra fokusgruppeintervjuene var at deltakerne verdsatte å treffe andre i samme situasjon, og de gjenkjente seg i andres opplevelser og erfaringer. Dette er i samsvar med kvalitative studier som har undersøkt erfaringene som deltakere hadde med forebyggingsversjonen *Body Project* (Shaw et al., 2016; Vanderkruik et al., 2020).

Endring gjennom behandlingsforløp

Alle deltakerne mottok annen behandling på sine respektive poliklinikker i samme periode som de fikk BPT. Det er derfor i dette prosjektet ikke mulig å si hvorvidt positiv endring fra før til etter deltakelse i BPT er knyttet til BPT, annen individuell behandling eller tid i seg selv. Vi kan derfor ikke konkludere med tanke på effekt i dette prosjektet. Det som imidlertid virker klart ut fra våre funn, er at BPT kan være et nyttig gruppebasert tilbud i tillegg til ordinær behandling, da de ikke synes å komme i veien for hverandre.

Det er uklart hvorvidt BPT kan passe best for unge versus eldre personer med SF, for nysyke versus de med mer langvarige forløp, og for de med alvorlig versus mindre

alvorlig grad av SF. Resultatene av dette prosjektet viser at pasientene har gode erfaringer selv om de har ulikt utgangspunkt. Det kan derfor tenkes at det er personlig motivasjon der og da som spiller en rolle for utbytte av behandlingen, mer enn om du er i kategorien ung, eldre, nysyk eller langvarig syk, sengepost eller poliklinisk. Flere studier fra SF-feltet viser at indre motivasjon for endring henger sammen med utfall av behandlingen (Krebs et al., 2018). Kanskje kan BPT for noen være en forberedelse til annen behandling, at man ved hjelp av kognitiv dissonans gjør pasienter med SF mer motiverte for krevende behandling. Eller at det for noen nysyke kan være nok med BPT i seg selv, før man kommer for langt i sykdomsforløpet. Dette må undersøkes videre før man kan gi noen tydelige svar. I senere tid har det blitt mer fokus på persontilpasset behandling. Kanskje kan BPT fungere som ett av flere alternativer som pasienter kan ha nytte av i ulike faser av sykdommen.

Funn fra de kvalitative fokusgruppeintervjuene viser at flere av deltakerne opplevde emosjonelle, kognitive og atferdsmessige endringer etter deltakelse i intervensjonen. Deltakerne i forebyggingsintervensjonen *Body Project* har beskrevet liknende endringer når det gjaldt opplevelse av egen kropp, der de fikk økt bevissthet om hvordan skjønnhetsidealer påvirker tanker rundt eget og andres utseende (Shaw et al., 2016; Vanderkruik et al., 2020). Atferdsmessige endringer i forbindelse med spiseforstyrret atferd ble opplevd som mer krevende, noe som gir klinisk resonans.

Styrker og svakheter

Studiens design, med både kvantitative og kvalitative tilnærminger, anses som en styrke. Det er imidlertid verdt å merke seg en rekke svakheter ved denne pilotstudien når man vurderer erfaringer og resultater. Det er som nevnt ikke mulig å si noe om effekt, da dette er en pilotering hvor målet var å få erfaringer med gjennomførbarhet og potensialet for virkning og videre arbeid. En randomisert kontrollert studie (RCT) er nødvendig for å kunne si noe om effekten av BPT sammenlignet med en kontrollgruppe. Dette prosjektet fant støtte for at BPT er gjennomførbart i en norsk poliklinisk kontekst. En fremtidig større studie kan enten sammenligne effekten av BPT mot vanlig poliklinisk behandling eller mot en annen poliklinisk intervensjon som tillegg til vanlig behandling. En annen svakhet er at diagnostisk status på noen av deltakerne er uklare. Alle var vurdert klinisk ved lokal poliklinikk og hadde en SF-diagnose ved inklusjon, men hos noen viste dette seg å bli endret gjennom behandlingsforløpet. Dette er ikke ansett som noen stor begrensning i denne piloten. En større studie bør ha en grundig diagnostisk vurdering ved bruk av diagnostisk intervju før inklusjon. I tillegg mangler vi data på fire pasienter på pretest, da dette ble ufullstendig utfyllt før oppstart av BPT. Dette ble ikke oppdaget før data skulle punches i SPSS etter gjennomført BPT. Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført av de samme personene som ledet gruppene. Dette kan ha påvirket hva deltakerne har følt seg komfortable med å dele av eventuelle negative erfaringer, men det kan også ha gjort det enklere å snakke om sine erfaringer, da relasjonen til intervjuerne allerede var etablert. Det at BPT er transdiagnostisk, er en fordel ved at pasienter med ulike typer kan få tilbud om å delta. Erfaringene fra Sykehuset Levanger tilsier også at BPT fungerte vel så

godt for deltakere rekruttert fra BUP som for de over 18 år. Det at både ungdom og voksne kan delta, og med ulike typer av SF, øker den kliniske nytten.

Konklusjon

BPT er et transdiagnostisk og gruppebasert lavterskels-behandlingstilbud for pasienter med SF som kan tilbys poliklinisk. Funnene fra denne studien tyder på at BPT er gjennomførbart, og at pasienter, gruppeledere og behandlere virker å sette pris på tilbudet som et supplement til lokal behandling. Videre forskning må undersøke om BPT kan være et selvstendig behandlingstilbud for noen. Videre må det også undersøkes nærmere om positive endringer etter gjennomført BPT skyldes BPT, annen behandling eller andre faktorer.

Appendiks

Hovedinnhold i Body Project Treatment (BPT) møte 1-8

BPT-MØTE	INNHold	HJEMMEOPPGAVE
1	Motivasjonsøvelse Definere utseendeidealet Ulemper ved å etterstrebe utseendeidealet	Brev til ung jente om ulemper ved å etterstrebe utseendeidealet Speiløvelse: stå foran et speil og skriv ned positive egenskaper ved deg selv
2	Gjennomgang hjemmeoppgaver Rollespill: motsi utsagn som støtter utseendeidealet	Brev til noen som har fått deg til å kjenne på kroppspress, om hvordan dette påvirket deg, og hva du ville svart nå Topp-10-liste for hvordan kvinner kan motstå kroppspress
3	Gjennomgang hjemmeoppgaver Diskusjon: negative effekter av kroppsmisnøye Utfordre kroppsbildet	Gjør to former for kroppsaktivisme Spis fire næringsrike måltider om dagen
4	Gjennomgang hjemmeoppgaver Diskusjon: ulemper ved restriktiv spising Rollespill: motstå press om restriktiv spising	Atferdsendringsskjema (kartlegge frekvens overspising og kompensatorisk atferd) Skriv protestbrev til spiseforstyrrelsen
5	Gjennomgang hjemmeoppgaver Diskusjon: ulemper ved overspising Motivasjonsøvelse	Registrere og redusere hovedatferd i spiseforstyrrelsen Skriv et kort nyhetsoppslag om de negative sidene ved SF

BPT-MØTE	INNHold	HJEMMEOPPGAVE
6	Gjennomgang hjemmeoppgaver Diskusjon: ulemper ved kombinasjonen av lite næringsinntak og overdreven trening	Brev til ung jente om hvordan hun kan unngå å utvikle problemer med kroppsbildet Registrere og redusere hovedatferd i spiseforstyrrelsen
7	Gjennomgang hjemmeoppgaver Diskusjon: ulemper ved spesifikke kompensatoriske atferder Rollespill	Registrere og redusere hovedatferd i spiseforstyrrelsen Spise fire næringsrike måltider hver dag Skrive ned tingene du heller vil bruke tid og energi på enn en spiseforstyrrelse
8	Gjennomgang hjemmeoppgaver Diskusjon: hva kan man gjøre mer av som kan gi glede? Diskusjon: hva har du lært av deltakelse i BPT?	Selvbekreftelsesøvelse

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 11, 2023, side 697-698

TEKST

Line Wisting

KONTAKT: line.wisting@ous-hf.no

Trine Wiig Hage

Ida Aarmo

Anne Louise Wennersberg

Sylvi Norang Haugnes

Marit Danielsen

+ Vis referanser

Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H. & Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 720-732. <https://doi.org/10.1037/a0034004>

Bohn, K. & Fairburn, C. G. (2008). The clinical impairment assessment questionnaire (CIA). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders*, 315-317.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Fairburn, C. G., Cooper, Z. & O'Connor, M. (2008). *Eating Disorder Examination*, 6th Edition 16.0D. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Row, Peterson, & Co.

IBM Corp. (2015). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23. In (Version Version 23) Armonk, IBM Corp.

Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>

Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P. & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>

Reas, D. L., Stedal, K., Lindvall Dahlgren, C. & Rø, Ø. (2016). Impairment due to eating disorder pathology: Identifying the cut-off score on the Clinical Impairment Assessment in a clinical and community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 635-638.

Rø, Ø., Reas, D. L. & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408-412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>

Rø, Ø., Hage, T.W. & og Torsteinsson, V.W. (2020). *Spiseforstyrrelser, forståelse og behandling*. Fagbokforlaget.

Shaw, H., Rohde, P. & Stice, E. (2016). Participant feedback from peer-led, clinician-led, and internet-delivered eating disorder prevention interventions. *Int J Eat Disord*, 49(12), 1087-1092. <https://doi.org/10.1002/eat.22605>

Stice, E., Becker, C. B. & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 478-485. <https://doi.org/10.1002/eat.22105>

Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H. & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical Psychology Review*, 70, 91-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.004>

Stice, E., Onipede, Z. A. & Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review*, 87, 102046. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102046>

Stice, E., Rohde, P., Shaw, H. & Gau, J. M. (2019). Randomized trial of a dissonance-based group treatment for eating disorders versus a supportive mindfulness group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 79-90. <https://doi.org/10.1037/ccp0000365>

Stice, E., Rohde, P., Shaw, H. & Gau, J. M. (2020). Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(5), 481-494. <https://doi.org/10.1037/ccp0000493>

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>

Vanderkruik, R., Gist, D. & Dimidjian, S. (2020). Preventing eating disorders in young women: An RCT and mixed-methods evaluation of the peer-delivered Body Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(12), 1105-1118. <https://doi.org/10.1037/ccp0000609>

Watson, H. J., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R. T., Tanner-Smith, E. E., McCormack, J., Dawkins, H., Hoiles, K. J. & Egan, S. J. (2016). Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 833-862. <https://doi.org/10.1002/eat.22577>

Wilson, G. T. & Zandberg, L. J. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 343-357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.03.001>

