

# **Er jeg syk eller opplever jeg kun utfordringer i livet?**

**Hvordan kan overvekt som livsstrategi kobles til barndomstraumer?**



**HØGSKOLEN I VESTFOLD – Fakultet for helsevitenskap**

**Master i helsefremmende arbeid**

**Kandidatens navn: Luuk Luitsen Westerhof**

**13. September 2013**

**Antall ord: 18 043**

## Forord

Overvekt som et uttrykk for barndomstraumer er lite omtalt. Som regel er vi kjent med forklaringer som er begrunnet i det biomedisinske modellen. Oppgaven håper å kunne bidra til en debatt om at overvekt ikke *kun* kan tilnærmes fra en biomedisinsk tilnærming, men at vi må utvide vår horisont til også å inkludere andre determinanter som kan påvirke utviklingen av overvekt. Mennesker som sliter med overvekt har ikke per se en dårlig livsstil eller spiser feil, men det kan hende at et menneskes kropp forteller en fortelling som hodet ikke lengre kan holde på. En sann fortelling kan bestå av barndomstraumer, og hvordan virkningene av disse traumatiske hendelser har implikasjonene på individets allmennhelsetilstand i voksen alder.

Denne oppgaven er dedikert til min kjære venn og bror som jeg elsket som meg selv, og som gikk til himmelen så alt for tidlig: The One and ONLY, Jonn Riiser! Jeg lengter etter deg og savner deg dypt. Uten deg hadde jeg ikke vært den person, og fagperson jeg er i dag. We will meet again in heaven!

Jeg vil takke min fantastiske samboer, Lise Thuve for hennes enorme tålmodighet, kjærlighet, støtte og hengivenhet, og dette på tross av at jeg de siste to årene har okkupert stua og kjøkken med min Laptop og litteratur. Takk for at du aldri sluttet å elske meg på tross av at du har hatt mange ensomme stunder hvor jeg var oppslukt av min litteratur og skriving, og var lite tilgjengelig og sosial. Jeg elsker deg!

Jeg vil takke mitt store forbilde og læremester i familierapifaget, Sverre Erik Knutsen. Uten han ville jeg ikke ha vært den fagperson som jeg er i dag.

Jeg vil takke min veileder Jonn Syse for hans visdom, «nåde» og solide faglige støtte. Det har vært av enorm stor betydning for meg, spesielt i tider hvor jeg ikke helt så retningen jeg burde ta. Jeg vil takke Anni Bjørgengen for hennes bistand gjennom alle årene med faglig innspill og teknisk hjelp og tilgjengelighet. Jeg vil takke Vaila Hubred for hennes enestående og viktige assistanse i skriveprosessen- den har vært av uvurderlig viktighet for meg.

Sandefjord, 13. September 2013

Luuk Luitsen Westerhof

**Summary:**

**Title:** Am I sick or do I just experience challenges in life? — How can obesity as a life-strategy correlate to childhood trauma?

**Purpose:** This Master Thesis is an attempt to substantiate the fact that excess weight- obesity, not only can be explainable by the biomedical approach, but that it too must take into account childhood trauma as a valid variable in the development of obesity. The epidemiological study *The Adverse Childhood Experiences* of Felitti and Anda provides a knowledge that obesity and childhood trauma can have correlates. The knowledge of how traumatic events in childhood can influence behavior in adulthood can provide knowledge of where we ought to go in health promotion in our endeavor to combat the obesity epidemic.

**Theoretical Foundation:** The study has its grounding in the epidemiological study of Felitti and Anda, *The Adverse Childhood Experiences*. Childhood trauma and what implications they can effect in the adult age of Felitti, the Church gen, etc. Antonovsky's theory of salutogenese and experienced context (SOC) and Empowerment theory. The sosialkonstruksjonistiske paradigm to Gergen, Goolishian, Anderson, Jensen and Aspelien, etc., permeates the discussion section. Health promotion is rooted is among others, Tones and Green, & Wilkinson.

**Method:** The study is a literature review complemented with secondary data. Secondary data provided through qualitative interview method with the use of the semi structured interview. Research questions seek to shed light on the professional's experiences with people who are struggling with being overweight. Secondary data has served as an adjunct in and with the fact that the author was not able to recruit sufficient amount of informants. Thus, secondary data come from a *random* selection.

**Results:** The study shows that obesity not only consists in a mismatch between energy intake and combustion-the biomedical model. But that excess weight can also be an utterance for childhood trauma-Adverse Childhood Experiences (ACE).

**Conclusion:** People who have experienced traumatic events in childhood often find that the effects of these causes the implications in adulthood. These can show up bodily through the overweight. Then there will be the way the Argentine doctor Chiozza (1999) refers to: *that which the head no longer can stay in the body begins to tell a story about!*

**Keywords:** Childhood Trauma, ACE, Salutogene, Empowerment, Health Promotion, Biomedical Model, Over Weight. Child Abuse, child abuse, sexual abuse, sexual assault, childhood trauma, childhood trauma, Adverse Childhood Experiences, ACE depression, depression, addiction, addictions, obesity, obesity, drug abuse, substance abuse, substance abuse, risk behavior, anxiety, fear, self-esteem, self-image, life conditions, living conditions, the stigma.

**Sammendrag:**

**Tittel:** Er jeg syk eller opplever jeg kun utfordringer i livet? – Hvordan kan overvekt som livsstrategi koples til barndomstraumer?

**Formål:** Studiet er et forsøk på å sannsynliggjøre at overvekt ikke kun kan forklares gjennom en biomedisinsk tilnærming. Den epidemiologiske studie *The Adverse Childhood Experiences* til Felitti og Anda gir en kunnskap om at overvekt kan ha sammenheng med barndomstraumer. Kunnskapen om hvordan traumatiske hendelser i barndommen kan influere atferd i voksen alder, kan gi oss en kunnskap om hvor vi skal rette fokus i helsefremmende arbeid.

**Teoretisk forankring:** Studie har sin forankring i det epidemiologiske studie til Felitti og Anda, *The Adverse Childhood Experiences*. Barndomstraumer og hvilken implikasjoner de kan bevirke i voksen alder til Felitti, Kirkengen m.fl. Antonovsky's teori om salutogenese og opplevd sammenheng (SOC) og Empowerment teori. Den sosialkonstruksjonistiske paradigmet til Gergen, Goolishian, Anderson, Jensen og Aspeli m.fl., gjennomsyrrer diskusjonsdelen. Helsefremmende arbeid er forankret i blant annet Tones og Green, Wilkinson.

**Metode:** Studiet er en litteratur review supplert med sekundærdata. Sekundærdata er fremskaffet gjennom den kvalitative intervjuemetode med bruk av semistrukturert intervju. Forsknings spørsmål søker å belyse den profesjonelles erfaringer med mennesker som sliter med overvekt. Sekundærdata har fungert som et supplement i og med at oppgavens forfatter ikke var i stand til å rekruttere tilstrekkelig mengde informanter. Således har sekundærdata kommet fra et *slumpmessig* utvalg.

**Resultater:** Studiet viser at overvekt ikke kun består i et misforhold mellom energiinntak og forbrenning- den biomedisinske modellen, men at overvekt også kan være en ytring for barndomstraumer –Adverse Childhood Experiences (ACE).

**Konklusjon:** Mennesker som har opplevd traumatiske hendelser i barndommen opplever ofte at virkningene av disse forårsaker implikasjoner i voksen alder. Disse kan vise seg kroppslig gjennom overvekt. Da blir det slik den argentinske lege Chiozza (1999) refererer til: *det som hodet ikke lengre kan holde på, begynner kroppen fortelle en fortelling om!*

**Søkeord:** Barndomstraumer, ACE, Salutogene, Empowerment, Health Promotion, Biomedisinsk Model, Overvekt. Child Abuse, barnemishandling, sexual abuse, seksuelle overgrep, childhood trauma, barndomstraumer, ACE Adverse Childhood Experiences, depression, depresjon, addiction, avhengighet, obesity, overvekt, drug abuse, rusmiddelmisbruk, rus, risikoatferd, angst, fear, selvbilde, self-image, livsvilkår, levevilkår, stigma.

## Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for oppgaven .....	2
1.1	Forfatterens forforståelse .....	3
1.1.1	Studiens formål og presentasjon av problemstilling .....	4
1.1.2	Forskningsspørsmål.....	4
2	Kunnskapsstatus om overvekt knyttet til opplevelse av traumer i barndommen.....	5
2.1	Hva er årsaken til overvekt? .....	9
2.1.1	Fysiologiske faktorer .....	9
2.1.2	Økonomiske faktorer.....	10
2.1.3	Genetiske faktorer .....	10
2.2	Konsekvenser av overvekt.....	10
2.2.1	Psykologiske faktorer .....	11
2.3	Forekomst av overvekt .....	11
3	Metode .....	12
3.1	Utvalg .....	14
3.2	Mitt vitenskapssyn .....	14
3.3	Forskningsetikk .....	15
3.4	Transkribering .....	15
3.5	Reliabilitet .....	16
3.6	Validitet .....	17
3.7	Hermeneutikk .....	18
3.7.1	Fenomenologi.....	19
4	Teori.....	21
4.1	Helsefremmende arbeid .....	21
4.2	Empowerment.....	22
4.3	Ressursperspektiv og Salutogenese .....	24
4.4	Den biomedisinske modell .....	25
4.5	Hva er ACE- studien og hvorfor er den viktig?.....	26
4.6	Traumer i barndommen .....	30
5	Introduksjon til diskusjon .....	32
6	Diskusjon .....	36
7	Avsluttende kommentar .....	53

---

Litteratur .....	55
Vedlegg .....	63
Vedlegg 1 Skriftlig forespørsel til deltagelse .....	63
Vedlegg 2 Samtykkeerklæring .....	64
Vedlegg 3 Godkjenning Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste .....	65
Vedlegg 4 Forskningsspørsmål .....	67
Vedlegg 5 Kategorisering av forskningsspørsmål .....	68
Vedlegg 6 Internettider .....	70
Vedlegg 7 Anbefalt litteratur .....	71

# 1 Innledning

I følge folkehelseinstituttet er forekomsten av livsstilsrelaterte helseproblemer og sykdommer et økende problem, på nasjonalt og internasjonalt nivå (Folkehelseinstituttet, 2010). Helse er mer enn fravær av sykdom, og mer enn subjektivt velvære. Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav, og å ha styrke og motstandskraft i møte med påkjenninger (Studie og fagplan for master i helsefremmende arbeid, 2011-2015). Denne masteroppgaven er et sluttprodukt av min studie «Master i helsefremmende arbeid», og den er således knyttet opp mot dets grunnlagsforståelse.

WHO (World Health Organization) kaller overvekt for en epidemi som rammer både unge og eldre menneskers helse. WHO poengterer at antallet overvektige har økt betydelig i store deler av verden, og både Verdens helseorganisasjon og Kvale, Brinkmann og Anderssen (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009; World Health Organization WHO Division of Noncommunicable Diseases programme of Nutrition Family and Reproductive Health.. 1998) fastslår at overvekt og problemer knyttet til overvekt er en av de største og mest hurtigvoksende helseutfordringene som verden står overfor (Folkehelseinstituttet, 2010). Fagfolk har en fellesforståelse om at overvekt har hatt en dramatisk økning på verdensbasis og har dermed blitt et ledende verdensomspennende helseproblem.

Denne masteroppgaven vil anvende empiri og mine data i et forsøk på å dokumentere og drøfte relasjonen mellom barndomstraumer – heretter BT - og overvekt. Jeg poengterer at overvekt til syvende og sist bunner i et misforhold mellom energiinntak og forbrenning.



## 1.1 Bakgrunn for oppgaven

På 1980-tallet fantes det nesten ikke noen referanser til ulike former for trauma i litteraturen linket til spiseforstyrrelser (Wooley, 1994). Traumatiske hendelser i barndommen og oppveksten var et lite forekommende tema i den offentlige debatt, som ikke kom før på slutten av 1980-tallet da det begynte å dukke opp rapporter som blant annet linket seksuelle overgrep og vold i barndommen til spiseforstyrrelser i voksen alder (Goldfarb, 1987; Root & Fallon, 1988; Sloan & Leichner, 1986; Wooley & Kearney-Cooke, 1986). Andersen, Lillegaard, Øverby, Lytle, Klepp, & Johansson (2005) skriver blant annet i en artikkel om utviklingen av overvekt blant unge i Norge fra 1993 til 2000; «forskning på overvekt blant barn og unge i Norge er mangelfull» (s. 434-9). Oellingrath, Svensen, & Reinboth (2008 s. 27) viser til behovet for videre forskning slik at årsakene til overvekt best mulig kan forstås.

Felitti (2002, s. 2) skriver i sin artikkel: «The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health: Turning gold into lead”:

“No one previously had sought this kind of medical information from them but many patients spoke of their conscious awareness of an association between abuse and obesity. Some told of infrequent instances where they had brought up their history of abuse only to have the information rejected by a physician as being in the distant past and hence of no relevance to current problems”.

En forståelse av sosioøkonomiske og psykososiale forhold kan bidra til en utvidet kunnskap om hvorfor et individ blir overvektig. Sosioøkonomiske, psykologiske og andre sosiologiske faktorer kan bidra til en belysning av hvilke konsekvenser overvekt kan ha for det enkelte individet (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004 s. 18-23, 41-42; Oellingrath, Svensen, & Reinboth 2008 s.25).

Forekomsten av sosiale forskjeller relatert til overvekt kommer frem i forskjellige handlingsplaner som retter seg mot forebygging og behandling av overvekt, se for eksempel, Nordic Council of Ministries (2006:20-22). Gunstad, Paul, Cohen, Tate, and Gordon (2006) fastslår at eksponering ovenfor BT er assosiert med en økt risiko for voksen overvekt.

Overvekt er med andre ord ikke et ensartet helseproblem, men sammensatt! Det er etter min mening et økende behov for mer kunnskap om mulige faktorer som spiller inn i utviklingen av overvekt. Større kunnskap om mulige faktorer kan hjelpe oss i å forstå fenomenet overvekt på en slik måte at det kan utvide vårt handlingsrepertoar.

Kapitelene om kunnskapsstatus, og Adverse Childhood events kan sees på som min litteratur review. Forkortelse ACE og begrepet barndomstraumer brukes om hverandre.

## 1.1 Forfatterens forforståelse

Som forsker vil jeg bringe med meg meninger, oppfatninger ... om fenomenet jeg studerer (Dalen, 2011).

En del av min forforståelse er betinget av at jeg har personlig erfaring med traumatiske opplevelser i barndommen og ungdomsår. Min erfaring som terapeut i møte med blant annet overvektige mennesker har en innvirkning på hva jeg vektlegger i oppgaven.

Mine livserfaringer, og erfaringer som terapeut innenfor klinisk setting, kan ha både positive og negative sider. De negative sidene er hovedsakelig knyttet til mine egne erfaringer til temaet. Utfordringen ligger i og ikke bringe med seg for stor personlig involvering i fenomenet jeg studerer. Det handler med andre ord om evne til å bevare objektiviteten (Dalen, 2011; Moen, Nilssen, & Postholm, 2005; Nilssen, 2012).

De positive sidene er blant annet at jeg sitter inne med mange narrativer som er overlevert meg innenfor terapeutisk setting, og som forhåpentligvis også har gitt meg et innblikk i hvordan et menneskets opplevde historie kan influere livet som helhet.

Med tanke på min personlige forforståelse, ser jeg faren for at en slik subjektivitet kan influere og farge denne oppgaven og dermed studiens reliabilitet og validitet. Det har derfor vært et viktig poeng for meg å stille meg åpen og å være kritisk til funnene jeg gjør i empirien og datamaterialet og tolkningen av disse.

### 1.1.1 Studiens formål og presentasjon av problemstilling

Formålet med studien er å belyse oppgavens problemstilling. Som det vil framkomme senere i oppgaven er mine egne data noe mangelfulle, og jeg har derfor supplert med andres funn gjennom en litteraturreview. Dette er gjort i samråd med veileder.

Problemstilling til min master i helsefremmende arbeid:

*«Hvordan kan overvekt forstås som en livsstrategi koblet til barndomstraumer?»*

#### **Avgrensning:**

En av intensjonene med helsefremmende arbeid er å generere ny kunnskap. Hovedsakelig vil jeg derfor konsentrere meg om hvordan en kan forstå overvekt koblet til BT fra et helsefremmende perspektiv. For å kunne oppnå dette søker jeg å besvare følgende forskningsspørsmål:

### 1.1.2 Forskningsspørsmål

- 1) Hva skjer med selvforståelsen og verdighetsopplevelsen hos overvektige mennesker ut fra din erfaring?
- 2) Snakker overvektige etter din erfaring om sammenhenger mellom barndomstraumer og overvekt?
- 3) Kan overvekt forstås som en livsstrategi for overvektige som har opplevd BT?
- 4) Kan den profesjonelles anlegning av en ressursorientering bidra til ny innsikt og handlingsalternativer og valg som kan styrke helsen hos den overvektige?

## 2 Kunnskapsstatus om overvekt knyttet til opplevelse av traumer i barndommen

Før jeg går videre i oppgaven vil jeg poengtere at jeg ikke går nærmere inn på den generelle kunnskapen og forskning om overvekt. Mitt poeng med denne masteroppgaven er å belyse at BT kan ha en sammenheng med overvekt. Samtidig mener jeg at den tradisjonelle biomedisinske modellen er såpass godt opplyst om i befolkningen, at det er mer hensiktsmessig å belyse andre sider ved overvekt enn kun den biomedisinske forklaringsmodellen.

Overvekt har ifølge WHO med flere (Branca, Nikogosian, & Lobstein, 2007; *Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 3-5 June 1997*, 1998; *Obesity: preventing and managing the global epidemic ; report of a WHO consultation*, 2000) blitt et verdensomspennende problem, som berører rike og fattige land. Et nærliggende spørsmål er hvordan så mange menn, kvinner og barn er berørt av overvekt. Dette kan virke som et logisk og naturlig spørsmål, men det er vanskelig å svare på grunnet dets kompleksitet.

Noe av det som kan gjøre det vanskelig å besvare dette spørsmålet er, at det ikke finnes gode nok data om overvekt tilgjengelig som er representativ for samtlige verdensregioner, og dette kan bety at det forekommer mørketall ([www.hsph.harvard.edu](http://www.hsph.harvard.edu)).

Overvekt, som det blant annet vil vise seg i diskusjonsdelen, kan være et uttrykk for ulike fenomener, og BT kan være en av dem, slik Rothschild viser til, nemlig at kroppen kan gi uttrykk for BT gjennom overvekt (Rothschild, 2000).

Felitti og Anda har gjennom ACE-studien kommet fram til at BT influerer individets helse i voksen alder (<http://acestudy.org/>). Studiene til Felitti og Anda er kvalitative og deres funn er at BT har signifikante negative implikasjonene på psykisk og fysisk helse. Annen relevant litteratur i denne sammenhengen er (Briere, 1992; Everett & Gallop, 2001; Reviere & Briere, 1996).

Stigmatisering av individer med overvekt er utbredt (Øen, 2012, p. 287), og stigma er dypt nedverdiggende og reduserer individet til nedsatt verdi (Goffman, 1963). I følge Mason-Whitehead (2009) kan dette påføre den overvektige livsvarige emosjonelle og sosial arr.

Gustafson & Sarwer (2004) har gjennom sin forskning kommet fram til at det finnes en påviselig sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og overvekt i voksen alder. Dette samsvarer med Kirkengen (2009, s. 110) når hun skriver at hendelser av traumatisk karakter hos unge mennesker har en dokumentert sammenheng med overvekt i voksen alder.

Psykologiske faktorer har innvirkning på spisevaner og overvekt (Foss, Vatne, & Halvorsen, 1994; Halvorsen & Universitetet i Oslo . Institutt for informatikk, 2008; Selmer & Halvorsen, 2004), og dette mener jeg er relevant i oppgavens sammenheng der psykologi er et støttefag i helsefremmende arbeid (Tones & Green, 2010).

I Kirkengen (2009:110):

«Også i andre studier har påtvunget seksualitet vist seg å utløse spiseforstyrrelser hos unge mennesker ... Spiseforstyrrelser som fører til alvorlig overvekt, har også en dokumentert sammenheng med mishandling i barndommen»

Mossige & Stefansen (2007) har i sin rapport dokumentert omfanget av vold mot barn og unge i Norge. Studien er basert på 7033 deltagere ved 67 videregående skoler i Norge. Formene for vold som ble studert er seksuelle overgrep, fysisk vold, og vold i kjernefamilien (hjemmet). Studiet avdekket at 25 % av informantene hadde blitt utsatt for minst ett tilfelle av voldshandling begått av en eller begge foreldrene flere ganger i løpet av oppveksten. 15 % av jentene og 7 % av guttene hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. Majoriteten av seksuelle overgrep ble oppgitt som et fenomen som skjedde utenfor familien.

Internasjonal traumeforskning gir vold i nære relasjoner stor oppmerksomhet. Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski (1998) viser til at mange klarer seg etter traumatiserte enkelthendelser i barndommen. Dette kan bety at å være utsatt for BT ikke automatisk fører til utviklingen av sykdom eller andre uønskede virkninger. Det viser seg at traumatiske hendelser i barndommen i relasjon til nære omsorgspersoner innebærer en større risiko for sykdomsutvikling (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Marks, 1998; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, & Mandel, 1993).

Det finnes påvisbare konsekvenser for individets barndomsutvikling, når den blir utsatt for traumatiske hendelser (Cook, Blaustein, Spinazzola, & Van der Kolk, 2003; Felitti, 2002).

Pavao, Alvarez, Baumrind, & Kimerling (2007) har kommet fram til at barnemishandling er assosiert med overvekt i voksen alder hos kvinner i California, USA.

Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes and Nelson, (1995) konkluderer med at eksponering av barndomstraumer har sammenheng med mangfoldige stressfremkallende faktorer, og at disse kan forårsake økt risiko for overvekt. For eksempel er barnemishandling og overgrep mot barn linket til økt risiko for *posttraumatisk stressyndrom* (PTSD), og andre mentale helseproblemer. Disse mentale helseproblemer er karakterisert ved intense negative emosjonelle erfaringer. Individets evne til å håndtere stress og negative emosjoner er assosiert med matvaner og overvekt, og kan påvirke individets evne til å implementere gode matvaner, fysisk aktivitet, eller planer som fører til vekttap (Kessler, Sonnega og Bromet, Hughes and Nelson, 1995).

Kunnskap i befolkningen om relasjonen mellom overgrep mot barn og overvekt i voksen alder er noe begrenset (Pavao, Alvarez, Baumrind, & Kimerling, 2007). Også når det ble kontrollert for alder var funnet at det å bli utsatt for overgrep og barnemishandling forble en signifikant faktor som kunne assosieres med overvekt i voksen alder (Kaiser, Townsend, Melgar-Quinonez, Fujii and Grawford (2004).

Folkehelseinstituttet har kommet fram til at en norsk 40-åring veier i dag fem kg mer enn en 40-åring gjorde rundt 1985. Over halvparten av norske 40-45-åring er overvektige når vi legger verdens helse-organisasjons (WHO) definisjon til grunn ([www.fhi.no](http://www.fhi.no)).

Som en annen mulig begrunnelse for vektøkning som ikke direkte har noe sammenheng med barndomstraumer å gjøre skriver Furnham, Badmin & Snead (2002, s. 581-596) i "Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise" at spiseforstyrrelse kan ha en sammenheng med hvilket idealbilde av kroppen man ettertrakter:

"This difference between the desires for a shape change in men, as opposed to weight loss through dieting in women, may be a function of the different male and female ideals. The male ideal is a V-shaped figure with an emphasis placed on large biceps, chest, and shoulders; whereas the female ideal is to be extremely thin, with the emphasis placed on slim hips, bottom, and thighs. Men's desire for weight gain would fit with the desire to achieve the male ideal V-shaped figure and to gain additional muscle".

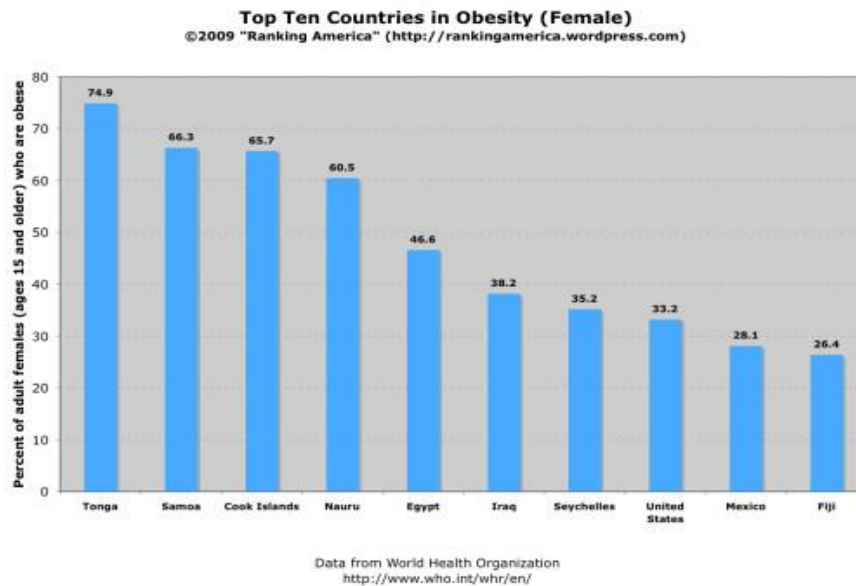
En annen grunn til forstyrelse i kroppsvekt kan være hvordan et menneske tolker sin over- eller-undervekt, og hvilken funksjon det har for en. Menn kan tendere til å betrakte undervekt som "*ikke bra*", mens kvinner tenderer til å tolke undervekt som "*bra*":

The nature of body weight dissatisfaction is, however, slightly different in men and women. Women are more likely to judge themselves overweight when by objective standards they are not, whereas men are more likely to perceive themselves as underweight with respect to objective standards (Furnham & Calnan, 1998).

These perceptions suggest that both genders misperceive their weight in comparison with others of their gender, or they make judgments about their weight using an unhealthy standard. "Underweight" appears to have a different meaning for men and women. Men see being underweight as bad; women see it as good (Cash, Winstead, & Janda, 1986).

En annen determinant til overvekt som man ikke bør overse er *kultur*. I Figur. 1 (se under) viser statistikken fra 2009 de 10 nasjoner som på verdensbasis er ledende i prosentandel av voksne kvinner over 15 år som er overvektig. I land som Tonga, Mali, Surinam er kvinnelig skjønnhet blant annet betraktet og målt i henhold til deres kroppsfasong- jo mer korpulent, dess vakrere!

I 1985 var jeg så heldig å bivåne et møte med kongen av Tonga i «Lakewood Church» i Houston, Texas i USA. På det møtet nevnte kongen blant annet at man kunne anta at en kvinne hadde det bra dersom hun hadde stor kroppslig omfang. I Mali tvangsfores unge jenter av sine mødre for å bli "overvektig". Overvekt av jentene styrker foreldres forhandlingsposisjon når jentene skal giftes bort, og brudeskatten skal debatteres og forhandles om.



Figur. 1 Top Ten Countries in Obesity (Female)

## 2.1 Hva er årsaken til overvekt?

Årsakene til overvekt er ikke ensartet. Den viktigste årsaken kan være at vi er for mye i ro, særlig når vi er på arbeid og når vi er hjemme.

Vi bruker kanskje for mye tid foran PC og TV. Det er sjeldnere at hovedårsaken er at vi spiser for mye. Vi må vi ta høyde for at både arv, stoffskifte, hormoner, psykologi, miljø og sosialøkonomi spiller inn i utviklingen av overvekt ([www.helsenett.no](http://www.helsenett.no)).

### 2.1.1 Fysiologiske faktorer

Det er mange biologiske og psykologiske faktorer som påvirker energibalansen, og arv kan være en betydelig faktor. Folkehelseinstituttet (2010, 2010:2, Stortingets innstilling nr.118: 1993-94) påpeker at endringer i miljøforhold kan forklare de endringene vi har sett de siste tiårene, og ikke gener. Utviklingen av kostvaner i den nordiske befolkningen har nok vært stabilt i de siste årene, og de nordiske landene har mange års samarbeid om kostholdsanbefalinger. Formålet er å forhindre mangelsykdommer og samtidig å minske forekomsten av overvekt, diabetes, hjerte og karsykdommer og ulike former for kreft (Nordic nutrition recommendations, 2004). Til tross for denne positive utviklingen har kostholdet i store



deler av befolkningen fortsatt klare ernæringsmessige svakheter og dermed utfordringer i forhold til forbedring.

### 2.1.2 Økonomiske faktorer

Det er påvist årsakssammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og overvekt (Meyer & Tverdal, 2005). I familier med dårlig økonomi vises det at ungdommene har en høyere forekomst av overvekt og fedme sammenliknet med ungdommer som kommer fra økonomisk mer velfungerende familier (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2008).

### 2.1.3 Genetiske faktorer

Overvekt kan være et samspill mellom genetikk og miljøfaktorer. Genene influerer menneskelig psykologi, utvikling, og tilpasning. Det er lite kjent om de spesifikke genene som bidrar til overvekt og omfanget av de såkalte «gen-miljømessige interaksjoner» - det komplekse samspill mellom genetisk 'makeup' og våre livserfaringer. Letingen etter menneskelige overvektsgener begynte for en del tiår siden. Det som i økende grad har blitt tydeligere av funnene underveis er at identifiserte genetiske faktorer kun bidrar i lite grad til risiko av utviklingen av overvekt ([www.hsph.harvard.edu](http://www.hsph.harvard.edu)).

## 2.2 Konsekvenser av overvekt

Hvis man ser bort fra røyking, så er det kanskje ingen større helserisiko som truer mennesket mer enn overvekt. På verdensbasis er overvekt og dets helsemessige virkninger enormt, og de har langsiktig implikasjoner på forskjellige samfunnsnivåer (Danaei, Ding, Taylor, Mozaffarian, Rehm, Murray, Christopher, & Ezzati, 2009).

Konsekvensene av overvekt kan være et mangfold av negative helsetilstander, og ifølge Danaei, Ding, Taylor, Mozaffarian, Rehm, Murray, Christopher, & Ezzati, (2009) inkluderer dette hjertesykdom, slag, diabetes, hypertensjon (høyt blodtrykk) usunt kolesterolnivå, astma, søvn apné, gallestein, nyreforstyrelse, ufruktbarhet, og ulike typer kreftformer.

Konsekvensene av overvekt er også merkbare på det sosiale og emosjonelle plan. Dette kan komme til uttrykk gjennom sosial diskriminering, lavere inntekt, lavere livskvalitet og økt risiko for depresjon (Danaei, Ding, Taylor, Mozaffarian, Rehm, Murray, Christopher, &

Ezzati, 2009). Overvekt er på bakgrunn av alle de negative helsemessige, psykososiale, sosioøkonomiske konsekvenser en verdensomfattende utfordring (WHO, 1998).

På verdensbasis regnes overvekt som den femte største risiko for dødsfall – 2,8 millioner voksne dør hvert år som følge av overvekt (WHO 2011a). Dårlige skoleprestasjoner og lav grad av sosial funksjon bidrar til utvikling av dårlig selvfølelse og negativt kroppsbilde (Helsedirektoratet 2010a).

Det er påvist en sammenheng mellom overvekt og dårlig selvbilde, angstlidelser og sosial isolasjon både hos barn og voksne (Kirkengen, 2009). De samfunnsøkonomiske belastninger som kan knyttes til overvekt ligger på omkring 2 til 6 % av helsekostnadene i industrialiserte land, og de er stigende (Folkehelseinstituttet, 2012).

Oppvekstforhold så som livsvilkår kan også påvirke utviklingen av vektrelaterte problemer. Dette gjelder også for genetiske forhold som kan gjøre et menneske sårbar for vektøkning (Kirkengen, 2009).

### 2.2.1 Psykologiske faktorer

Strauss omtaler en forskning på 1520 barn, i alderen 9-10, med en fire års oppfølging og deres funn var en positiv korrelasjon mellom overvekt og lavt selvbilde i den fireårige oppfølging. De fant også at nedsatt selvbilde førte til at 19 % av de overvektige barn følte seg nedfor, 48 % av dem kjedet seg, mens 21 % av dem følte seg nervøs. Til sammenligning, 8 % av barn med normal vekt følte seg nedfor, 42 % kjedet seg og 12 % følte seg nervøs (Strauss, 2000). Stress kan influere og påvirke barnets matvaner (Ogg, Millar, Pusztai, & Thom, 1997).

## 2.3 Forekomst av overvekt

Forekomsten av overvekt er økende i Norge og globalt. Utviklingen er også et økende problem i lav- og middelinntektsland, og særlig i urbane strøk (World health organisasjon 2011a). På verdensbasis er det snakk om en dobling av overvekt og fedme siden 1980 (World health organization 2011b).

### 3 Metode

Kvalitativ forskningsmetode er en av metodene som anvendes til å erverve seg vitenskapelig kunnskap (Bogdan & Biklen, 2003). Som Malterud (Malterud, 2003) påpeker er vitenskapelighet ikke knyttet sammen med noen bestemt forskningsmetode. Det handler mer om hvordan en håndterer innhenting av kunnskapen som bestemmer i hvilke strekning den holder vitenskapelig mål. Det finnes med andre ord noen grunnlagsprinsipper som ligger til grunn for et forskningsprosjekt. Herunder vil jeg kort si noe om disse.

Forskningsspørsmålet jeg stiller er av kvalitativ karakter, ettersom det er data som må uttrykkes i tekst og som ikke la seg kvantifiseres til rene tall (Grønmo, 1996).

Mitt metodiske valg har dreid seg om hvordan jeg som forsker kan fremskaffe kunnskap om fenomener og om hvilken status kunnskapen har. Dette kan oppnås ved hjelp av ulike forskningsprosesser som ved kvantitativ metode eller kvalitativ metode (Gilje & Grimen 2007 s. 237). Kvale & Brinkmann skriver at den opprinnelige betydningen av ordet metode betyr, veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 52). Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for hvordan jeg har gått frem i min bestrebelse i å fremskaffe ny kunnskap om hvordan BT kan ha sammenheng med overvekt.

Det kvalitative forskningsintervju har tradisjonelt tilhørt de humanistiske fagene. I moderne samfunnsvitenskap er intervjuforskning et relativt nytt fenomen. Den vektlegger intervjuet som samtale, og på tolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 23). Kvale poengterer at det er den menneskelige interpersonelle samhandlingen som produserer vitenskapelig kunnskap i forskningsintervjuet, men han skiller mellom samtale som en del av hverdagslig samhandling og som en faglig utveksling som forskningsintervjuet er en del av:” Formålet med kvalitative forskningsintervju er å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomener som blir beskrevet” (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 28- 30).

Beskrivelser av spesifikke situasjoner eller hendelsesforløp innhentes fremfor generelle meninger. Kvale presiserer at en skal utvise åpenhet overfor nye eller uventede endringer, som endringer av intervjupersonens egne beskrivelser eller tolkninger (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 39). Det er ingen regler for ustandardiserte intervjuundersøkelser, men det finnes

standardiserte metodevalg for de ulike stadiene i intervjuundersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 44).

Innenfor kvalitativ forskning håndteres det ulike metodiske tilnærminger (Ryen 2006 s. 27). Felles for kvalitative metoder er at det er metoder som konsentrerer seg om et lite utvalg, som man til gjengjeld vil undersøke svært grundig. Kvalitativ tilnærming omfatter intervju som en metode (Ryen 2006 s. 18). I den kvalitative metode handler det ikke om objektive data som skal kvantifiseres, men heller meningsfulle relasjoner som skal tolkes (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 25). Det er med andre ord tilrettelagt for en dynamisk samhandling mellom den som observerer og den som blir observert (Befring 2007 s. 29).

Noe av kritikken av den kvalitative metode har vært at det kan være vanskelig å sikre at utvalget er representativt, og at man bruker ledende spørsmål, eller får strategiske svar som følge av manglende anonymitet hos informantene. Den kvalitative metoden er både ressurs- og tidkrevende, og Kvale mener at et solid kvalitativt opplegg beregnes å ta mellom ett og to år (Kvale & Brinkmann, 2009). Ifølge Kvale er intervjuer en grunnleggende del av kvalitativ forskning. Den samfunnsfaglige relevante kunnskapen dannes i samtalen mellom individer, og det kvalitative intervjuet kan således bidra til å strukturere og konkretisere denne kunnskapen (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 62).

Den videre fremstillingen i metodekapittelet har fokus rettet mot kvalitativ metode fordi informasjonen i denne studien er innhentet ved hjelp av kvalitativt intervju.

Den kvalitative forskningens utvikling metodologisk og teoretisk, har gått i retning av kunnskapsdannelse ved hjelp av vitenskapsteoretiske grunnposisjoner som fenomenologi og hermeneutikk. Intervju som en del av kvalitativ forskning har utviklet seg i samsvar med denne måten å oppnå kunnskapsdannelse på (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 24-26).

En helhetlig innfallsvinkel og fenomenologisk hermeneutisk metode er med bakgrunn i det forannevnte valgt. Dette har sammenheng med forskningskrav som sier noe om at forskeren må velge en metode som er tilpasset det man skal undersøke (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Overvekt er et fenomen som står sentralt helsepolitisk og i forhold til utviklingen generelt i dagens samfunn.

### 3.1 Utvalg

Masteroppgaven er teoretisk og faglig plassert innenfor helsefremmende arbeid.

Informantene i denne undersøkelsen ansees å utgjøre et *sluppmessig utvalg*.<sup>1</sup> Dette var uunngåelig da jeg ikke greide å rekruttere informanter i Norge. Mine informanter er offentlig godkjente og sertifiserte profesjonelle med kvalifiserte kunnskaper og erfaringer for å kunne uttale seg om overvekt blant voksne mennesker som har vært utsatt for BT.

Utvalget ble rekruttert ved å sende en skriftlig forespørsel til FysioVerton i Haarlem, Nederland (Se vedlegg 2). Forespørselen ble tatt opp med den enkelte informant som jobber primært med overvektige voksne individer.

På et møte hvor alle informantene var samlet fikk jeg anledning til å utdype ytterligere hva mitt prosjekt gikk ut på, og jeg besvarte eventuelle spørsmål. Ved å skrive under på samtykkeerklæringen (se vedlegg 3) sa informantene seg villig til å delta i undersøkelsen, og bekreftet at de hadde lest og forstått informasjonen om mitt prosjekt. I alt fire informanter deltok i undersøkelsen og samtlige har mer enn 2 års tjenestetid, og da spesielt opp mot målgruppe- overvektige mennesker. Alle informantene har spisskompetanse i å jobbe med overvektige mennesker som har opplevd BT. Spisskompetanse til samtlige deltagere er skaffet til veie gjennom videreutdanning og kontinuerlig kursing.

### 3.2 Mitt vitenskapssyn

Mitt vitenskapssyn i forhold til dette masterprosjektet hviler på en fenomenologisk og hermeneutisk forståelse. Hermeneutikken gir meg adgang til å utvikle kunnskap som forteller meg noe om *hvordan jeg forstår det jeg forstår* (Kvale & Brinkmann, 2009). Forståelse ligger til grunn for at jeg oppfatter noe som jeg gjør i møte med alle inntrykk jeg stilles ovenfor, men har sin opprinnelse i fortolkning av skriftlig materiale. Meningsfortolkning skjer innenfor de kontinuerlige refleksjonsprosessene mellom de enkelte deler og helheten i materialet (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskningsprosessen er gjennom hele prosessen påvirket av min hermeneutiske forståelse. Men, det er viktig å poengtere at den hermeneutiske forståelse ikke søker å oppnå noe form for objektiv mening.

---

<sup>1</sup> Et *sluppmessig utvalg* velger de respondentene forskeren har for hånden. Forskeren stiller f.eks. opp på gaten og spør folk etter hvert som de passerer, VG spør leserne sine om deres reaksjon, TV2 ber seerne ringe inn og gi sin stemme eller si sin mening. Sluppmessig utvalg blir av mange kalt for bequemmelighetsutvalg ([www.kunnskapssenteret.com](http://www.kunnskapssenteret.com)).

Som forsker influerer og påvirker jeg egen forståelse og fordommer. Gjennom mine fortolkninger av andres oppfatninger, forståelse og handlinger som kommer til uttrykk gjennom 4 intervjuer i kombinasjon med empiri, håper jeg å kunne tilegne meg ny kunnskap om «*hvordan overvekt kan forstås som en livsstrategi som kan koples til barndomstraumer*»

### 3.3 Forskningsetikk

Prosjektet ble vurdert av NSD (Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste). Det trengtes ingen godkjenning (vedlegg 4). Informantene fikk skriftlig informasjon om prosjektets målsetting og at de når som helst kunne trekke seg uten konsekvenser. Det ble innhentet signert informert samtykke (vedlegg 3). Samtlige intervju ble tatt opp digitalt og transkribert. Ingen navn eller personopplysninger fremkommer i det transkriberte materialet.

Indirekte personidentifiserbare opplysninger som stemmeopptak er oppbevart på båndopptaker som er beskyttet med brukernavn og passord, i henhold til NSDs krav om anonymitet. Bakgrunnsopplysninger som kan være indirekte personidentifiserende er anonymisert. Alle opptak ble slettet etter at oppgaven var ferdigstilt.

### 3.4 Transkribering

Transkriberinger av intervjuene er gjort etter hvert intervju, dette for å sikre meg best mulig «fersk» empiri. I transkriberingsprosessen har jeg ved flere anledninger hørt gjennom de enkelte intervjuopptak på bånd, og jeg ble meg bevisst at det fremkom kontinuerlig *nye* tanker under hele transkriberingsprosessen. Det forutsagte faller sammen med det Postholm skriver:

«Ifølge Atkinson and Herritage (1984) er produksjonen av transkripsjoner en 'forskningsaktivitet' fordi den innebærer at en stadig på ny må lytte til opptakene og derved ofte oppdager forhold en tidligere ikke hadde fanget opp» (Postholm, 2005, s. 193).

Intervjusamtalene blir med andre ord strukturert på en slik måte at de egner seg bedre for analyse når de blir transkribert fra verbal til skriftlig form. I noen tilfeller kan det være et vesentlig poeng å ta med seg at det er valgfritt om en skriver dem ned i skriftspråkstil eller på dialekt (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009).

Siden jeg ikke er opprinnelig norsk, falt det naturlig for meg å skrive dem ned på både nederlandsk (mitt morsmål), engelsk og norsk. Dette gjorde jeg for å forenkle prosessen for meg selv i og med at jeg gjorde materialet lettere å lese, men også for å ivareta anonymiteten hos det enkelte intervjusubjekt. Etter transkribering av samtlige intervju, begynte jeg med analyseprosessen- å samle trådene fra intervjumaterialet.

### 3.5 Reliabilitet

Reliabilitet henviser til hvor pålitelige resultatene i en undersøkelse er (Kvale, Brinkmann, Anderssen, et al., 2009). Etterrettelighet og nøyaktighet er viktige momenter i denne sammenhengen. For å etterkomme krav om pålitelighet har jeg lagt stor vekt på at det for mine informanter var helt tydelig hva de var med på, blant annet gjennom et møte hvor de kunne stille alle spørsmål de måtte ha angående prosjektet, samt at de ble informert om at når som helst kunne la være å svare, samt at de kunne trekke seg når de ønsket det fra prosjektet uten konsekvenser. I første møtet gjennomgikk jeg også med informantene hva slags spørsmål de kunne vente seg. Jeg informerte dem også om hva hensikten var med mitt prosjekt, slik at de om ikke kunne finne seg i prosjektets formål, kunne melde avbud. Samtlige av informantene syntes prosjektet var spennende å delta i, og de gav uttrykk for at de satt på mange pasienterfaringer som var relevant for temaet. Med det forannevnte i tankene ønsket jeg å skape en åpenhet om hva man har spurt om, hva informantene har svart, metodebruk og utvalg av sitater. Beskrivelsen av fremgangsmåten for intervjuing av de fire profesjonelle er i tråd med kravet om etterprøvbarehet ved at det redegjøres for gjennomføringen, noe som er sentralt for reliabiliteten.

Jeg har lagt vekt på åpne spørsmål for å unngå at spørsmålene kan oppfattes som ledende. Noe av prosjektets hensikt var å få et genuint innblikk i de profesjonelles erfaringer og refleksjoner rundt tema overvekt som en livsstrategi koplet til BT. Det andre som kan forvanske reliabilitet er at objektivitet er vanskelig å ivareta sett i lys av at jeg som intervjuer er en del av intervjusituasjonen. Reliabilitet i kvalitativ undersøkelse vurderes ut ifra hva som undersøkes, kvaliteten på observasjonen og argumentasjonen som legges til grunn (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 115). I kritikk av kvalitativ forskning som metode rettes utsagn som ” resultatene er ikke reliable, de er bare resultater av ledende spørsmål” (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 159). En slik kritikk prøver jeg å argumentere mot ved å være tydelig på hvilke spørsmål som er stilt, begrunnelse for valg av spørsmål, ordrett transkribering som ligger til

grunn for fremlagte sitater, og kritisk vurdering av egen metodisk tilnærming og rolle som intervjuer. God henvisningsskikk er også et ledd i å være reliabel.

Datainnsamlingen foregikk ved hjelp av semistrukturert forskningsintervju med relativt faste og formulerte spørsmål men hvor rekkefølge ikke følges slavisk, og hvor det ikke finnes faste svaralternativer (se vedlegg 4). Intervjuene ble foretatt ved FysioVerton i byen Haarlem i Nederland som er en fysioterapipraksis med mer enn 25 års erfaring. De har blant annet fokus på trening og rehabilitering av overvektige mennesker. I innledende samtaler med informantene ble det utvekslet erfaringer og tanker om overvekt som tema. Alle intervjuene fløt uten lange opphold og hadde en gjennomsnittlig varighet på 60 minutter. Det var ingen spørsmål som informantene ikke ønsket å besvare. Alle intervjuene ble gjennomført ved å følge rekkefølge på intervju spørsmålene. I noen tilfeller benyttet jeg oppfølgingsspørsmål, og spørsmål hadde som formål å hjelpe informanten til å presisere meningen bak svaret.

### 3.6 Validitet

Validitet handler om gyldighet, altså hva jeg som forsker har funnet ut om noe. Kunnskap er ikke allmenngyldig, slik at den gjelder under alle omstendigheter og for ethvert formål. Som forsker må jeg vurdere validiteten av hva jeg har funnet ut om noe, og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenheng der studien er gjennomført (Malterud, 2003, p. 24). Det viktige er å ta stilling til hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om. Samt, hvilken overførbarhet resultatene har (Malterud, 2003).

Kunnskapskildene - der hvor kunnskapen er innhentet – vil i stor grad være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009; Malterud, 2003; Nilssen, 2012). Validitet har med andre ord relevans for repeterbarhet, noe som betyr å oppnå like resultater ved gjentakelse av forsøket. Dette er særskilt et krav innenfor den medisinske forskning (Malterud, 2003, p. 25). Jeg tar høyde for at datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon kan være farget av mine egne subjektive resonnementer rundt tema. Farging av datainnsamling kan i dette prosjektet også ha sammenheng med resonnementer rundt temaet og mitt faglige ståsted og preferanser, men dette trenger ikke nødvendigvis være en svakhet ved forskningsprosjektet, det kan også være en styrke.

Kvalitative forskningsstrategier har et mål om å utnytte det mangfoldet som dette kan representere, og som vi har vært innpå før, nemlig at det finnes flere gyldige versjoner av



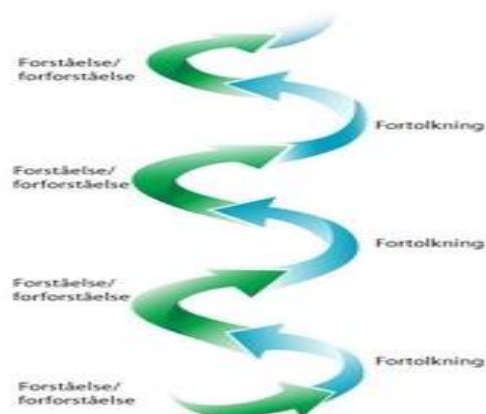
kunnskapen (Malterud, 2003, p. 25). I en intervjusetting kan det tenke seg at jeg fikk noen andre nyanser fram i samtalen med menn, der jeg som intervjuer selv er mann. Etter min oppfatning er det derfor viktig å godta at vi kan feste oss ved ulike nyanser når vi studerer og leser samme materialet- vi regner ikke per se alle versjoner som like relevante (Malterud, 2003, p. 25).

### 3.7 Hermeneutikk

Hermeneutikk er historisk sett knyttet til tolkning av juridiske og retoriske tekster, samt religiøse skrifter. Barbosa da Silva & Andersson (1996) skriver at den moderne hermeneutikken har en aksept for et psykologisk tolkningsprinsipp ved siden av den filologiske forståelsen av tekster. Dette betyr en anerkjennelse av det faktum at subjektiv tolkning er influert av forfatterens erfaringer, tanker og følelser.

Den hermeneutiske spiral er en fremstilling av et fortolkningsmessig prinsipp som innebærer at vi forstår helheten ut i fra delene og delene ut i fra helheten, og at dette er en dynamisk erkjennelsesprosess som svinger mellom del og helhet, der vår oppfatning av helheten, influeres av hvordan vi forstår en del av helheten.

Med henhold til forskning betyr det at en slik spiralbevegelse representerer forskerens konstante fordypning av sin meningsforståelse, som utgangspunkt for nye måter å forstå på, og erverve seg uopphørlig dypere innsikt (Thornquist, 2003).



Figur. 2 Den Hermeneutiske Spiral ([www.forskning.no](http://www.forskning.no)).

Forståelse er et elementært begrep i hermeneutikken: «Forståelse er noe helt fundamentalt og ureduserbart, noe som ligger til grunn for at vi oppfatter noe *som* noe. Forståelse er til stede

når vi leser, arbeider, lager noe, løser problemer, gjør eksperimenter osv. Forståelse står altså i en motsetning til 'tom stirre'» (Wormnæs, 1984, p. 29).

Wormnæs skriver videre at forståelse er bestemt av en allerede værende forståelseshorisont, noe som vil si at alle dommer er bestemt av fordommer (Wormnæs, 1984). Disse fordommer av nøytral betydning kan være forskerens eller forfatterens forforståelse. Og, det er denne forståelse som ligger til grunn for den hermeneutiske spiral. Gadammers forståelse og anvendelse av begrepet *fordom* er viktig i denne sammenheng. Han beskriver *fordom* som noe som kommer foran og forut, det vil si en bakgrunnskunnskap en møter fenomenet med (Thornquist, 2003).

### 3.7.1 Fenomenologi

Fenomenologisk refleksjon benekter ikke realiteter slik jeg oppfatter det. Hensikten er å skape en avstand til opplevde realiteter, og retter oppmerksomheten mot det som etablerer realiteter, eller vilkårene for erfaringer (Guneriussen, 1999 s. 161). Fenomenologisk inspirasjon innebærer en beskrivende studie av menneskers bevissthet, for å forstå verden fra deres ståsted (Kvale & Brinkmann 2009 s. 38-73). Den fenomenologiske tilnærmingen legger i denne oppgaven blant annet vekt på å beskrive de profesjonelles erfaringer i arbeidet med overvektige voksne mennesker.

Dette innebærer at et intervju skal være fenomenologisk, slik at svarene i minst mulig grad skal være preget av forforståelse og fortolkning. Jeg har derfor valgt semistrukturert intervju, og dette er det fenomenologiske aspektet, der hvor jeg har stilt preformulerte relativt faste spørsmål med åpne svarmulighetene som ikke er låst, men innbyr til en fri samtale. En slik framgangsmåte vil ifølge Befring (2007) styrke validiteten til oppgaven ved å legge intervjusituasjonen maksimalt til rette på informantens premiss, slik at informanten kan uttrykke seg fritt.

Fenomenologi innebærer å skape en avstand til opplevde realiteter, og retter oppmerksomheten mot det som konstituerer realiteter, eller grunnlaget for erfaringer (Guneriussen 1999 s. 161). Den fenomenologiske inspirasjon innebærer en deskriptiv studie av menneskers bevissthet, slik at man kan forstå verden fra deres ståsted (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 38- 73) Ut i fra denne forståelsen av fenomenologisk tilnærming, vil jeg i

oppgaven beskrive de profesjonelles erfaringer i arbeidet med overvektige voksne, ut fra deres uttalelser.

Det fenomenologiske aspektet i spørreundersøkelsen blant de profesjonelle i denne oppgaven ligger i at intervjuguiden er semistrukturert, noe som legger føringer for intervjuet gjennom emneintroduserende spørsmål.

Kvalitative studier har gjerne en fenomenologisk tilnærming, fordi det innebærer et fokus på informantens opplevelse og forståelse av et fenomen. Med en hermeneutisk analyse i kvalitative studier legges det vekt på informantens forståelse og tolkning av denne i et videre teoretisk perspektiv (Befring, 2007 s.181). I hermeneutisk forståelse er meningsstolkningen det sentrale. Begrepene samtale og tekst er viktige, og det legges vekt på tolkerens forforståelse av emnet (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 40). Som forsker, men også som terapeut som befinner seg i regelmessig terapeutisk setting med mennesker som sliter med overvekt, ser jeg ikke bort fra min egen forforståelse av barndomstraumer og overvekt som tema i søken etter meningssammenhenger. Derfor har jeg forsøkt å legge stor vekt på informantens informasjon.

## 4 Teori

### 4.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er definert som "den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse" (Ottawa-charteret; WHO, 1986). Helsefremmende tiltak har til hensikt å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel (St. meld. 37 (1992-93). Ottawa-Chartered; WHO 1986 ble noe redefinert gjennom Bangkok-Chartered for Health Promotion in a Globalized World (WHO, 2007):

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health”

Helsefremmende arbeid har en helhetlig tilnærming, og den retter seg mot å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom (Hauge & Mittelmark, 2003; Mittelmark & Hauge, 2003; Tones & Green, 2010). Denne tverrfaglige tilnærmingen er derfor viktig i arbeid med mennesker generelt, og bør derfor stimuleres (Sørensen & Graff-Iversen, 2001).

Helsefremmende arbeid er også et internasjonalt fagfelt som spenner seg over et vidt spekter av perspektiver og praksiser. Seedhouse (1997) skriver at helsefremmende arbeid kan minne om en *skjære* som tar alt den kommer over, pekende på at fagfeltet mangler en egen identitet (Seedhouse, 1997). Helsefremmende arbeid som fagfelt er tverrfaglig, og en hovedutfordring er å forene det beste fra ulike forståelser og tilnæringsmåter (Seedhouse, 1997). Essensielt i helsefremmende arbeid er vektleggingen av salutogenese (av helse — saluto, opprinnelse eller tilblivelse — genese,) som fremmer helse, og som står i et komplementært forhold til patogenese (risikofaktorer og årsaker til sykdom) innenfor et kontinuum.

I helsefremmende arbeid rettes fokus mot tiltak som gjennomføres i forhold til det fysiske, psykiske og sosiale miljøet som befolkningen daglig lever i. Tilnærmingen bør derfor betraktes som en radikal endring i forhold til tidligere brukte metoder, der oppmerksomheten eksplisitt var rettet mot forebygging av spesifikke sykdommer med medisinske virkemidler. Helsefremmende arbeid vektlegger at innsatsen ikke må sees isolert i forhold til annet arbeid som har som mål å utvikle samfunnet. Med bakgrunn i dette resonnement er det viktig å poengtere at andre instanser som har ansvar for tiltak og som kan påvirke helsetilstanden til

befolkningen eller enkeltmennesker, også bør ta hensyn til de helsemessige virkningene av tiltakene.

Helsefremmende arbeid er således tilknyttet tverrfaglig og politisk virksomhet. Det handler om å jobbe for at samfunnet blir utviklet slik at man unngår å skape grunnlag for fremtidig utvikling av sykdom. Internasjonalt er det bred oppslutning om at politiske vedtak, og dette inkluderer også de som ikke retter seg mot helsetjenestene, har stor innvirkning og påvirkning på helsetilstanden til befolkningen. På tross av denne konsensus ligger det en utfordring i å utforme tydelig politisk virksomhet som bidrar til, og styrker helsefremmende aktivitet. Det forutsatte impliserer at ansvaret for helsefremmende arbeid ikke kun er et anliggende for helsetjenesten, til tross for at kommunehelsetjenesten er tillagt særlige oppgaver for å utvikle dette arbeidet. Stortinget har påpekt at alle samfunnssektorer må samarbeide på alle nivåer for å sikre at helsemessige hensyn ivaretas i samfunnsplanleggingen (Stortingsmelding nr. 37 (1992–93) med Sosialkomiteens innstilling nr. 118 (1993–94)).

I det politiske grunnlaget for det helsefremmende arbeid (Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003)) vektlegges skolens, lokalsamfunnets og arbeidsplassens betydning for helsefremmende tiltak. Det som er verdt å merke seg er at meldingen legger større vekt på enkeltmenneskets  *eget*  ansvar enn tidligere dokumenter på dette området. Helsefremmende arbeid er relevant i oppgavens sammenheng der World health organization (1998) poengterer at verden står ovenfor en epidemi i form av overvekt (obesity) (WHO consultation on obesity : & WHO. Division of Noncommunicable Diseases., 1998).

## 4.2 Empowerment

Med empowerment siktes det til støtte, bemyndigelse og styrking i forhold til å påvirke sin egen livssituasjon (Askheim, 2007). Den profesjonelles rolle i relasjon til helsefremmende arbeid er å opptre som veileder på en slik måte at individet kan opparbeide seg deltakende kompetanse (Freire, Berkaak, & Lie, 2003) til å mestre egne utfordringer og prosesser.

Kunnskap om empowerment kan gi et strukturert grunnlag for gode og virksomme dialoger og motvirke en oppgitt holdning hos individet og den som jobber med individet mot en mer ønsket og konstruktiv livssituasjon (Walseth & Malterud, 2004).

For å kunne møte de utfordringer som ligger i folkehelsearbeidet bør helsefremmende arbeid basert på en empowerment-ideologi styrkes (Tones & Green, 2010). Hva er så empowerment? Empowerment blir i Ottawa-chartret i 1986 definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO, 1986).

Empowerment som strategi betyr at et individ fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finne sine egne løsninger, og dette hvor det trengs i fellesskap med andre (Askheim, 2007, 2009, 2012; Askheim & Borg, 2010). Det er vanskelig å finne et dekkende norsk ord for begrepet «empowerment» (Askheim & Borg, 2010). Men begrepet "myndiggjøring" kommer nærmest det vi kan godta som et dekkende begrep (Askheim, 2007; Hauge, 2011).

Empowerment kan defineres som en prosess. Det betyr at ingen prosess er tidsbegrenset, men alt tar den tid det trenger. I oppgavens sammenheng er dette et vesentlig poeng der bearbeiding av barndomstraumer er tidskrevende prosesser. Prosessbegrepet viser til dynamisk aktivitet som forhåpentligvis medfører hensiktsmessige varige endringer til individets fordel.

Innenfor empowerment tenkningen anses lokalsamfunnet som den viktigste arenaen for å vinne kontroll over forhold som påvirker allmenntilstanden og i NOU 1998:18 poengteres at:

"Empowerment retter seg mot denne mangelen på kontroll ved å fremme deltagelse i aktiviteter i lokalsamfunnet, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnets sosiale nettverk, og ved en tro hos folk på at de kan kontrollere sin egen verden. På denne måten vil empowerment også lede til sosial og miljømessig endring" (NOU 1998:18).

Stang og Andvig (Stang & Andvig, 2002) beskriver bemyndigelse i tre hovedelementer: 1) å stimulere anvendelse av den hjelpetrequendes ressurser og muligheter, 2) fremme den hjelpetrequendes krefter og energi, og 3) å redusere forekomsten av faktorer som skaper stress hos den hjelpetrequende.

Noe av det mest sentrale poeng i empowerment er tanken om at et individ som har et behov for hjelp eller støtte lærer seg å ta i bruk sine egne ressurser og muligheter for å bedre sin livssituasjon i samhandling med andre.

Empowerment impliserer ideen om: 1) å gi makt eller autoritet til, 2) gjøre i stand til, og 3) å tillate, og NOU 1998:18 beskriver empowerment på følgende vis (sitat):

"Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring». (NOU 1998:18; Hauge 1999).

### 4.3 Ressursperspektiv og Salutogenese

Ressursperspektiv er knyttet til tenkningen om hvordan man kan rette oppmerksomheten mot de positive mulighetene i menneskers handlingspotensiale. Aaron Antonovsky (1979, 1987) har gitt viktige bidrag til å rette oppmerksomheten mot det som fungerer godt og bidrar til tilblivelse av friske og velfungerende mennesker. Begrepet salutogenese ble formet av Antonovsky (1979, 1987) og begrepets hensikt var en belysning av helsefremmende faktorer, som en motsats til patogenese- sykdomsfremkallende faktorer. For Antonovsky befant helse seg på et kontinuum mellom alvorlig syk og fullstendig frisk, og hvor salutogene krefter styrer mot de faktorene som fører en så nær den fullstendig friske polen som mulig. I denne sammenhengen ble opplevelsen av sammenheng (Sense of Coherence (SOC)) avgjørende for hvordan mennesker klarer seg. Antonovsky utviklet skalaen for å måle og belyse individets opplevelse av sammenheng (SOC) og den består av tre elementer; mennesker må kunne forstå situasjonen, ha tro på at det finnes løsninger og finne mening i å prøve dem ut. Dette gjøres ved å belyse relasjonen mellom følelsen av sammenheng, forskjellige mål på psykisk helse og visse personlighetsvariabler og familieforhold (Cederblad, 1996; Cederblad & Hansson, 1989).

Salutogenese er i og for seg ikke noe brudd med for eksempel deler av miljøterapeutisk arbeid. Det som er annerledes er fokuset på systematisk fremhevelse av eksempler på mestring, dvs., situasjoner der hvor individet evner å styre sitt eget liv, og det som kan styrke selvfølelsen. En forutsetning for at en salutogen innstilling kan fungere er kartlegging av friskhetsfaktorene (Cederblad, 1996).

Et ressursperspektiv er knyttet opp mot en betraktning om individet som aktør i utviklingen av sine egne omgivelser, og det innebærer å ta i betraktning forholdene mellom stress og individets individuelle mestringsstrategier (livsstrategier), og mellom livshendelser og mer sementerte livsbetingelser. Disse forholdene står i sammenheng til hverandre, og dagliglivet vil prege forekomsten av livshendelser og stress og de mestringsstrategiene som vil være disponibel for individet.

#### 4.4 Den biomedisinske modell

Begrunnelse for at jeg tar med den biomedisinske modellen har sammenheng med at opplevelse av mestring kan ha sammenheng med opplevelse av det å ha makt - den opplevelse av å kunne styre eget liv. Det kan etter min mening diskuteres om den biomedisinske modellen fremmer individets mulighet til å kunne oppleve denne makt. Det er her på sin plass å si noe om hva jeg forstår med den biomedisinske modell: Det biomedisinske perspektiv legger en *objektivering* til grunn. Praksis vil derfor handle om å ha kunnskap om *lidelser* og *tiltak* for å bøte på dem. Det er med andre ord en forklaringsmodell som bygger på kunnskap om det som gjør at mennesker har noe felles. Det biomedisinske forutsetter et perspektiv og en plikt til å stille riktig diagnose for så å kunne gi rett behandling. Individets symptomer, lidelse og tiltak kommer i fokus.

Begrunnelse for min ambivalente holdning til den biomedisinske modellen ligger ikke i at den er patogen orientert. Jeg tenker fra et salutogent perspektiv at den patogene modellen er komplementær til en salutogen tilnærming av helse siden den forteller noe om årsakene til sykdommer og hvordan de kan kureres. Min motforstilling ligger i at den biomedisinske modellen bygger på en kunnskap som språklig må formidles om skal det kunne ha noen mening. Min erfaring som terapeut er at mennesker generelt sett ikke forstår dette språket. Språket som den biomedisinske modellen håndterer ligger tilsynelatende på et ekspertnivå som for folk flest kan virke utilgjengelig:

”Dette betyr at ekspertkunnskapen blir mer og mer utilgjengelig for folk som selv ikke er eksperter innenfor dette kunnskapssystemet. Spesialiseringen og kunnskapsutviklingen har også bidratt til profesjonalisering av medisinen og helsebegrepet og dets innhold innenfor den medisinske kulturen blir dominert av profesjonene og det de driver på med”

<http://www.forebygging.no>



Det kan med andre ord virke slik at ekspertene vet best hva som er bra for et menneske, og med det insinuere at å velge ekspertenes råd er den beste vei å gå (Nettleton 1995 og 1997).

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i Felitti og Andas epidemiologiske studie ”The Adverse Childhood Experiences” (Anda m.fl., 2002, 2002, 2008, 2008) som et alternativ til den biomedisinske modell. Dette har sammenheng med at epidemiologisk forskning har en prominent plass innenfor den biomedisinske modell.

«En viktig forutsetning for den medisinske helsemodellen i dag er epidemiologisk forskning og kunnskap. Epidemiologien forsyner medisinen med sannsynlighetskunnskap»

<http://www.forebygging.no/>

#### 4.5 Hva er ACE- studien og hvorfor er den viktig?

Det er kjent at barndoms- og oppveksttraumer kan ha store og noen ganger fatale konsekvenser for et menneskets (Dube, Shanta, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003) mentale tilstand i voksen alder (Kirkengen, 2009; Kirkengen & Shaw, 2010). Overgrep, forsømmelse, alkoholiserede foreldre, alvorlige dysfunksjonelle familiemønstre og andre stressfremkallende faktorer kan innvirke på voksen helse og dødelighet (Kirkengen, 2009).

ACE-studien ble til som et uventet resultat av Kaiser Permanente weight-loss program som ble til noe annet enn opprinnelig planlagt. På 1980-tallet begynte Vincent J. Felitti, grunnleggeren til Kaiser Permanente’s departement i forebyggende medisin, et nytt overvekt-behandlings program, som var basert på en teknikk som kalles for «absolutt faste». Dette betyr at en ikke tar til seg fast føde, men kun flytende matsupplementer bestående av 420 kalorier som kom fra vitaminer, og da spesielt aminosyrer og andre umettede fettsyrer, og elektrolytter. I begynnelsen virket det som programmet var en stor suksess. Det var mennesker som mistet 25 kg og mer. For noen som var sykkelig overvektig var vekttapet helt opp til 150 kg. På tross av disse tall opplevde Felitti og hans kolleger et merkelig problem, nemlig at det var et uvanlig høyt antall deltagere som falt ut av programmet. Det uvanlige var at dette ikke gjaldt mennesker som spiste i skjul og dermed ikke mistet vekt, men at det gjaldt mennesker som var suksessfulle når det handlet om å miste vekt. Og, som Felitti sa, «This is driving us nuts». Felitti var fristet til å tro at han og hans kolleger visste hva de drev med siden det var så mange som gikk ned så mye i vekt (Felitti, 2002).

Etter en samtale med en ung kvinne som hadde begynt i programmet i 1980 når hun veide 204 kg begynte Felitti å få øynene opp for sammenhengen mellom barndoms- og oppveksttraumer koblet til overvekt. Etter å ha deltatt i programmet i 51 uker mistet denne kvinnen 66 kg. Men kort tid etter, begynte hun plutselig å gå opp i vekt igjen – 18 ½ kg på tre uker. Når Felitti spurte om hun visste hva som utløste (triggered) matorgien, så svarte hun at hun hadde en historie av søvnevandring (sleep-walking) og at hun nå trodde at hun var en søvnspiser (sleep-eating). Hun bodde alene, og når hun våknet om morgenen var kjøkkenet hennes et eneste rot med åpne matbokser. Den unge kvinnen sa at hun bodde alene i huset, slik at ingen andre enn henne selv kunne ha spist all denne maten. Felitti spurte den unge dame *hvorfor?* Hva foregikk i hennes liv som trigget matorgien? Hun svarte at en medarbeider hadde gitt henne ros for at hennes kropp hadde blitt så flott etter vekttapet, og at hun nå var svært attraktivt. I tillegg begynte denne kollega å foreslå at de skulle ha sex med hverandre, en til to ganger i uka. Etter dette hadde hennes søvnspising begynt. Felitti var fortsatt forundret over det som hadde skjedd og gav dette til kjenne. Da begynte den unge kvinnen å fortelle sin historie: Som barn hadde hun i mange år blitt seksuelt misbrukt av sin bestefar, og siden det hadde hele hennes liv dreid seg om og ikke være seksuelt sårbar og attraktivt igjen. For henne var det å være slank en direkte trussel. Å være overvektig hadde blitt instrumentelt for henne, og en nødvendighet.

Med overgrep i barndommen (Williamson, Thompson, Anda, Dietz, & Felitti, 2002) forsømmelse og andre stressorer sikter jeg i denne oppgaven til adverse childhood experiences (ACE). Nesten to-tredje deler av deltakere i ACE-studien rapporterte minst en ACE, og mer enn en i fem rapporterte 3 eller flere ACE (<http://www.cdc.gov/ace/findings.htm>). De kort- og langsiktige virkningene av disse barndomseksponeringer besitter en mengde av helsemessige og sosiale problemer (<http://www.cdc.gov/ace/findings.htm>). ACE skår er anvendt til å kartlegge mengde stressfaktorer som et barn er vokst opp under og viser at antall ACE skår bidrar i følge "Center for Disease control and prevention" (<http://www.cdc.gov/ace/findings.htm>) til en økning i følgende helseproblemer:

- Rusmiddelmisbruk
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- Depresjon
- Død-fødsel

- Helse-relatert livskvalitet
- Leversykdom
- Risiko for vold i nære relasjoner
- Mange seksuelle partners
- Seksuell overførbare sykdommer
- Røyking
- Selvmordsforsøk
- Uintendert svangerskap
- Tidlig røykestart
- Tidlig seksuell debut
- Ungdomssvangerskap

ACE - Adverse Childhood Experiences - er den største epidemiologiske studien i sitt slag som noensinne er gjennomført. Hensikten med studien har vært å finne ut om hvordan barndomstraumer kan ha innvirkning på atferd i voksen alder, og hvordan de helsemessige og sosiale virkninger som ACEs kan forårsake fortone seg gjennom et menneskets livsløp. Dette med å forstå og å kunne respondere til mennesker som sliter med barndomstraumer er i følge Green (2009) et vesentlig moment i arbeidet med denne gruppen.

ACE- studien ble utført på et stort antall mennesker (9,508 svarpersoner av 13,494 [70,5 %]). Studien er nå vokst større enn 17000 deltagere. Dette tallet er stabilt siden ingen nye deltagere tillates. Deltakere i studien var voksne mennesker som nylig ble medisinsk evaluert. Etter evalueringen fullførte de en 68 spørsmål tellende undersøkelse om 7 kategorier av barndommens traumer [ACEs]). En stor andel av deltakere rapporterte at de satt på traumatiske erfaringer fra barndommen (Felitti, Anda, Nordenberg m.fl., 1998). De rapporterte barndomstraumer fortonte seg prosentvis på følgende måte:

- 1) Levde med en som hadde problemer med drikking eller var en alkoholiker eller brukte narkotika 25,6 %
- 2) Seksuelle overgrep: 22 %

- 3) Levde med en mentalt syk person: 18,8 %
- 4) Mor ble mishandlet: 12,5 %
- 5) Emosjonelt mishandlet: 11,1 %
- 6) Fysisk mishandlet: 10,8 %
- 7) En av husstandens medlem satt i fengsel: 3,4 %

ACE skår beregner et poeng for enhver kategori av eksponering av ”child abuse” eller/og forsømmelse. Poengene telles opp for en skår mellom 0 og 10. Jo høyere skår, dess større eksponering og med det større risiko for negative konsekvenser.

([http://www.acestudy.org/ace\\_score](http://www.acestudy.org/ace_score)) (se figur 3.). Når et individ som barn har opplevd seksuelle overgrep, blitt fysisk mishandlet, har vært vitne til at far har mishandlet mor så snakker man om 3 ACEs.



Figur. 3 ACE Pyramid (<http://www.acestudy.org/home>).

ACE studien vurderer helsetilstanden til studiens deltakere inkludert forekomsten av alvorlige sykdommer, effekten av ACEs over et menneskets livslengde, og kostnader og utnyttelse av helse-omsorg.

Funnene i ACE-studien tyder på at visse opplevelser er viktige risikofaktorer for de viktigste årsakene til sykdom og død samt dårlig livskvalitet. Fremgang i forebygging av risikofaktorer, samt anvendelse av den beste ekspertise kan bidra til forebygging av helsemessige og sosiale problemer oppstått som et resultat av traumatiske barndomserfaringer ([www.cdc.gov/ace/findings.htm](http://www.cdc.gov/ace/findings.htm)). Dette kan være en vanskelig oppgave der mangel på kunnskap om risikofaktorer kan forvanske forebygging. ACE-studien er ikke de eneste i sitt slag, det har blitt gjennomført to lignende studier før<sup>2</sup>.

#### 4.6 Traumer i barndommen

Mine intervju spørsmål har relevans for individets første 18 år i livet. Barndomstraumer defineres i oppgaven slik:

«Emosjonelle overgrep, fysisk misbruk og- eller overgrep, og seksuelle overgrep» (Dube, Shanta, Felitti, Maxia Dong, Wayne, Giles, and Anda 2003):

Disse typer misbruk kan ha blitt til i hjem med ulike dysfunksjoner (Terr, 2003) relatert til individets oppvekstvilkår: eksponering til rusmiddelmissbruk, mentale lidelser, voldelig behandling av mor eller stemor, kriminell atferd i kjernefamilien, og foreldrenes samlivsbrudd og- eller skilsmisse (Dube, Shanta Felitti, Maxia Dong, Wayne, Giles, and Anda, 2003). Seksuelle overgrep har enorme konsekvenser (Tricket, Noll, & Putnam, 2011), og kan bidra til utvikling av overvekt i voksen alder (Felitti, 2002; Kirkengen, 2001, 2007, 2009). Samtidig har trauma stor innflytelse på barnets utvikling (Putnam, 2006).

I Dube, Shanta, Felitti, Maxia Dong, Wayne, Giles, and Anda (2003), tydeliggjøres det at forekomsten av barndoms- og oppveksttraumer var mer forekommende hos kvinner enn hos menn, men dette med unntak av seksuell misbruk. Forskning viser at det er en økning i selvrapportert risikoatferd så som røyking og alkoholisme (Dube, Shanta, Felitti, Maxia Dong, Wayne, Giles, and Anda, 2003). Kohort studie (ACE) til Felitti og Anda viser også at barndoms- og oppveksttraumer øker risikoen for affektiv depresjon med 30 %, og at det var en signifikant økning i seksuell overførbare sykdommer på grunn av promiskuitet med 20 –

<sup>2</sup> Walker E, Koss M, Bernstein D et al: Long-term medical outcomes of women with childhood sexual, physical or emotional victimization. Preliminary data, 1997.

McCaughey J, Kern DE, Kolodner K et al: Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: *unhealed wounds*. *JAMA* 277 (17): 1362-1368, 1997

30 %. Det er med andre ord et godt grunnlag for å anta at uhåndterte traumer fra barndommen og oppveksten kan føre til utvikling av forekomsten av helseskadelig risikoatferd så som emosjonsspising (Green, 2009).

En annen mulig forklaring kan være relasjonen mellom barndomstraumer og overvekt i voksen alder. Og at denne relasjonen på en uhensiktsmessig måte virker inn på individets psykologi (Kessler, McLaughlin, Green, Gruber, Sampson m. fl., 2010) noe som kan vise seg gjennom lavt selvbilde, lav selvfølelse, konfliktfylte interpersonelle relasjoner, depresjon, og andre fiendtlige traumatiske uttrykk som innebærer helsemessige konsekvenser (Fehr, 2008; Kirkengen, 2009; Kirkengen & Shaw, 2010; Perry & Szalavitz, 2008). Psykologisk trauma er en type skade på individets psyke som kan komme til syne gjennom traumatiske hendelser.

En traumatisk hendelse innebærer en enkelt hendelse, eller en serie av vedvarende hendelser, og som fullstendig kan overta individets evne til adekvat håndtering av tankene og emosjonene som kommer med opplevelsen av avmakt (Grøholt, Sommerschild, & Gjørum, 1998). Dette er relevant innenfor oppgavens kontekst der opplevelsen av å være «fullstendig» overtatt kan leve ukevis, månedsvis, og årevis i et individ før det begynner å gjøre seg gjeldende. Etter som jeg forstår det blir dette gjerne synlig i og med at individet begynner å oppleve at virkningene av barndomstraumer begynner å spille opp i voksen alder.

Alle mennesker vil reagere ulikt på identiske hendelser. Dette betyr at en person kan erfare at en opplevd traumatisk hendelse er relativt enkelt å leve med, mens et annet individ vil kunne slite voldsomt med virkningene av samme hendelse. Med andre ord, *ikke* alle mennesker som opplever en potensiell traumatisk hendelse vil bli psykologisk traumatisert (Storr, Lalango, Anthony, Breslau 2007).

## 5 Introduksjon til diskusjon

Fremfor å ha et eget analysekapittel har jeg valgt å la drøfting av data komme til syne i diskusjonsdelen. Jeg har valgt denne fremgangsmåten der mine data har for lite volum til å bli analysert for seg. Således har jeg sett det som mer hensiktsmessig å ta med mine funn i form av sitater i diskusjonsdelen, der det da forhåpentligvis fremstår som mer meningsbærende. Jeg vil samtidig minne leseren om at begrepene ACE og barndomstraumer brukes om hverandre. Til dette kapitlet følger det med et vedlegg (5) som gjengir mitt forsøk på å kategorisere og rubrisere problemstilling, forskningsspørsmål og de ulike svar de genererte.

I arbeidet med min masteroppgave startet analysen med en gang og har vært med meg under hele forskningsprosessen. I analysefasen begynte jeg som forsker å se etter sammenhenger og mønstre i materialet. Denne del av prosessen beskrives av blant annet Nilssen (Nilssen, 2012, p. 101).

Den teoretiske analyseprosessen tar utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering, den fenomenologisk analyse, og den tematiske innholdsanalyse (Malterud, 2003). Målet med tilnærmingen i denne masteroppgaven er å utforske den mulige dynamikken og sammenheng mellom barndomstraumer og overvekt i voksen alder, samt å oppnå utvidet forståelse av temaet.

For meg har det vært en overordnet tenkning og lage en strukturert analyse. Jeg har valgt dette for å sikre at jeg på best mulig måte kan redegjøre for min framgangsmåte gjennom analyse, og for at analysen systematisk blir gjennomarbeidet. I det henseende har det vært viktig å følge Malterud (2003), i det hun skriver: «... at analysen skal bygge bro mellom rådataen og resultater ved at datamaterialet blir fortolket og sammenfattet ...» (Malterud, 2003, s. 93).

Formålet med analysen har vært å belyse min problemstilling, og et forsøk på at mine data skulle generere noe nye bidrag til oppgavens tema (Malterud, 2003, p. 87). I analysen av mine data har jeg forsøkt å få svar på følgende spørsmål:

- Hva skjer med selvforståelsen og verdighetsopplevelsen hos overvektige mennesker?
- Snakker overvektige selv om mulige sammenhenger mellom barndomstraumer og overvekt?
- Finnes det mulige sammenhenger mellom barndomstraumer og overvekt, for eksempel, livsstrategi som kan koples til overvekt?

- Kan det å anlegge en ressursorientering bidra til ny innsikt og handlingsalternativer og valg som kan styrke helse hos den overvektige?

For å få svar på disse spørsmålene har jeg foretatt en teoretisk analyse, hvor data har blitt kategorisert etter tema. Mitt datamateriale består av fire intervju med profesjonelle som til daglig arbeider med overvektige mennesker. Datatilfanget er såpass «spinkelt» at det ikke er egnet som primærdata og trenger av den grunn et supplement. Jeg vil anvende empiri- la den tale for seg mens funn fra mine intervju vil være støtdata (Malterud, 2003, pp. 97,98).

Valget av analysemetoden kommer fra Kvales meningskategorisering (Kvale & Brinkmann, 2009; Kvale, Brinkmann, Anderssen, et al., 2009), og den systematiske tekstkondensering (Malterud, 2003, s. 96). Det som kjennetegner Malteruds systematiske tekstkondensering, er at man koder intervjuet i kategorier som kan være forhåndsdefinert eller som kan bli til underveis (Kvale & Brinkmann, 2009).

Mine forskningsspørsmål er et forsøk på å få svar på problemstillingen:” Hvordan *kan overvekt som livsstrategi koples til barndomstraumer?* Jeg har tenkt at tabellen kan vise essensen i de relevante svarene jeg fikk på følgende vis. Tanken er at for eksempel kolonnen med spørsmål 1, *hva skjer med selvforståelsen og verdighetsopplevelsen hos overvektige mennesker*, kan vise alle relevante svar som korresponderer med variablene *selvforståelsen og verdighetsopplevelsen*. Essensen i et av svarene på spørsmål 1 var blant annet følgende: tap av nær omsorgsperson kan for noen oppleves som meget traumatisk i barndommen og således være en mulig faktor som spiller inn i utviklingen av ukritisk matinntak for å dempe smertene. Ideen videre er at svarene i samtlige kolonner hver for seg korresponderer med sin variabel. For eksempel kolonne 2, med variabel *barndomstraumer og overvekt*. Under rubrikk ” svar ” gjengis essensen av alle relevante svar som omhandler *barndomstraumer og overvekt* være gjengitt, og så videre. Hensikten er at leseren raskt kan få overblikk over svarinnhold på de respektive spørsmålene. Mitt håp er at denne fremgangsmåte kan bidra til å vekke nysgjerrighet om hvordan disse svarene kommer til syne i diskusjonsdelen. Når en kolonne viser to variabler så er det fordi jeg tenker at de henger sammen og at svarene tydeliggjør hvilken variabel det dreier seg om, for eksempel, i kolonne med spørsmål 2 er et av svarene ” *de overvektige snakker ikke lett om tema barndomstraumer*”. Variabelen er således *barndomstraumer*. I samme kolonne ” *barndomstraumer og overvekt* ” er essensen i et av svarene at mennesker som sliter med overvekt finner hverandre i det de har fellesskap om



tema *overvekt i relasjon til barndomstraumer*. Leseren kan således raskt se at overvektige mennesker ikke per se opplever det som naturlig å snakke om barndomstraumer men at noen finner hverandre i det de har fellesskap om tema, men at det å snakke om tema barndomstraumer ikke er lett.

Meningskategoriseringen skaffet meg et overblikk over intervjumateriale og hjalp meg med å strukturere de forskjellige kategorier i det empiriske materialet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Den systematiske tekstkondensering er slik Malterud (2003, s. 99) påpeker det, velegnet til deskriptive tverrgående analyser av fenomener, som beskrives i materialet fra de fire informantene til utvikling av nye beskrivelser og begreper. I min analyse har dette vært et poeng, å utvikle nye beskrivelser, tanker og begreper om fenomenet overvekt som mulig livsstrategi som kan koples til barndomstraumer med bakgrunn i empiri og intervjudata.

Innledningsvis analyserte jeg alt tilgjengelig materiale – mine data fra intervjuene. Jeg noterte mine refleksjoner etter hvert intervju i en logg. Denne loggføringen bidro til utviklingen av spørsmålene og til å holde fokus på tema. Deretter gjennomførte jeg gjennomlesingen av de transkriberte intervjuene for å notere eventuelle relevante temaer og utsagn for å kunne svare på studiens problemstilling. Deretter gikk jeg igjennom ethvert intervju engang til for å nedtegne de forskjellige eksempler mine informanter kom med, og som var relatert til pasientenes narrativer om deres liv. På denne måten kunne jeg i en viss grad få en større forståelse for de mulige sammenhenger mellom barndomstraumer og overvekt i voksen alder. Det er denne fremgangsmåte jeg forbinder med systematisk analyse, der meningsbærende deler av utsagn, ble sortert i kategorier og subkategorier. Hensikten er at dette skal bidra til å belyse problemstillingen og de overordnede spørsmålene om ulike mulige sammenhenger i mellom barndomstraumer og overvekt i voksen alder.

Refleksjoner som kom underveis og som var relatert til oppgavens tema og innhold ble nedskrevet i en notatbok. Notatene har til hensikt å være et slags bindeledd mellom datainnsamling, analyse og funn.

Jeg har jobbet med å stille spørsmål til mitt datamateriale slik Strauss og Corbin (1998) anbefaler. Jeg har vært meg bevisst at analyse er avhengig av evnen til å stille effektive og gode spørsmål og har derfor lagt vekt på å utforme gode intervju spørsmål. Noe av det jeg har hatt i tankene under arbeidet med oppgaven er at gode spørsmål er viktige for å kunne bidra til

å danne ideer, og for å stimulere tankevirksomhet. Jeg har tenkt at dette ville hjelpe meg i å danne en formening om *hvilke* spørsmål jeg skulle stille i neste omgang.

## 6 Diskusjon

I diskusjonsdelen er det vanlig å gi en ytterligere presentasjon av data. Jeg har valgt å slå sammen analysen og diskusjon. Gjennom diskusjonen tar jeg med mine data i form av sitater. Jeg har valgt denne veien der dette har bistått meg i å skape en forståelig sammenheng mellom drøfting og data. I diskusjonen benytter jeg meg av utsagn som kom fram i samtalen med de profesjonelle yrkesutøvere som jeg intervjuet, og som til daglig jobber med mennesker som sliter med overvekt. Siden denne oppgaven hviler på en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming har jeg søkt å være kritisk til egne fortolkninger av mine data, og minner leseren om at ACE og barndomstraumer anvendes om hverandre.

Felitti og Kirkengen presiserer at barndomstraumer berører ikke bare mental helse i voksen alder, men at de også kan ha implikasjoner på menneskets fysiske og dødelighet (Felitti, 2002; Kirkengen, 2009). Dette har sammenheng med hvordan de belastninger barndomstraumer medfører, ytrer seg fysiologisk (Chiozza, 1999). Gjennom for eksempel dissosiasjon kan et menneske undertrykke betente tema fra barndommen fra å komme til overflaten. Dette kan for et menneske være en livsstrategi for å kunne håndtere livet. Problemet med en slik strategi er den paradoksaleffekten den bevirker. Når et individ undertrykker tema som omhandler vonde og traumatiske barndomstraumer, så kan denne strategien virke for en stund, men etter hvert vil kroppen begynne å fortelle en fortelling om det undertrykte gjennom blant annet psykosomatiske uttrykk i form av muskelsmerter, kvalme, mangel på konsentrasjon, spiseforstyrrelser og lignende (Chiozza, 1999; Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006; Dyregrov & Holtoug, 2011). Forskning viser at barndomstraumer kan ha langsiktige, og noen ganger alvorlige konsekvenser for mental helse i voksen alder (Kirkengen, 2007, 2009). Det er en rimelig antagelse at seksuelt misbruk, forsømmelse, alkoholiserede foreldre, alvorlig forstyrret familieliv, og andre stressfaktorer i barndommen kan ha negativ innvirkning på den fysiske helsen i voksen alder (Greenfield & Marks, 2009). Det sies at en som krenkes blir krank (Kirkengen, 2001). Overvekt i voksen alder kan være en *krank* fysisk ytring for traumatiske hendelser i barndommen (Chiozza, 1999), og kan således være en *normal* respons til anormale tilstander i oppveksten. Kirkengen (Kirkengen, 2009, p. 12) skriver i sin bok «Hvordan krenkende barn blir syke voksne»;

«Hvis den personlige erfaringen av å bli misbrukt eller ydmyket-nettopp fordi den er et subjektivt fenomen-blir vurdert som upålitelig og derfor ikke bare ansett som irrelevant, men

faktisk aktivt unngått i forskningssammenheng, kan medisinen ikke forstå krenkende mennesker»

Hvordan kan krenkelser av barnets integritet føre til mulig overvekt i voksen alder? Er det slik at vi kanskje ikke vet tilstrekkelig nok om sammenhengen mellom barndomstraumer og overvekt fordi vitenskapen mangler aksept for menneskets subjektive opplevelsesverden? Det vil etter min vurdering være konstruktivt dersom lovgiveren i større grad deltar i debatten om å utforme mer adekvate lover og tiltak til forebygging av de determinanter som fører til barndomstraumer (jfr. For eksempel Christoffer saken) (Kirkengen, 2001, 2007, 2009; Kirkengen & Shaw, 2010).

Forebyggende og helsefremmende arbeid er en vesentlig determinant til helse i en virksomhet som søker å forebygge krenkelser av barns integritet. I følge Forskrift av 2003-04-03, nr 450 i § 1-2 innebærer forebyggende arbeid en aktivitet som søker å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død.

Metodevalg for å forebygge krenkelser og traume i barndommen vil i de fleste tilfeller ha en primærforebyggende tilnærming (Sosial- og Helsedirektoratet 2004 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten) hvor tiltakene settes inn før problemene oppstår, noe en informant beskrev som følger:

«Forebyggende arbeid bør egentlig allerede starte på barneskolen. Mange barn sliter med opplevelser av traumatisk karakter, men har ingen å snakke med. Mange barn opplever tilstander i hjemmet som er direkte skadelig. Mange barn lever i hjem hvor de ikke får tilstrekkelig stimuli som gjør at de utvikler et godt selvbilde og verdighetsopplevelse. Kommer man ikke inn på et tidlig tidspunkt i barnets liv kan barnet utvikle de samme dysfunksjoner foreldrene sliter med.»

Helsefremmende arbeid er forebyggende (Tones & Green, 2010) i den forstand at primærforebyggende tiltak bør settes inn *før* et menneske utvikler overvekt. Forebygging kan da etter min mening ikke *kun* være basert på opplysningsvirksomhet rundt ernæring og livsstil. Vi må søke etter en mer helhetlig tilnærming, og inkludere Aces som mulige determinanter til utviklingen av overvekt.

Denne tenkningen vil kunne støte på motstand der den ikke bare forholder seg til den biomedisinske grunnlagsforståelse. At jeg ikke fikk rekruttert informanter til mitt prosjekt i Norge, kan være et uttrykk for dette. En potensiell informant som hadde jobbet en del med overvektige unge mennesker ga meg til svar at han ikke var interessert i å delta i mitt prosjekt der, og jeg siterer, «overvekt dreier seg kun om et misforhold mellom energiinntak og forbrenning». I relasjon til det forannevnte bør helsefremmende arbeid også rette seg mot endringsarbeid mot allment eksisterende holdninger og myter om tema overvekt i de ulike fagmiljøene. Skal forebyggende arbeid kunne føre til noe konstruktivt bør det etter min mening begynne med en erkjennelse om at «kartet ikke er identisk med terrenget!»

Ørntoft, Madsen, Heede, Wetterkopp og Bjerregrav (2005) poengterer at de psykiske konsekvenser av overvekt kan være dramatiske og svært alvorlige for den det gjelder. Å forebygge overvekt med tanke på å forhindre disse alvorlige virkninger er et eksempel på sekundærforebyggende helsefremmende arbeid i forhold til individer som sliter med overvekt. Helsefremmende arbeid vil således kunne bidra til å redusere psykiske belastninger som kan følge i kjølvannet av overvekt.

En informant presiserte at psykiske belastninger representerer en fare for at overvekt kan utvikle seg i kjølvannet av disse belastninger:

«Skal vi lykkes med å bistå mennesker i å møte morgendagen på en god måte, da kan vi ikke satse på såkalte løsninger av kortsiktig karakter. Vi må søke etter måter vi kan bistå mennesker på en slik måte at det skal holde livet ut».

Hvordan kan vi oppnå dette? Jeg mener at helsefremmende arbeid også skal være en virksomhet som søker etter å tilrettelegge for arenaer som ligger «i» språket (Friedman, 1993; Gergen, 2009). Med det sikter jeg til arenaer som legger til rette for dialoger der det kan genereres mening gjennom å utvikle tankeganger, som er basert på ny kunnskap, og som besitter en helsefremmende bærekraft som varer.

En informant fortalte at han hadde en pasient som var sykkelig overvektig- over 30 KMI. At han gjennom en del dialoger med pasienten hadde fått innblikk i hva som gjorde at hun hadde

utviklet sykkelig overvekt, og hva som gjorde at hun ikke klarte å komme seg ned i normalvekt som er betraktet å være under <25 KMI:

«Pasienten ble seksuelt misbrukt som barn av sin bestefar. Disse overgrepene varte frem til hun var 16 år gammel, for da døde bestefar. Men da hun var 12 år gammel fortalte hun sin mor om overgrepene, men mor trodde ikke på henne og ble sint. Heller ikke hennes far ville høre på hennes historie og ofte fikk hun straff fordi hun sa så mye *rart* om bestefar som var tross alt en så snill mann. Det at hun ikke ble tatt på alvor førte til at hun ble veldig såret og lei seg, og hun mistet troen på at noen ville tro på henne, høre og se henne. Dette førte blant annet til at hun ble veldig innesluttet, og at hun begynte "å proppe" i seg masse mat, noe som hun opplevde var hennes eneste trøst. Maten gav henne en opplevelse av å ha «styring» over noe, og hun kjente ikke så intenst sine indre smerter når hun spiste. At ingen kan se med det blotte øye at hun bærer på en overgrepshistorie betyr ikke at hennes livshistorie ikke er sann».

Denne opplevelse er etter min mening ikke unik. ACE studien, og de nevnte pasientfortellinger er et uttrykk for dette. Denne pasienten hadde blitt ydmyket, krenket, og misbrukt. I denne sammenhengen spør jeg meg om den norske lovgiveren i større dimensjon kan komme på bane i form av lovforslag og implementering av lover som kan bidra til forebygging av barndomstraumer?

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten poengterer at helsefremmende arbeid består av tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Dette innebærer blant annet at helsefremmende arbeid sikter til å styrke motstandskraften mot negative faktorer, og øke mestring av dagliglivets utfordringer- dette er det salutogene perspektivet i helsefremmende arbeid. Det salutogene ligger i at helsefremmende arbeid skal søke etter ulike metoder for helseopplysningsarbeid, og at dette kan bidra til og i stand sette et menneske til å bevare helse på tross av stress (Glavin & Kvarme 2003).

Anda & Felitti har gjennomført en banebrytende epidemiologisk studie kalt *The Adverse Childhood Experiences* (ACE). ACE studiet avdekket sammenhenger mellom barndomstraumer og mishandling, samt andre medisinske problemer og prematur død i voksen alder.

I en artikkel av Greenfield og Marks (2009 s. 791-798) står følgende:

«Although much scholarship on causes of adult obesity has focused on health behaviors—such as diet and exercise (Keith et al., 2006)—emerging evidence indicates that other factors contribute to individuals' heightened risk for obesity, including genetic characteristics (Herbert et al., 2006), community context (Boehmer, 2007), interpersonal relationships (Christakis & Fowler, 2007), and individuals' positions within macro-social systems of stratification (Wang & Beydoun, 2007)».

Elder, Johnson, & Crosnoe (2004, s. 791-798) skriver følgende:

«Concepts from the life course perspective, as well as from stress-and-coping models, provide a strong foundation for positing that childhood family violence heightens individuals' risk for adult obesity. The life course perspective provides a contextual, dynamic, and heterogeneity-based approach to studying continuity and change across people's lives».

Å forklare overvekt kun gjennom den biomedisinske modellen vil etter min mening og i tråd med Kirkengen (2009) føre til et menneskesyn som er todelt– det somatiske og det psykiatriske. Denne todelingen er slik jeg kan se det ikke risikofri, rett og slett fordi den kan tilrettelegge for et todelt offentlig tjenestetilbud - den ene for somatiske lidelser og den andre for psykiatriske lidelser. Faren med oppsplittingen ligger etter min mening i det at den ikke tilstrekkelig ser mennesket i en større sammenheng. Mennesket er ikke kun en psykosomatisk skapning, men besitter også et psykohistorisk aspekt som internaliserer belastninger som kommer i kjølvannet av barndomstraumer og krenkelser (Felitti, 2002; Kirkengen, 2009).

Den todelte biomedisinske tilnærmingen tar etter min oppfatning ikke tilstrekkelig hensyn til andre sider ved mennesket- menneskets historie og hvilken implikasjon det har på den totale livssituasjon i voksen alder. For mennesker som internaliserer vonde erfaringsbaserte belastninger, kan dette føre til en utvikling av selvforakt, skam og avmakt, og alle disse kan resultere i selvdestruktive prosesser og handlinger (Dubé, 2010; Kirkengen, 2001, 2007, 2009; Kirkengen & Shaw, 2010).

En av de andre faktorene som spiller inn er miljø som har blitt til gjennom interpersonelle relasjoner, og som er sosialkulturelt betinget (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Erfaringer et

menneske gjør seg berører ikke bare de emosjonelle og psykologiske aspektene ved et menneske, men også kroppen. Ifølge Merleau-Ponty er mennesker i verden som kropper (Merleau-Ponty, 2012).

Vi må spørre oss, hvordan interagerer et individ med sitt nærmiljø, familiesetting, menighet, skolesetting og lignende? Hva legger disse samhandlinger til rette for? Hva fremmer de, og hva hemmer de? Jeg tenker på linje med Kirkengen, Felitti og Anda m.fl., at vi må være mer bevisste på at menneske står i et samspill mellom *erfaringer, kropp og mening* (Kirkengen, 2009). Det betyr at vi må gå ut av todelingen for så å kunne rette blikket mot flere sider av det som berører mennesket, nemlig menneskets psykososiale, og sosialkulturelle liv og historie.

Overvekt som en virkning av barndomstraumer kan etter min mening også tolkes som erfaringer som preger kroppen (Chiozza, 1999). Og, disse erfaringer ligger ikke kun på det somatiske og psykiatriske nivå, men også på det sosiale og erfaringsmessige plan. Erfaringer som vi som mennesker gjør oss er forskjellige, men det de har til felles er at de er kroppslige, mangfoldige og full av motsetninger.

Begrepet traume betyr *sår*, skadelige sår, men det betyr også avmakt. Alvorlige hendelser setter ikke bare psykisk, men også kroppslige spor- hele kroppen skaker. Ifølge Kirkengen (Kirkengen, 2009) er det slik at når kroppen utviser *skakende* virkninger som et resultat av traumatiske hendelser i barndommen, så er det ikke lengre at vi *tenker* at vi blir skaket, men vi *er* skaket i hele vårt vesen og eksistens (Kirkengen, 2009; Kirkengen & Shaw, 2010). Kan skakingen kan være et kroppslig uttrykk for opplevd avmakt oppstått i barndommen i relasjon til overgrep, seksuell misbruk, forsømmelse, eksponering til fysisk og psykisk vold, rusmiddelmissbruk og lignende?

Hvordan influerer barndomstraumer (ACE) voksen helse på en uhensiktsmessig måte? Kan vi ta høyde for at det som hodet ikke kan holde på forteller kroppen en historie om? Ifølge den argentinske lege Chiozza (1999) er dette tilfelle i det han ser en forbindelse mellom individets livshistorie og hans sykdomsforløp. Chiozza skriver at når en person blir syk er det fordi han eller hun gjemmer en historie som han eller hun ikke lengre kan bære på «an illness represents an unconscious attempt to modify the meaning of that unbearable story» (side, 133).

Traumatiserte mennesker har ikke lett for å snakke om sin smerte og kan av den grunn gå rundt med mange historier som kroppen forteller om (Anstorp, Benum, & Jakobsen, 2006).



Det forannevnte impliserer at barndomstraumer kan være en «onset» (ansats) til overvekt i voksen alder (Swahn, Simon, Hertz, Arias, Bossarte, Ross, Iachan & Hamburger, 2008; Swanston, Phukett, O'Toole, Schrimpton, Parkinson, & Oates, 2003). En informant fortalte følgende:

«En pasient av meg opplevde som tenåring å miste sin mor. Dette førte til at hun ble depressiv siden hun og mor var veldig nær hverandre. Hennes far hadde aldri vært flink til å lytte til hverken mor eller pasienten. Over tid ble pasienten mer sosialt isolert. Pasienten følte at hun ikke var verdt nok til å bli sett og hørt, noe som førte til at hun enda mere opplevde tapet av sin mor som traumatisk. Pasienten gav uttrykk for at hun følte seg ensom og ubetydelig og at hun derfor ble ukritisk til hva hun spiste av mat. Pasienten sa at hun hadde blitt likegyldig. Hun kunne sitte timevis foran pc eller tv, og spise søtsaker uhemmet. Hun sa at spisingen hjalp henne til å få fokus på noe annet».

At et individ kan få fokus på noe annet gjennom spising er noe jeg forbinder med dissosiering. Noen mennesker anvender mat som en livsstrategi, en metode som holder dem emosjonelt borte fra det vonde og vanskelige, noe som kan minne om selvskading hvor det underliggende behov er å distrahere seg vekk fra det som er så smertefullt (Anstorp et al., 2006; Dyregrov & Holtoug, 2011; Dyregrov & Nilsson, 2010).

Oppgavens problemstilling «Er jeg syk eller opplever jeg kun utfordringer i livet- Hvordan kan overvekt som livsstrategi koples til barndomstraumer?» synes jeg er vanskelig å besvare. Dette henger nok sammen med at svarene på sett og vis er situasjons - og personbetinget. Det er for mange faktorer som spiller inn. Opptrappingen til overvekt (Swahn, Simon, Hertz, Arias, Bossarte, Ross, Iachan & Hamburger, 2008; Swanston, Phukett, O'Toole, Schrimpton, Parkinson, & Oates, 2003) kan også ligge i faktorer som oppvekstvilkår (Kvellido, 2008) og traumatiske hendelser i barndommen (Felitti, 2002; Kirkengen, 2009).

Overvektsproblematikk, sett i lys av barndomstraumer, kan virke arbitrær i den forstand at det er vanskelig å si noe eksakt om hvor, når og på grunn av hva det begynte. Men for eksempel har Kirkengen og Bussey og Wise (Bussey & Wise, 2007; Kirkengen, 2009) dokumentert at det er en korrelasjon mellom traumatiske opplevelser i barndommen og overvekt i voksen alder. Og et legitimt spørsmål som kan stilles er: *hva er det et uttrykk for?* Er det så enkelt som å si at det *kun* er ukritisk matinntak og sedat livsstil som fører til overvekt? Jeg tenker at

det ikke er slik. Overvekt kan også bli påvirket av andre determinanter som ikke bør neglisjeres. Dette kan dreie seg om genetiske, sosiale og fysiologiske determinanter. Disse bør nok være mer gjenstand for forskning i og med at de kan være determinanter med stor påvirkningskraft til sykdomsutvikling, blant annet overvekt (Bussey & Wise, 2007; Kirkengen, 2001; Kirkengen & Shaw, 2010).

I sin artikkel «*Turning Gold Into Lead*» dokumenterer Felitti (2002) at det finnes en sterk gradert sammenheng og virkning mellom helse i voksen alder og ACEs: hjertesykdommer, diabetes, obesity, uønsket svangerskap, seksuell smittsomme sykdommer, rusmiddelmisbruk med mer. Dette kan tyde på at barndomstraumer har en forekomst som kanskje ligger høyere enn det vi er klar over eller tør å anerkjenne?

Overvektspromblematikk som en epidemi bør derfor etter min mening ventileres oftere som tema i det offentlige rom. Fra et helsefremmende perspektiv er forebygging og målrettet informasjonsvirksomhet en viktig determinant til helse (P. Wilkinson, 2005; R. G. Wilkinson & Marmot, 2006). Dersom overvekt som tema blir mer prevalent i det offentlige rom, så vil det kunne bidra til en utvidet interesse for, og kunnskapsøkning om overvekt, og bidra til initieringen av helsefremmende prosesser. Samtidig kan det bidra til en evolusjon av kunnskap som kan føre til implementerbare helsefremmende tiltak (R. G. Wilkinson & Marmot, 2006). Det som kom frem i ett av intervjuene var at overvektspromblematikk kan fortsette der det er mangel på kunnskap om hvordan man kan stoppe epidemien.

Å kunne påvirke overvektepidemien avhenger i stor grad av kunnskap, hvilken kunnskap vi besitter, og hvordan vi formidler denne kunnskapen.

Overvekt kan betraktes som kroppens ytring av usynlige pågående intrapsykiske prosesser. Disse prosesser er komplekse og mangfoldig av natur. Sett fra denne vinklingen trenger vi i høyere grad en kunnskapsutvikling som tar høyde for andre sider ved den overvektiges virkelighet enn kun biomedisinske forklaringer.

En informant fortalte at han hadde en dame i fysikalsk behandling med mange somatiske symptomer som til dels kunne virke diffust. Når han spurte henne om å utføre bestemte øvelser, nektet hun. Med det første synes han det var merkelig at pasienten ikke ville legge hendene bak hodet mens hun lå på ryggen for så å løfte det ene benet foran den andre. Hun sa at dette førte til fysiske kramper og angst.

For mennesker flest kan dette virke uforståelig. For henne var det ikke uforståelig, men alvor. Det var når informanten gikk i dialog med pasienten om begrunnelse for hennes vegring at han fikk en forståelse for hennes ambivalens og angst:

«Pasienten sa at hun som ung jente hadde gjennomgått en rekke seksuelle overgrep, og at hun lett fikk «flashbacks» når hun utførte bestemte bevegelser. Hun fortalte at hun lett ble engstelig og at angsten førte til kramper i kroppen når hun for eksempel lå på ryggen- det økte opplevelse av avmakt».

Krampene kunne med andre ord settes i relasjon til alvorlige krenkelsers og overgrep i barndommen.

Denne historien vekket spørsmålene: «hvordan ville jeg ha respondert på pasientens ambivalens og angst?». «Ville jeg ha neglisjert eller bortforklart hennes vegring og angst gjennom den biomedisinske forklaringsmodellen, eller ville jeg utforske hva som lå bak vegringen og angsten?».

For denne pasienten kunne en salutogenetisk - og empowerment basert tilnærming være nyttig. Disse tilnærminger kan bistå et menneske i å komme i en endringsprosess hvor pasienten beveger seg fra en patogent<sup>3</sup> til et mer salutogent betonet liv. Virkningene av traumatiske opplevelser kan vedvare over mange år (Dyregrov & Holtoug, 2011; Kirkengen, 2009), og kan føre til at et individ kan fortone dissosiativ atferd blant annet på grunn av nedsatt selvfølelse og forstyrret selvbilde (Anstorp et al., 2006). Dissosiativ atferd kan være utfordrende å tolke der det kan ytre seg på måter som er vanskelig å tolke. Hvordan skal vi forstå en person som sier at han vil komme på normal vekt mens han samtidig «fråtser» i seg de mest usunne mattyper og energidrikker? Vil vi dømme og fordømme, eller er vi i stand til å romme et menneske og spørre oss selv, «*hva er det som gjør at han/hun gjør det han/hun gjør?*». En av mine informanter kunne fortelle følgende om en pasient:

«Jeg hadde en mann i behandling i en periode på 6 måneder. Etter det kom han ikke tilbake til behandling fordi forsikringsselskapet ikke lengre ville betale for flere behandlinger. Vi hadde en del samtaler og noen av dem var på mitt initiativ. Begrunnelsen for det var at jeg var i behov av å få oppklart noe jeg ikke forsto. Pasienten sa nemlig regelmessig at han ønsket å gå ned i vekt men samtidig røyket han kraftig, drakk flere energidrikker om dagen, og sa selv at

<sup>3</sup> Det er et viktig poeng å merke seg, at patogenese og salutogenese er komplementære til hverandre, i og med at patogenese sier noe om risikofaktorer og årsaker til sykdom, mens salutogenese teorien representerer et nytt perspektiv på psykisk og fysisk velvære ved å fokusere på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære (Antonovsky, 1979).

han satt opp om natta foran pc og spiste potetgull og lignende. De første gangene jeg traff han på fysioterapi hadde jeg vansker med å ta han på alvor. Jeg kunne ikke forstå at han sa en ting – jeg vil gå ned i vekt - for så å gjøre stikk det motsatte – drikke mange Red Bull om dagen, spise fetende mat og røyke. Ting begynte å bli mer forståelig for meg når jeg og pasienten hadde en samtale om hans oppvekst. Pasienten fortalte at han hadde vokst opp med en far som var narkoman og som var voldelig mot mor. I tillegg var han ikke av europeisk avkom, men kom fra et land hvor guttebarn skulle være «store og sterke». Dette betydde at han på en ukritisk måte fikk servert mye mat - han skulle tross alt være familiens 'store gutt'. Det han underveis fant ut var at mat, røyking og annen risikoatferd dempet noe av smertene hans som han kjente inn i seg. Smerter som han på andre måter ikke greide å finne lindring for. Pasienten opplevde seg veldig spaltet i og med at han på den ene siden ønsket å gå ned i vekt, mens på den andre siden greide han det ikke det, fordi hans risikoatferd hadde en viktig funksjon for han, og var dermed formålstjenlig- instrumentell. Informanten sa at han og pasienten hadde en del gode samtaler, men at pasienten ikke så mening med å gå ned i vekt»

Pasienten utviste kanskje manglende motivasjon for å miste vekt, og begrunnelse for det kan virke forståelig. Men jeg lurer på om pasienten kunne ha blitt motivert til å gå ned i vekt dersom møtene med hjelpeapparatet hadde vært preget av et ressursperspektiv?

Fra det biomedisinske perspektivet vil det sikkert finnes mange gode forklaringer med henblikk på forannevnte pasientfortelling, men det vil etter min oppfatning aldri kunne gi svar på de mulige determinanter til overvekt som ligger forankret i individets historiske intrapsykiske og interpersonelle erfaringsbaserte livsløp- der er nemlig den overvektige eksperten selv!

Helsefremmende arbeid i relasjon til mennesker som sliter med overvekt må etter min mening bestå i en sirkulær og ikke reduksjonistisk systemorientert virksomhet. En tilnærming hvor det tas høyde for individets psykologiske behov så som selvforståelsen og opplevelse av selvverd. En tilnærming som tar høyde for at overvekt ikke kun er et fysisk anliggende, men at overvekt kan ha sammenheng med livsstrategier som individet har utviklet i et forsøk på å mestre livet. På denne måten er det vel slik at det biomedisin betrakter som et problem betraktes av den som sliter med overvekt som en løsning!

Den ikke - reduksjonistiske systemorienterte tilnærmingen til overvekt kan generere nyttige svar om hvordan et menneske har blitt til...underveis (Epston & White, 1992; Freeman, Epston, & Lobovits, 1997; Jones & Vedeler, 1996; Tones & Green, 2010; White & Epston,

1990), og hva som kan være determinanter til overvekt, og hvordan de kan møtes på en adekvat måte. En av mine informanter fortalte følgende:

«Jeg hadde en pasient som ble henvist av sin fastlege til et prosjekt for sykkelig overvektige. Der gjennomgikk han fysisk trening samt undervisning om matprodukter og hva man skulle, eller ikke skulle spise. Pasienten fikk således mye kunnskap om mat, men gikk ikke noe merkbart ned i vekt. Etter noen uker avbrøt pasienten programmet. Han følte ikke at han kunne innfri de kravene som stiltes. Noe som førte til at han følte seg mislykket. I angst for at pasienten kunne dø på grunn av sin overvekt, henviste hans fastlege pasienten til en familieterapeut som han kjente og som han hadde tillit til. I starten var pasienten skeptisk der han tidligere hadde vært hos både psykolog og det nevnte prosjektet for sykkelig overvektige. Men det viste seg at møte med familieterapeuten ble en veldig god erfaring. I første møtet spurte familieterapeuten om pasientens oppvekst og om han var gift og hadde barn. Da pasienten svarte at han var gift, ville familieterapeuten at pasienten skulle ta med kona til neste møtet. I det andre møtet begynte pasienten og terapeuten å snakke om familielivet og oppvekstvilkår. Familieterapeuten snakket ikke en eneste gang om mat og overvekt. I de påfølgende møter lærte pasienten mye om hvordan traumatiske hendelser fra barndommen og oppvekst kunne påvirke fysisk og/eller mental helse i voksen alder. Pasienten lærte mye om hvordan mennesker er en del av et større system og at alt interagerer med hverandre (Bronfenbrenner, 1979). I møtene med familieterapeuten opplevde pasienten for første gang at han ble tatt på alvor. Det andre som var viktig var at familieterapeuten lærte pasienten at det ikke fantes noe *gitt* sannhet men at sannheter i mellommenneskelige relasjoner ble kontinuerlig dekonstruert og konstruert, og at disse endringer lå «i» språket. Det siste var viktig for pasienten der det bidro til å få han til å forstå at han kunne påvirke sitt eget liv. Pasienten har nå vært i 15 terapisaamtaler med familieterapeuten og har gått nærmere 10 kg ned i vekt»

Min tanke er at påvirkningsmulighetene øker proporsjonalt med en *ikke* ekspert og mer likeverdig «bottom-up» tilnærming (Tones & Green, 2010; Tones & Tilford, 1994). Det betyr at vi ikke kan møte individet fra et reduksjonistisk ståsted. Jeg tenker at det må legges større vekt på å møte mennesker som sliter med overvekt fra en ikke-ekspert posisjon, men heller være åpen for at mennesket er ekspert på eget liv. Dialog som ressurs kan da åpne opp for en dypere innsikt og forståelse for hvordan et menneske som sliter med overvekt på best mulig måte kan bli møtt. Samtidig tenker jeg at slike dialoger kan generere kunnskap om hvordan

mer hensiktsmessige forebyggende helsefremmende tiltak kan utvikles og implementeres (Anderson & Goolishian, 1995; P. Jensen & Aspelien, 2009; Tones & Green, 2010).

Det forannevnte er en sosialkonstruksjonistisk (Friedman, 1993; Gergen, 1994a, 1994b, 2009; Shotter, 1993, 2010) og systemisk og ressursorientert tilnærming (Boscolo, 1987; P. Jensen & Aspelien, 2009; Johnsen & Torsteinsson, 2012; Seikkula & Eliassen, 2006; Tomm, 1989; White, 1991): en måte å møte mennesker på, som blant annet tar hensyn til menneskets levde kropp med sine fortellinger (Chiozza, 1999). Slike typer møter vil kunne gjøre det mulig for å finne ut av, *hva er det som hemmer*, og *hva er det som fremmer*. En slik tilnærming kan fremskaffe den informasjon som kreves for at et individets iboende styrker blir forløst til å hjelpe seg selv. Og dette fremkaller hos meg spørsmålet om *hva det er som utløser salutogene prosesser*. Jeg tenker at et av svarene kan ligge i å møte et menneske som en ressurs og ikke som en diagnose. At vi i møte med et menneske som sliter med overvekt konsekvent håndterer et språk som bidrar til å forsterke selvopplevelse og opplevelse av selvverd. Jeg tenker at en slik salutogen ressurstilnærming er «noe nytt» i den forstand at mennesker som sliter med overvekt, generelt sett, er vant med å bli møtt med et språk som er patogen betonet. Endring ligger i en forskjell som skaper en forskjell (G. Bateson, 2000; P. P. G. Bateson & Klopfer, 1973). Jeg tenker at vi i samhandling med individet som sliter med overvekt må utvikle et språk som besitter potensialet til å forløse opplevelse av bemyndigelse, og troen på å kunne ha kontroll over eget liv.

Den gjennomsnittlige respons på mange voksnes kroniske helsetilstand kan minne om relasjonen mellom røyk og ild. For en person som ikke er kjent med brann, så vil det kunne være fristende til å gå til angrep på røyken siden dette er den mest visuelle del av problemet. Heldigvis, har brannfolk for lenge siden lært forskjellen mellom årsak og virkning; ellers ville de gått rundt med vifter i stedet for brannslanger. Det som ACE studien på sett og vis symboliserer er en presentasjon av den underliggende ild i utøvelsen av medisin der hvor man ofte står i fare for å behandle symptomer fremfor de underliggende årsaker. Mitt poeng er at BT (ACE) er mer forekommende enn det vi kanskje er klar over?

En lege jeg snakket med hadde i høy grad mistet troen på store deler av det offentlige hjelpeapparatet. Hans begrunnelse var at mesteparten av legene ville helst forholde seg til somatisk sykdom. For de fleste er andre menneskers smerte for mye å forholde seg til, sa han.

Jeg tenker også at det er enklere å forholde seg kun til den biomedisinske forklaringsmodellen- det som kan objektiviseres. Det som derimot etter min mening kan bli et problem er fare for problematiske behandlingsforløp og dyre diagnostiske prosesser, hvor alt blir *beregnet inn men ingenting ut*. Det er som Chiozza (1999) skriver, at kroppen forteller en historie som hodet ikke kan holde på lengre. Som det fremkommer i ACE studien, så kan overvekt være forankret i BT og de kan ikke oppfanges gjennom den organiske tilnærmingen.

ACE studien avdekket at 22% av deltagere var seksuelt misbrukt som barn, og hvordan affiserer dette et menneske som voksen? Hvilke konsekvenser kan dette ha i voksenlivet? Hvordan vil det influere atferd? Vil det influere atferd i voksen alder? Hvordan vil dette vise seg i andre settinger og kontekster? Og, hva er det som gjør at det er så vanskelig for å snakke om for eksempel seksuelle overgrep og misbruk? Jeg tenker at dette kan ha sammenheng med at mennesker generelt sett, kan føle seg ukomfortabel med å få del i slik informasjon (Felitti, 2002). Jeg tenker at vi må tørre å stille oss selv slike spørsmål. Å ikke spørre er å opptre som en struts: vi takler ikke andres smerte og skjuler oss derfor i ...? Er det derfor muligens slik at overvekt som epidemi kan fortsette - vi takler ikke andre menneskers smerte?

Mennesker som er traumatisert tenderer, slik jeg har forstått det, til å utvikle livsstrategier som dissosiative mekanismer for å unngå å komme i kontakt med de vonde innrissinger i følelseslivet (Anstorp et al., 2006; Wieland, 2011). Overvekt kan være en ytring for dissosiasjon, og vi må derfor ta høyde for at vonde livserfaringer som et menneske kan slite med utvikler seg til livsstrategier i et håp om å kunne takle livet og dets praktiske og emosjonelle utfordringer. Jeg mener også at vi må romme tanken om at disse livsstrategier har blitt til i relasjon til BT (Wieland, 2011). Swahn, Chapman, Felitti m.fl., har gjennom forskning kommet frem til at individets livserfaringer kan fungere som ansatsen til overvekt og depresjon med mer (Chapman, Anda, Felitti, Dube, Edwards, Whitfield, 2004; Swahn, Simon, Hertz, Arias, Bossarte, Ross, Iachan & Hamburger, 2008; Swanston, Phukett, O'Toole, Schrimpton, Parkinson, & Oates, 2003).

Innenfor det salutogene paradigme opererer man med såkalte *General Resistance Resources* (GRR). Dette er gode motstandsressurser som sikter til god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion, med mere. Den enkeltes ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet. Antonovsky kaller (Antonovsky, 1980, 1987) denne grunnholdningen *sense of coherence* (SOC) som igjen består av tre hovedelementer:

- Forventning til om vi tror nye situasjoner er påvirkelige (håndterbarhet)
- Forventning til om vi tror situasjonen er logisk og forutsigbar (begripelighet)
- Forventning til om vi tror det som kreves i nye situasjoner er overkommelig (mening)

For mennesker som sliter med overvekt er opplevd sammenheng (sense of coherence) muligens ikke tilstrekkelig nok. Det er en del livsbetingelser som virker mer viktige enn andre i prosessen mot utarbeidelsen av denne holdningen. For eksempel har mange mennesker som sliter med overvekt vært utsatt for mye negativ feedback i form av straff og trusler i barndommen, og en informant fortalte følgende om en pasienthistorie:

«Pasienten var en veldig ivrig jente når hun gikk på barne- og ungdomsskolen. Hun leste mye og opparbeidet seg masse kunnskap på mange områder, spesielt politikk. Når hun ikke var enig med pappa og mamma eller andre personer, og da særlig i forhold til politiske synspunkter, så kastet hun seg inn i diskusjonen og forfektet sitt standpunkt. Mamma syntes det var spennende med en datter som hadde så mange reflekterte tanker og at hun turte å ytre de. Det var nemlig ikke farefritt. Pappa tålte det svært dårlig og begynte å behandle henne dårlig. Etterhvert forbandt pasienten å ytre seg på fritt med en farefylt misjon - hun visste rett og slett ikke hvordan hennes far ville reagere og dette medførte en veldig opplevelse av utrygghet - hun var ofte redd for hans reaksjoner. At pasienten var redd for sin fars reaksjoner hadde også sammenheng med at han var rusmiddelmisbruker. Hans reaksjonsmønster var veldig uforutsigbart, og han kunne tillate seg å si smertefulle ting når han var beruset».

Denne pasientfortellingen kommer fra en pasient som hadde blitt overvektig i voksen alder og den sier noe om hva som kan skje med et menneske i oppveksten når autoritære foreldre som brukte straff og trusler, gir barnet en opplevelse av, at å ha egne tanker og ferdigheter ikke har betydning. Når omsorgspersoner opptrer uforståelig og uforutsigbart, så vil barnet stå i fare for å internalisere et tankesett om at det er nytteløst å prøve å forstå og påvirke. Dette kommer tydelig frem i hjem der foreldre er rusmisbrukere (Fekjær, 2006, 2009). I slike hjem er det viktig at krav fra omgivelsene står i samsvar med egne ferdigheter. For store krav vil kunne føre til resignasjon, mens for små krav vil frata barna erfaring i å bruke egne ressurser. Jeg tenker at vi må ta høyde for at mange voksne som barn i lav grad ble eksponert ovenfor en samhandling og språk som bevirket en forsterkning av positiv selvforståelsen og verdighetsopplevelse. Et patriarkalsk styre basert på makt og underkjenning vil ikke kunne gi



barnet en tro på påvirkningsmulighet og kan ha enorme følger i voksenlivet (Kirkengen, 2007, 2009).

Antonovsky utarbeidet en skala for å gjøre opplevd sammenheng (SOC) målbar (Antonovsky, 1979). Denne skalaen er brukt i en undersøkelse gjennomført av Mendel og medarbeidere (Mendel, Bergensis, og Langius, 2001) i forhold til en gruppe pasienter med vestibularisnevritt som besvarte et spørreskjema om opplevd sammenheng og livskvalitet. Det undersøkelsen viste var at pasientene med sterk opplevd sammenheng så på seg selv som mindre syke, de oppfattet sykdommen som en mindre belastning, og sykdommen gikk mindre utover arbeidskapasitet og deres psykososiale funksjon. Undersøkelsen underbygger etter min oppfatning at skalaen med utgangspunkt i salutogen ressurstilnærming kan brukes som et verktøy for å identifisere pasienter- i denne sammenheng overvektige mennesker, og som kan stå i fare for å oppleve redusert livskvalitet mer enn det er nødvendig.

Helsefremmende arbeid krever etter min mening at vi i møtet med det enkelte individ blir mer observant på individuelle livserfaringer som kan ha ført til utvikling av livsstrategier. Livsstrategier i et forsøk på å takle livet med dets utfordringer på måter som fungerer for individet. Vår nysgjerrighet i møte med et menneske som sliter med overvekt kan muligens fortelle oss noe om hvorfor visse livsstrategier og reaksjons og/eller ytringsformer har blitt til, og hvordan de kan stå i relasjon til deres opplevelse av motgang og smerte. For eksempel, hva er det et uttrykk for når en person som sliter med overvektig trekker seg fra aktiviteter mens andre opprettholder mest mulig dagliglivets rutiner? Spørsmålet om hva som utløser salutogene prosesser på tross av barndomstraumer finnes muligens ikke et entydig svar på, men de som jobber innenfor klinisk setting med overvektige mennesker bør ha øynene åpne for, og kjennskap til, at individet som sliter med overvekt besitter både ressurser og belastninger og at de er medbestemmende for hvordan den overvektige møter nye situasjoner og utfordringer. Jeg lurer derfor på om kjennskap til individets livshistorie kan fremme muligheten for å finne adekvate tiltak på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløpet?

Et behandlingsforløp som blant annet kan innebære at den profesjonelle bistår den overvektige i å forstå sin situasjon. Dette kan etter min mening kun bli til gjennom dialog. Når dialoger blir meningsbærende for individet som sliter med overvekt så kan det bidra til at han blir mer mottakelig for et fokus på ressurser og muligheter- det salutogene perspektiv. På denne måten vil måljustering lettere kunne oppnås. Jeg tenker på denne måten fordi jeg tror at

ingen påvirkning til endring kan bevirkes utenom aksept. Ifølge Bateson vil det være en falsk epistemologi om makt dersom man tror at endring kan innføres i et system gjennom instruktiv kommunikasjon. Denne type kommunikasjonsform kan vi finne tilbake i for eksempel utsagn som, spis mindre og annerledes og du vil gå ned i vekt; beveg deg mer, og du vil oppleve større grad av velvære (G. Bateson, 2000). En slik kommunikasjon fungerer etter min erfaring dårlig. Endring som gjør krav på individets kognitive evner som deltagende aktør i endringsprosesser, kan kun oppnås gjennom en ervervet aksept som har blitt til gjennom en behandler-pasient relasjon som oppleves som meningsbærende for pasienten. Individet som sliter med overvekt må kunne oppleve å kunne påvirke og medvirke til prosesser som sikter til endring som er hensiktsmessig for han, og *må* derfor oppleves som meningsbærende (Anderson & Goolishian, 1995; Sjøtorp, 2012). Jeg tenker også at prosesser som er meningsbærende besitter et potensial til å gi et individ opplevelse av å føle seg styrket, og dette kan virke bemyndigende - dette er empowerment perspektivet.

Jeg tenker at en empowerment tilnærming fra denne vinklingen kan være nyttig i kampen mot bekjempelsen av overvektsepidemien. Det kan hjelpe oss i å utvikle framgangsmåter og metoder som kan skaffe til veie bedre mestring og/eller handlingskompetanse og økt opplevelse av kontroll i å kunne endre forhold som virker inn på utviklingen og bevarelse av overvekt.

Empowerment handler med andre ord om *kontroll*, og det motsatte av dette vil være *mangel* på kontroll eller kraftløshet, slik som Seligman har skrevet i sin book *Learned Helplessness*, hjelpeløshet (Seligman, 2008). Hjelpeløshet, slik Seligman forklarer det, fører til opplevelse av ikke å ha kontroll over eget liv. Jeg tenker at dette er relevant i relasjon til mennesker som sliter med overvekt, nemlig at de kan sitte på en opplevelse av manglende kontroll over det som styrer dem til å utvikle seg til å bli overvektig. Kieffer (1984) beskriver empowerment som en todelt vei, nemlig som målet og veien. Målet betyr for han kompetanse til å delta og påvirke. Veien betrakter han som utviklingen av ferdigheter som skal til for å nå dette målet.

Helsefremmende arbeid i relasjon til overvektige mennesker bør etter min oppfatning dreie seg mye mer om hvordan vi som profesjonelle kan bidra til å vekke engasjement og bevissthet. Dette kan bety at vi av og til kan bli preget av usikkerhet når vi sammen med den overvektige begynner å analysere spørsmål så som «*hva er det som gjør at du opplever det du*

*opplever? Hva er det som gjør at du føler det du føler? Hva er det som gjør at du søker å mestre livet slik du gjør?»*

På denne måten vil vi sammen med den overvektige kunne lage en analyse- et kart, av hans/hennes livssituasjon, som forteller noe om fortid og nåtid. Meningen er å kunne generere en forståelse av den overvektiges livs- og helse situasjon, samt skaffe til veie en innsikt i individets ressurser og muligheter. I denne prosessen er det helt avgjørende at den profesjonelle opptrer som støttende, slik at den overvektige opplever det som trygt for å åpne opp for dialoger som kan utarte seg i helsefremmende vektreduserende prosesser. Overvekt kan etter min mening være en fysisk ytring for mange psykologiske problemstillinger og utfordringer. Overgrep, vold, forsømmelse og lignende har til felles at de bevirker psykologiske, fysiologisk, sosiale og lignende belastninger. Ofte belastninger som individet mangler mestringsrepertoar til å håndtere på en hensiktsmessig måte. Samtidig tenker jeg at ikke alle mennesker er såpass godt rustet til at de kan håndtere disse belastninger på en adekvat måte, og utvikler dermed livsstrategier som hjelper dem til å navigere gjennom livet. Når disse livsstrategier fungerer antar de «mening» og individet integrerer disse strategiene i sitt handlingsrepertoar. For den ytre verden vil mange av disse livsstrategier kunne virke som helt meningsløse og som et problem eller diagnose, men for individet det gjelder er det meningsbærende livsstrategier. Overvekt kan være en slik livsstrategi som på tross av at det medfører merbelastninger i form av diabetes type 2, skjellet og leddsmerter, søvnapnè, insomnia med mere, kan være meningsbærende for individet. På denne måten blir det slik at det som sees på som et problem av en, fungerer som en løsning for den andre.

## 7 Avsluttende kommentar

Det er veldig mange barn som vokser opp i familier der vold og/eller andre traumatiske hendelser er en del av hverdagen. Forskning fra de siste ti årene viser at barn som opplever traumatiske hendelser i hjemmet påvirkes av disse hendelser både på kort og lang sikt (Edwards, Holden, Anda & Felitti, 2003; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith & Jaffe, 2003). Konsekvensene av disse traumatiske hendelsene kan utvikle helsemessige, sosiale og kognitive problemer (Øverlien, 2010; Holt, Buckley & Whelan, 2008; Kracke & Hahn, 2008).

Kampen mot overvekt bør være en pågående helsefremmende aktivitet. Slik jeg ser det virker det mest riktig at det begynner med forebyggende arbeid i forkant av ulike mulige tiltak. Jeg tenker da i hovedsak at vi trenger en økning i forebyggende arbeid som hjelper oss til å øke forståelsen av hvordan et individ forstår og håndterer barndomstraumer (se for eksempel, Fusco & Fantuzzo, 2009; Øverlien & Hydèn, 2009).

ACE-studien har fokusert på de langsiktige konsekvensene som barndomstraumer kan medføre. ACE-studien har avdekket tydelige sammenhenger mellom traumatiske livsopplevelser i barndommen og atferdsmessige problemer i voksen alder for eksempel, rusmiddelmisbruk og vold i nære relasjoner (Edwards m.fl., 2003). Bandura (1963) sier at et menneske i barndommen lærer seg atferd gjennom det sosiale miljø den interagerer med. Denne atferden tas så med i voksen alder.

ACE-studien viser at barndomstraumer øker risikoen ikke bare for psykiske, men også kroppslige lidelser i voksen alder, og at det øker markant, og i flere tilfeller lineært, for hver ekstra type traumatisk erfaring man har med seg fra oppveksten (Dag Ø. Nordanger, Møllehagenkonferansen, Stavanger, 12. mars, 2012).

Vi må samtidig huske på at ikke alt skadelig kan forbindes med traumer. Skadene som traumer fører til utløser sterk trang til overlevelse. Dissosiasjon som en normal respons i forhold til anormale tilstander i barndommen kan være en ytring av denne overlevelsestrangen. Skal vi kunne forstå overvekt i lys av barndomstraumer så tenker jeg at det kreves et kunnskapsløft som forteller oss noe om hvordan overvekt kan forebygges ved at vi på et tidligere tidspunkt kan finne frem til adekvate behandlingstiltak. Men jeg tenker også at for eksempel «Christoffer-saken» har tydeliggjort at det kreves et kunnskaps- og

kompetanseløft for å kunne tolke barns ytringer når de blir offer for traumatiske hendelser i nære relasjoner. Et kunnskapsløft kan da etter min mening ikke kun være fokusert på forebygging, men må også føre til en type kartlegging som gir grunnlag for utformingen av egnede helsefremmende tiltak og behandling; se for eksempel (Scriven, Ewles, Simnett, & Parish, 2010; Scriven & Hodgins, 2012; Tones & Green, 2010). Disse tiltak og behandlingstilbud må etter min mening utformes i samarbeid med individet som sliter med overvekt skal de kunne ha noen effekt.

Hovedhensikten må da være å utvikle samskapende prosesser som bidrar til å frigjøre individets ferdigheter som kan forvandles til deltakende kompetanse (Anderson & Goolishian, 1995; Anderson, Jensen, Jahr, & Reichelt, 2008; P. Jensen & Aspelien, 2009; S. E. Jensen & Størksen, 2001; Lundemark Andersen & Vinther-Jensen, 2002). Vi trenger også disse samskapende prosesser for å utvikle dialoger med den som sliter med overvekt, slik at det overvektige individet kan lære oss noe om *hvorfor* han dissosierer, *hvilken* funksjon det har og *hvordan* vi kan bistå med adekvate tiltak for å medvirke til vektreduksjon. Empowerment og salutogenese innenfor helsefremmende arbeid som er rettet mot mennesker som sliter med overvekt dreier seg med andre ord om et paradigmeskiftet: «fra avmakt til muligheter!». Individet som sliter med overvekt er ikke nødvendigvis syk. Det kan være slik at han møter utfordringer i livet som står i relasjon til vonde barndoms erfaringer (ACEs). Overvekt kan da være en normal respons på anormale tilstander i barndommen.

## Litteratur

- Anda RF, Chapman DP, Felitti VJ, Edwards V, Williamson DF, Croft JP, Giles WH. Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 100(1):37–45.
- Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 2002; 53(8):1001–1009.
- Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients. *BMC Public Health* 2008; 8:198.
- Anda RF, Brown DW, Dube SR, Bremner JD, Felitti VJ, Giles WH. Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *Am J Prev Med* 2008; 34(5):396–403.
- Andersen LF, Lillegaard ITL, Øverby N, Lytle L, Klepp KI, Johansson L. Prevalence of overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: 1993-2000. *Scand J Pub Health*. 2005; 33(2):99-106.
- Andersen SL, Tomada A, Vincow ES et al. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008; 20: 292–301. PubMed
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1995). *Från påverkan til medverkan: språk- och meningsskapande system i samverkan*. Sthlm.: Mareld.
- Anderson, H., Jensen, P., Jahr, M.-C., & Reichelt, S. (2008). *Inspirasjon: Tom Andersen og reflekterende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforl.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress, and coping* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment - ulike tilnæringer. In O. P. Askheim, B. Starrin & C. Heyerdahl (Eds.), *Empowerment : i teori og praksis* (pp. 21-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2009). *Verktøykasse for brukermedvirkning - implementering etter pilot: implementering etter pilotfasen : rapport august - 09*. [Hamar?]: [s.n].
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., & Borg, M. (2010). Deltagerbasert forskning i psykisk helsearbeid: et bidrag til mer "brukbar" kunnskap? (Vol. 7(2010)nr 2, pp. S. 100-109). Oslo: Universitetsforl.
- Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Barbosa da Silva A. & Andersson M. (1996). Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. Malmö:
- Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode, med etikk og statistikk* Oslo: Det norske Samlaget
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research in education: an introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Boscolo, L. (1987). *Milan systemic family therapy : conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). *The Challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: World Health Organization, Europe.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jul; 55(7):626-32.

- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma*. Newbury Park, Calif.: Sage Publ.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human : bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bussey, M. C., & Wise, J. B. (2007). *Trauma transformed: an empowerment response*. New York: Columbia University Press.
- Cash, T. F., Winstead, B. A., & Janda, L. H. (1986). The great American shape-up. *Psychology Today*, 30, 37.
- Cederblad, M. (1996). *Barn- och ungdomspsykiatri*. [Stockholm]: Liber Utbildning.
- Cederblad, M., & Hansson, K. (1989). *Familjeterapi: 1. familjediagnostiska modeller : 2. forskning i familjeterapi - några resultat från aktuell forskning* (Vol. nr. 30). Stockholm: Föreningen.
- Chapman DP, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Whitfield CL. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders* 2004;82:217–225.
- Chiozza, L. A. (1999). *Why do we fall ill?: The story hiding in the body*. Psychosocial Press (Madison, Conn.)
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (Eds.) (2003). *Complex trauma in children and Adolescents*. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- Danaei G, Ding E, Taylor BJ, Mozaffarian D, Rehm J, Murray CJL, Ezzati M. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med* 2009; 6(4): e1000058.
- Dubé, L. (2010). *Obesity prevention: the role of brain and society on individual behavior*. Amsterdam: Elsevier.
- Dube, Shanta R., Vincent J. Felitti, Maxia Dong, Daniel P. Chapman, Wayne H. Giles, and Robert F. Anda. 2003. Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics* 111:3, 564 -572.
- Dube, Shanta R., Vincent J. Felitti, Maxia Dong, Wayne H. Giles, and Robert F. Anda. 2003. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine* 37:3, 268–277.
- Dyregrov, A., & Holtoug, A. G. (2011). *Børn og traumer*. København: Hans Reitzels Forl.
- Dyregrov, A., & Nilsson, B. (2010). *Barn och trauma: en handbok för föräldrar och professionella vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Anda, R. F., & Felitti, V. J. (2003). Experiencing multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-60.
- Elder, G. H., Johnson Kirkpatrick, M., & Crosnoe, R. (2004). The Emergence and Development of Life Course Theory i Handbook of the Life Course. Edited by J. T. Mortimer and M. J. Shanahan. Springer. Science+Business Media LLC.
- Epston, D., & White, M. (1992). *Experience, contradiction, narrative & imagination : selected papers of David Epston & Michael White, 1989-1991*. Adelaide, S. Aust.: Dulwich Centre Publications.
- Everett, B., & Gallop, R. (2001). *The link between childhood trauma and mental illness*. Thousand Oaks, Cal.: Sage.
- Fehr, D. v. d. (2008). *Når kroppen tenker*. Oslo: Universitetsforl.
- Fekjær, H. O. (2006). Skam ved rus- og spilleproblemer (pp. S. 177-188). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Fekjær, H. O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Felitti, VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998 May; 14(4):245-58.
- Felitti VJ. The relationship between adverse childhood experiences and adult health: turning gold into lead. *The Permanente Journal* 2002; 6:44–47.
- FHI Fedmeepedemi i Norge. 2012; from [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,2686:1:0:0::0:0&MainLeft\\_5565=5544:61210::1:5567:11:::0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2686:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:61210::1:5567:11:::0) Lasted ned 18 august 2013.
- FHI Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge. Rapport 2010:2; from <http://www.fhi.no/dav/0161795966.pdf> Lasted ned 18 august 2013.
- FOR 2003-04-03 nr 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030403-0450.html>. Lasted ned 1 september 2013.
- Freeman, J. C., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems : narrative therapy with children and their families*. New York: W.W. Norton.
- Freire, P., Berkaak, O. A., & Lie, S. (2003). *De undertryktes pedagogikk*. [Oslo]: De norske bokklubbene.
- Friedman, S. (1993). *The New language of change : constructive collaboration in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise [electronic version]. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596.
- Furnham, A., & Calnan, A. (1998). Eating disturbances, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6, 58–72.
- Fusco, R. A. & Fantuzzo, J. W. (2009) Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children and Youth Services Review*, 31, 249-256.
- Gergen, K. J. (1994a). *Realities and relationships : soundings in social construction*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (1994b). *Toward transformation in social knowledge*. London: Sage Publications.
- Gergen, K. J. (2009). *An invitation to social construction*. Los Angeles: SAGE.
- Gilje, Nils og Grimen, Harald: Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. 12. utgåve. Universitetsforlaget 2007.
- Glavin, K. & Kvarme, L. G. (2003) Helsestøstertjenesten: Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap Oslo: Akribe
- Goffman, E. (1963). *Behavior in public places; notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press of Glencoe.
- Goldfarb, L. A. (1987). Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia, and compulsive overeating: Three case reports. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 6, Issue 5, pages 675–680, September 1987.
- Green, B. L. (2009). Understanding and Responding to Early Childhood Trauma: Systems and Program Approaches. <https://www.google.no/search?q=green%2C+2009+a+reaction+to+a+traumatic+event+or+situation+that+overwhelms+a+child's+ability+to+cope&og=green&aqs=chrome.3.69i57j5j0j69i59j69i62j2.4601j0&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Lasted ned 1. August 2013.
- Greenfield EA, Marks NF. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. *Soc Sci Med* 2009; 68: 791—798



- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforl.
- Grøholt, B., Sommerschild, H. og Gjærum, B (1998): Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: Tano Aschehoug.
- Grønmo, S. 1996, "Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskning", i Holter, H. og R. Kalleberg (red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, 2. utg., Universitetsforlaget, Oslo, s. 73-108.
- Guneriusen, W. (1999). *Aktør, handling og struktur, Grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene* Oslo: TANO Aschehoug
- Gunstad, J., Paul, R., Cohen, R., Tate, D., & Gordon, E. (2006). Obesity is Associated with Memory Deficits in Young and Middle-Aged Adults. *Journal of Eating and Weight Disorders/ Studies on Anorexia, Bulimia, and Obesity*, 11, e15-e19.
- Gustafson, T.B. & Sarwer D.B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*, 5, 129–135.
- Hauge, H. A. (2011). *How can employee empowerment be made conducive to both employee health and organisation performance?: an empirical investigation of a tailor-made approach to organisation learning in a municipal public service organisation*. University of Bergen, [Bergen].
- Hauge, H. A., & Mittelmark, M. B. (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforl.
- Helsedirektoratet (2010a). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. IS – 1846, Oslo.
- Helsetilstanden i Norge. Folkehelse rapport 2010:2. <http://www.fhi.no/dokumenter/fs5894f100f.pdf> Lastet ned 3. august 13.
- Holt, S., Buckley, H. & Whelan, S. (2008) The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810.
- Innst. S. nr. 118 (1993-94) «Innstilling fra sosialkomiteen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.»
- Jensen, P., & Aspelien, H. (2009). *Ansikt til ansikt: kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, S. E., & Størksen, S. (2001). Refleksjon som metode i systemisk endringsarbeid. *Skolepsykologi*, 36(4), 11-21.
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Jones, E., & Vedeler, G. H. (1996). *Familierapi i systemperspektiv: utviklingstendenser innen systemisk terapi etter Milano-modellen*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Kaiser, L. L., Townsend, M.S., Melgar-Quiñonez, H. R., Fujii M.L., Crawford, P. B. Choice of instrument influences relations between food insecurity and obesity in Latino women. *Am J Clin Nutr*. 2004 Nov; 80(5):1372-8.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048 –1060.
- Kieffer, C. H. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3,9-36.
- Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed bodies: health impact of childhood sexual abuse*. Dordrecht: Kluwer.
- Kirkengen, A. L. (2007). *Forstyrret barn - forstyrret liv*. Oslo: Emilia.
- Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforl.
- Kirkengen, A. L., & Shaw, E. S. (2010). *The lived experience of violation: how abused children become unhealthy adults*. Bucharest: Zeta Books.
- Kirkengen, A. L. (2001). I rommet innenfor. *Utposten* 6.2011:5. [http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten11/UP11\\_6/02\\_06\\_dobbelttimen\\_Utp\\_6\\_2011.pdf](http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten11/UP11_6/02_06_dobbelttimen_Utp_6_2011.pdf). Lasted ned 3. juli 2013.
- Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens->

- [helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetj-.pdf](#). Lasted ned 15 juli 2013.
- Kracke, K. & Hahn, H. (2008) The Nature and Extent of Childhood Exposure to Violence: What We Know, Why We Don't Know More, and Why It Matters. *Journal of Emotional Abuse*, 8(1/2), 29-49.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvillo, Ø. (2008). *Oppvekst: om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, Volume 5, Issue Supplement s1, pages 4–85, May 2004.
- Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 2006, 06.30 § 3.
- Lovdata 2006-06-30 Forskningsetikk.
- Lundemark Andersen, M., & Vinther-Jensen, K. (2002). *Empowerment i revalidering: viden, vilkår, forudsætning*. Århus: Afdelingen for folkesundhed, Århus Amt.
- Mason-Whitehead i Mabhalala, M., & Wilson, F. (2009). *Key concepts in public health*. Los Angeles: Sage.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Mendel B, Bergensis J, Langius A. The sense of coherence: a tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorders. *Clin Otolaryngol* 2001; 26: 192–204.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Meyer, H. E. & Tverdal, A. 2005. Development of body weight in the Norwegian population. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 73, 3-7.
- Mittelmark, M. B., & Hauge, H. A. (2003). Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser : hvorfor lokalsamfunn og nærmiljø er de sentrale arenaene. In H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog?* (pp. 39-51). Bergen: Fagbokforlaget.
- Moen, T., Nilssen, V. L., & Postholm, M. B. (2005). *Kvalitative forskere i teori og praksis* (Vol. nr 15). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Mossige, S., & Stefansen, K. Vold og overgrep mot barn og unge En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA Rapport 20/07.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- NNR Integrating nutrition and physical activity. Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4th edition. 2004; from <http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2004-013/excerpt>. Lasted ned 18. august 2013.
- Nordenstam C., Borgen G., Ihle, M. og Johansson, M: (2002): Seksuelle overgrep mot barn- utvalgte tema. Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn. Unipub. Oslo
- Nordic Council of Ministers (2006) Nordisk Handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet (Health, food and physical activity, Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity) ANP2006:745 ISBN 92-893-1344-7 Nordisk ministermøte juli 2006, København

- NOU 1998:18 Det er bruk for alle Styrking av folkehelsearbeidet i kommunen. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 16. juli 1997. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 17. november 1998.
- Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 3-5 June 1997.* (1998). Geneva: WHO.
- Obesity: preventing and managing the global epidemic; report of a WHO consultation.* (2000). (Vol. 894). Geneva: World Health Organization.
- Oellingrath, Inger Margaret, Martin V. Svendsen og Michael Reusch Reinboth (2008). Overvekt og fedme blant elever på 4. trinn i grunnskolen i Telemark fylke, Norge. I *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, Vol 4, nr 2.
- Ogg EC, Millar HR, Puztai EE, Thom AS (1997). "General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders". *Int J Eat Disord* 22 (1): 89–93.
- Pavao, J., Alvarez, M. J., Baumrind, N., Induni, & Kimerling, R. (2007). Intimate Partner Violence and Housing Instability. "Intimate Partner Violence and Housing Instability." *American Journal of Preventive Medicine* 32(2): 143-146.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2008). *The boy who was raised as a dog : and other stories from a child psychiatrist's notebook : what traumatized children can teach us about life, loss and healing* (Paperback edition. ed.). New York: Basic Books.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F. W. (2006). The Impact of Trauma on Child Development. *Juvenile and Family Court Journal* Volume 57, Issue 1, pages 1–11, January 2006.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9: 1-25.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3: 1-7.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, 16:2:15-21.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15: 121-148.
- Reviere, S. L., & Briere, J. (1996). *Memory of childhood trauma*. New York: Guilford Press.
- Root, M., & Fallon, P. (1988). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(2), 161-173.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. New York: Norton.
- Ryen, A. (2006). Det kvalitative intervjuet, fra vitenskapsteori til feltarbeid Bergen: Fagbokforlaget.
- Scriven, A., Ewles, L., Simnett, I., & Parish, R. (2010). *Promoting health: a practical guide*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Scriven, A., & Hodgins, M. (2012a). *Health promotion settings : principles and practice*. London: SAGE.
- Scriven, A., & Hodgins, M. (2012b). *Health promotion settings: principles and practice*. London: Sage publications.
- Seedhouse, D. (1997). *Health promotion : philosophy, prejudice and practice*. Chichester: Wiley.
- Seikkula, J., & Eliassen, H. (2006). *Reflekterende prosesser i praksis: klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforl.
- Seligman, M. E. P. (Writer). (2008). *Learned helplessness*. New York: Insight Media.
- Sloan, G., & Leichner, P. (1986). Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders? *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 656-660.

- Sosial- og helsedirektoratet Avdeling for kommunale velferdstjenester. 11/2004. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>. Lastet ned 5 juli 2013.
- Stang, I., & Andvig, E. (2002). Empowering parents of long term psychiatric patients (pp. S. 19-23). Tønsberg: Høgskolen i Vestfold.
- Storr CL, Ialongo NS, Anthony JC, Breslau N (2007) Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 164: 119–125. [PubMed]
- St. meld. nr. 37 (1992-93): Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Strauss, R. S. Childhood Obesity and Self-Esteem. *PEDIATRICS* Vol. 105 No. 1 January 1, 2000 pp. e15
- Studie og fagplan for master i helsefremmende arbeid, 2011-2015. <http://studier.hive.no/index.php?ID=733&lang=nor&displayitem=1019&module=studieinfo&type=studieue&subtype=1>. Lastet ned 18. august 13
- Swahn MH, Simon TR, Hertz MF, Arias I, Bossarte RM, Ross JG, Iachan R, Hamburger M. Linking dating violence, peer violence, and suicidal behaviors among high-risk youth. *Am J Prev Med* 2008; 34: 30-8.
- Swanston HY, Plunkett AM, O'Toole BI, Shrimpton S, Parkinson PN, Oates RK. Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 967-84.
- Sjøtorp, Ø. (2012). *Påvirkning gjennom medvirkning?: en studie av Helsedirektoratets arbeid med EUs politikk*. Oslo: Ø. Sjøtorp.
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? Nr. 06 – 28. februar 2001 *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:720-4.
- Terr, L. C. (2003). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *FOCUS* 2003;1:322-334.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Tomm, K. (1989). *Systemisk intervjuetodok: en utvekkling av det terapeutiska samtalet*. Stockholm: Mareld.
- Tones, K., & Green, J. (2010). *Health promotion : planning and strategies*. London: Sage Publications.
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education : effectiveness, efficiency and equity* (2nd ed.). London ; New York: Chapman & Hall.
- Tricket, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology / Volume 23 / Issue 02 / May 2011*, pp 453-476.
- van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D. & Mandel F (1993). Complex PTSD: Results of the PTSD field trials for DSM IV; American Psychiatric Association.
- Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124 (1), 65-66.
- White, M. (1991). *Nya vägar inom den systemiska terapin*. Stockholm: Mareld.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton & Co.
- WHO. (1986). Ottawa charter for health promotion. Retrieved 2007-08-22, from [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- WHO. (2007). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Retrieved 2007-08-22, from [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)
- WHO consultation on obesity :, & WHO. Division of Noncommunicable Diseases. (1998). *Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation on obesity*,

- Geneva, 3-5 June 1997. Geneva: World Health Organisation, Division of Noncommunicable Diseases.
- Wieland, S. (2011). *Dissociation in traumatized children and adolescents: theory and clinical interventions*. New York: Routledge.
- Wilkinson, P. (2005). Global environmental change and health. In A. Scriven & S. Garman (Eds.), *Promoting health : global perspectives* (pp. 129-142). London: Palgrave Macmillan.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2006). *Social determinants of health / edited by Michael Marmot and Richard G. Wilkinson*. Oxford: Oxford University Press.
- Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Adult body weight, obesity, and self-reported abuse in childhood. *Int J Obesity* 2002; 26: 1075–82.
- Wolfe, D., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. & Jaffe, P. G. (2003). The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3): 171-187.
- Wooley, S. C. (1994). Sexual abuse and eating disorders: The concealed debate. In P. Falloin, M. A. Katzman, & S. C. Wooley (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 171-212). New York: Guilford Press.
- Wooley, S. C., & Kearney-Cooke, A. (1986). Intensive treatment of bulimia and body image disturbance. In K. Brownell & J. Foreyt (Eds.), *Physiology, psychology and the treatment of eating disorders* (pp. 476-506). New York: Basic Books.
- World Health Organization WHO Division of Noncommunicable Diseases programme of Nutrition Family and Reproductive Health.. (1998). *Obesity. : Preventing and managing the global eoidemic.; Report of a WHO Consultation on Obesity.; Geneva, 3-5 June 1997*. Geneva,.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2011a). *Health systems and public health services : WHO strategic objective 10: To improve health services*: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2011b). *Healthy environments for healthy people : : WHO strategic objective 8: "To promote a healthier environment, intensify primary prevention and influence public policies in all sectors so as to address the root causes of environmental threats to health"*: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Wormnæs, O. (1984). *Vitenskapsfilosofi*. Oslo: Gyldendal.
- Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge*. Bergen: Fagbokforl.
- Ørntoft, J. K., Madsen, B., Heede, t., Wetterkopp, N., & Bjerregrav, H. (2005). Overvægt, 21 børn og unge skriver om at være overvægtig Vejle Krogs forlag.
- Øverlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence. What have we concluded and challenges ahead. *Journal of social work* 10, 80-97.
- Øverlien, C. & Hydén, M. (2009). Children's actions when experiencing domestic violence. *Childhood*, 16(4), 479-496.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Skriftlig forespørsel til deltagelse

Vedlegg 1.

### **Inquiry for interview participation related to Master thesis.**

I am a master student in health promotion at the Faculty of health science in Vestfold, Norway. I would like to extend to you a “request of participation to be interviewed by me in conjunction with my master’s thesis”. This paper is written in English since potential participants are not all native Norwegian. The theme of the thesis: How can obesity be understood as an expression of meaning relating to adverse childhood events- trauma? What interests me is the assumption that obesity can be a possible meaningful expression in correlation to adverse childhood events- trauma. My interest is to find plausibility for the assumption that childhood trauma can instigate dissociative behavior resulting in obesity. The other thing I’d like to explore is the assumption that obesity can be an instrumental dissociative coping pattern, i.e., victim of rape in childhood, applying obesity as an defense mechanism against closeness. I am interested in exploring the assumption that a resource approach to obesity may generate new knowledge and the acquiring of new coping skills that can strengthening the health of those that are obese.

In order to find answers to those questions, I like to interview 5 Professionals- nurses, physicians, physiotherapists who are working closely with obese people. Interviewing will be conducted with a tape recorder and I will make written notices while we are conversing. Before I start the interview, I will require that no names of third-party person’s will be mentioned, this to conceal and protect identity and the possibility to trace information to an individual. The length of the interview will be about one-hour, and together we will appoint both place and time for the interview.

Participation is voluntarily and you can withdraw from the interview at any moment without consent or explanation. If you chose to withdraw from the interview, all gathered data will be deleted. All information will be handled confidentially, and no information can be traced to an individual in the final thesis. All recorded information will be deleted as soon as the thesis is finalized (31 December 2013).

In order to save valuable time, this request is forwarded to you by Email, and I will appreciate receiving your answer by Email. Once we meet in person I will ask you to sign the declaration of consent, physically.

If there are any questions you can reach me at +4747963508, or send me a e-mail at [luukwester@hotmail.no](mailto:luukwester@hotmail.no) You too can contact my Assistant Professor, Jonn Syse at the dept. of health science at the institute of Health Promotion at +4733037528, or [jonn.syse@hive.no](mailto:jonn.syse@hive.no)

Sincerely  
Luuk Luitsen Westerhof  
Glimmerveien 12  
3214 Sandefjord  
Norway

## Vedlegg 2 Samtykkeerklæring

Declaration of consent:

I have received information about the research project and participate voluntarily:

Signature..... Phonenumber .....

## Vedlegg 3 Godkjenning Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 985 321 884

Jonn Syse  
Fakultet for helsevitenskap  
Høgskolen i Vestfold  
Pb 2243, Borre  
3103 TØNSBERG

Vår dato: 25.01.2013

Vår ref:32867 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

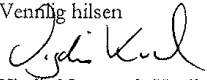
32867	<i>Hva tenker fagpersoner om overvekt som et meningsuttrykk som kan koples til barndomstraumer?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Jonn Syse</i>
Student	<i>Luuk Luitsen Westerhof</i>


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Luuk Luitsen Westerhof, Glimmerveien 12, 3214 SANDEFJORD

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 32867

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

---

## Vedlegg 4 Forskningsspørsmål

- 1) Hva skjer med selvforståelsen og verdighetsopplevelsen hos overvektige mennesker ut fra din erfaring?
- 2) Snakker overvektige etter din erfaring om sammenhenger mellom barndomstraumer og overvekt?
- 3) Kan overvekt forstås som en livsstrategi for overvektige som har opplevd BT?
- 4) Kan den profesjonelles anlegning av en ressursorientering bidra til ny innsikt og handlingsalternativer og valg som kan styrke helsen hos den overvektige?

## Vedlegg 5 Kategorisering av forskningsspørsmål

<b>Spørsmål 1</b> Hva skjer med selvforståelsen og verdighetsopplevelsen hos overvektige mennesker?	<b>Spørsmål 2</b> Snakker overvektige selv om mulige sammenhenger mellom barndomstraumer og overvekt?	<b>Spørsmål 3</b> Finnes det etter din erfaring mulige sammenhenger mellom barndomstraumer og overvekt, for eksempel, meningsuttrykk og livsstrategi som kan koples til overvekt?	<b>Spørsmål 4</b> Kan det å anlegge en ressursorientering bidra til ny innsikt og handlingsalternativer og valg som kan styrke helse hos den overvektige?
<b>Variabel:</b> <b>Selvforståelse</b> <b>verdighetsopplevelsen</b>	<b>Variabel:</b> <b>Barndomstraumer</b> <b>Overvekt</b>	<b>Variabel:</b> <b>Livsstrategi</b>	<b>Variabel:</b> <b>Ressursperspektiv</b>
<b>Svar</b>	<b>Svar</b>	<b>Svar</b>	<b>Svar</b>
Tap av nær omsorgsperson kan for noen oppleves som meget traumatisk i barndommen og således være en mulig faktor som spiller inn i utviklingen av ukritisk matinntak for å dempe smertene- selvmedisinering	De overvektige snakker ikke «lett» om tema barndomstraumer	På bakgrunn av barndomstraumer kan mat betraktes som et meningsfylt middel i å spise <i>bort</i> det vonde-emosjonsspising	Å tilnærme seg tema overvekt fra et ressursperspektiv kan bidra til generering av ny kunnskap og innsikter relevant for tema
Noen individer som har opplevd traumatiske hendelser i barndommen kan utvikle en ukritisk holdning til matinntak for å dempe usikkerhet og lav selvfølelse	Mennesker som sliter med overvekt finner hverandre i det de har fellesskap om tema <i>overvekt i relasjon til barndomstraumer</i>	Opplevelse av å ha <i>makt og kontroll</i> kan for noen individer skaffes til veie gjennom mat og dermed oppleves som meningsfylt	Belysing av tema overvekt og barndomstraumer fra et ressursperspektiv må også rette seg mot utformingen av implementerbare tiltak
For en som har f.eks. opplevd overgrep, kan overvekt være instrumentell i den forstand at en da håper og ikke være seksuell attraktiv	For noen er det ikke naturlig å snakke om barndomstraumer	Noen individer som har opplevd barndomstraumer kan utvikle dissosiativ atferd ved at de forsøker å distrahere seg bort fra <i>virkeligheten</i> . Dette kan være en meningsbærende livsstrategi	Skal man sette inn tiltak fra et ressursperspektiv, så må disse tiltak være helhetlig orientert
Selvforståelse og verdighetsopplevelse kan være determinert og influert av virkningene som følger av barndomstraumer		Noen individer kan utvikle en eller annen form for risikoatferd-livsstrategi, f.eks. sedat livsstil; for mye matinntak i forhold til forbrenning; røyking; for høyt inntak av rusmidler eller en kombinasjon av de forannevnte	Tiltakene fra et ressursperspektiv må være målrettet og informativ
		For noen overvektige kan det være meningsbærende i å være i en gruppe, der dette legger til rette for en felles opplevelse av styrke	Å belyse tema fra et ressursperspektiv bør også si noe om mat-industriens rolle og strategier i hvordan de muligens manipulerer mennesker til å forbruke

			deres produkter
			Fra et ressursperspektiv kan innsatsen mot overvekt <i>kun</i> ha virkninger dersom den besitter en tverrfaglig bærekraft
			En ressurstilnærming bør innebære en tverrfaglig kunnskapseksposering om relevante tema

## Vedlegg 6 Internettisider

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)

[www.ObesityModel.com](http://www.ObesityModel.com)

[www.hsph.harvard.edu](http://www.hsph.harvard.edu)

<http://acestudy.org>

<http://rankingamerica.wordpress.com>

<http://www.who.int/whr/en/>

[www.nhi.no](http://www.nhi.no)

[www.forskning.no](http://www.forskning.no)

[www.ndla.no](http://www.ndla.no)

[www.kunnskapssenteret.com](http://www.kunnskapssenteret.com)

[www.cdc.gov/ace/findings.htm](http://www.cdc.gov/ace/findings.htm)

[www.americanangel.org](http://www.americanangel.org)

[www.mollehagen.no/upload/Dag\\_Nordanger\(1\).pdf](http://www.mollehagen.no/upload/Dag_Nordanger(1).pdf)

## Vedlegg 7 Anbefalt litteratur

Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*. 1999;282:1652-1658.

Anda, Robert F., David W. Brown, Vincent J. Felitti, J. Douglas Bremner, Shanta R. Dube, and Wayne H. Giles. 2007. Adverse Childhood Experiences and Prescribed Psychotropic Medications in Adults. *American Journal of Preventive Medicine* 32:5, 389–394.

Anda, Robert F., Vladimir I. Fleisher, Vincent J. Felitti, Valerie J. Edwards, Charles L. Whitfield, Shanta R. Dube, and David F. Williamson. 2004. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and Indicators of Impaired Adult Worker Performance. *The Permanente Journal* 8:1: 30-38.

Anda R, Tietjen G, Schulman E, Felitti V, Croft J. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache*. 2010 Oct;50(9):1473–81.

Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *AM J Prev Med*. 2010 Jul;39(1):93–8.

Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients. *BMC Public Health*2008;8:198.

Anda RF, Brown DW, Dube SR, Bremner JD, Felitti VJ, Giles WH. Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *Am J Prev Med*2008;34(5):396–403.

Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *Am J Prev Med*2007;32(5):389–94.

Anda RF, Felitti VJ, Brown DW, Chapman D, Dong M, Dube SR, Edwards VJ, Giles WH. (2006) Insights into intimate partner violence from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. In:PR Salber and E Taliaferro, eds. *The Physician's Guide to Intimate Partner Violence and Abuse*, Volcano, CA: Volcano Press; 2006.

Anda RF, Felitti VJ, Walker J, Whitfield, CL, Bremner JD, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006;56(3):174–86.

Anda RF, Felitti VJ, Fleisher VI, Edwards VJ, Whitfield CL, Dube SR, Williamson DF. Childhood abuse, household dysfunction and indicators of impaired worker performance in adulthood. *The Permanente Journal* 2004;8(1):30–38.

Anda RF, Chapman DP, Felitti VJ, Edwards V, Williamson DF, Croft JP, Giles WH. Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*2002;100(1):37–45.

Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 2002;53(8):1001–1009.

- Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Croft JB, et al. Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics* 2001;107(2), e19.
- Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB, Giles WH. Adverse childhood experiences and the risk of lung cancer. *BMC Public Health* 2010;10:20.
- Brown DW, Anda RF, Felitti VJ. Self-reported information and pharmacy claims were comparable for lipid-lowering medication exposure. *J Clin Epidemiol* 2007;60(5):525–529.
- CDC. Adverse childhood experiences reported by adults—five states, 2009. *MMWR* 2010;59(49):1609-1613.
- Chapman DP, Wheaton AG, Anda RF, Croft JB, Edwards VJ, Liu Y, Sturgis SL, Perry GS. Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults. *Sleep med* 2011; 12: 773-79.
- Chapman DP, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Whitfield CL. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders* 2004;82:217–225.
- Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health* 2008;98:1094–1100.
- Chapman DP, Dube SR, Anda RF. Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals* 2007;37(5):359–364.
- Dietz PM, Spitz AM, Anda RF, et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association*. 1999;282:1359-1364.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Lifespan. *JAMA* 2001; 286: 3089-3096.
- Dube, Shanta R., Robert F. Anda, Vincent J. Felitti, Daniel P. Chapman, David F. Williamson, and Wayne H. Giles. 2001. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 286:24, 3089-3096.
- Dube, Shanta, Robert Anda, Vincent Felitti, Valerie Edwards, and David Williamson. 2002. Exposure to Abuse, Neglect, and Household Dysfunction Among Adults Who Witnessed Intimate Partner Violence as Children: Implications for Health and Social Services. *Violence and Victims* 17:1, 3-17.
- Dube, Shanta R., Vincent J. Felitti, Maxia Dong, Daniel P. Chapman, Wayne H. Giles, and Robert F. Anda. 2003. Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics* 111:3, 564 -572.
- Dube, Shanta R., Vincent J. Felitti, Maxia Dong, Wayne H. Giles, and Robert F. Anda. 2003. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine* 37:3, 268–277
- Dube, Shanta R., DeLisa Fairweather, William S. Pearson, Vincent J. Felitti, Robert F. Anda, and Janet B. Croft. 2009. Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic Medicine* 71:2, 243-250.

- Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune disease. *Psychom Med* 2009;71, 243–250.
- Dube SR, Miller JW, Brown DW, Giles WH, Felitti VJ, Dong M, Anda RF. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health* 2006;38(4):444.e1–444.e10.
- Dube SR, Anda RF, Whitfield, CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med* 2005;28:430–438.
- Dube SR, Williamson DF, Thompson T, Felitti VJ, Anda RF. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(7):729–737.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the Adverse Childhood Experience Study. *Pediatrics* 2003;111(3):564–572.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine* 2003;37(3):268–277.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. (2002). Adverse Childhood Experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors* 2002;27(5):713–725.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims* 2002;17(1):3–17.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089–3096.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect* 2001;25(12):1627–1640.
- Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Williamson DF, Dube SR, Brown DW, Giles WH. Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experiences. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2005; 159:1104–1110.
- Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, Loo CM, Giles WH. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(7):771–784.
- Dong M, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ, Anda, RF. RE: Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into the causal pathway. *Archives of Internal Medicine* 2004;164(4):460–461.



- Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation* 2004;110:1761–1766.
- Dong M, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into a causal pathway. *Archives of Internal Medicine* 2003;163:1949–1956.
- Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect* 2003;27(6):625–639.
- Edwards VJ, Anda RF, Gu D, Dube S R, Felitti VJ. Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *Permanente Journal* 2007;11:5–7.
- Edwards VJ, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. It's OK to ask about past abuse. *American Psychologist* 2007;62(4):327–328.
- Edwards VJ, Anda RF, Dube SR, Dong M, Chapman DF, Felitti VJ. The wide-ranging health consequences of adverse childhood experiences. In: K Kendall-Tackett and S Giacomoni, eds. *Child Victimization: Maltreatment, Bullying, and Dating Violence Prevention and Intervention*. Kingston, NJ: Civic Research Institute;2005.
- Edwards VJ, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR. Adverse childhood experiences and health-related quality of life as an adult. In: K Kendall-Tackett, ed. *Health Consequences of Abuse in the Family: A Clinical Guide for Evidence-Based Practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003:81–94.
- Edwards VJ, Holden GW, Anda RF, Felitti VJ. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Psychiatry* 2003;160(8):1453–60.
- Edwards VJ, Anda RF, Nordenberg DF, Felitti VJ, Williamson DF, Howard N, Wright JA. Bias assessment for child abuse survey: factors affecting probability of response to a survey about child abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2001;25:307–312.
- Edwards VJ, Fivush R, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg DF. Autobiographical memory disturbances in childhood abuse survivors. In: J.J. Freyd and A.P. DePrince (Eds.) *Trauma and Cognitive Science: A meeting of minds, science, and human experience*. Binghamton, NY: Haworth Press; 2001.
- Fantuzzo, John, and Wanda Mohr. 1999. Prevalence and Effects of Child Exposure to Domestic Violence. *Domestic Violence and Children*. 9:3, 21-32.
- Faris, Robert, and Diane Felmler. 2011. Status Struggles: Network Centrality and Gender Segregation in Same- and Cross-Gender Aggression. *American Sociological Review*. 76:1, 48-73.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, et al JS. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14:245-258.
- Felitti, V.J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. *Southern Medical Journal*, 84, 328–31.

Felitti, V.J. (1993). Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: A case control study. *Southern Medical Journal*, 86(7), 732–6.

Felitti, V.J. (2003). The origins of addiction: Evidence from the adverse childhood experiences study. Retrieved 3 May 2006 from <http://acestudy.org/docs/OriginsofAddiction.pdf>. English version of the article published in Germany as: Felitti, V.J. (2003). Ursprünge des suchtverhaltens – Evidenzen aus einer studie zu belastenden kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 547–559.

Felitti, Vincent J., Robert F. Anda, Dale Nordenberg, David F. Williamson, Alison M. Spitz, Valerie Edwards, Mary P. Koss, and James S. Marks. 1998. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults; The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14:4, 245-258.

Felitti VJ. Ursprünge des Suchtverhaltens — Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003;52:547–559. (Article in German).

Felitti VJ. The relationship between adverse childhood experiences and adult health: turning gold into lead. *The Permanente Journal* 2002;6:44–47.

Felitti VJ. Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Z psychosom Med Psychother* 2002;48(4):359–369. (Article in German).

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;14:245–258.

Foegen WH. Adverse childhood experiences: A public health perspective (editorial). *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14:354-355.

Foegen WH. Adverse childhood experiences: A public health perspective (editorial). *Am J Prev Med* 1998;14:354–355.

Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics* 2000 106(1):E11.

Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Macaluso M, Marks JS. (2010). The Protective Effect of Family Strengths in Childhood against Adolescent Pregnancy and Its Long-Term Psychosocial Consequences. *Permanente Journal*, Vol. 14, No. 3, pp. 18–27.

Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial outcomes, and fetal death. *Pediatrics* 2004; 113(2):320–327.

Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives* 2001;33:206–211.

van der Kolk B.A. (2005). *Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. *Psychiatric Annals*, pp. 401-408.

Weiss JS, Wagner SH. What explains the negative consequences of adverse childhood experiences on adult health? Insights from cognitive and neuroscience research (editorial). *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14:356-360.

Weiss JS, Wagner SH. What explains the negative consequences of adverse childhood experiences on adult health? Insights from cognitive and neuroscience research (editorial) [↗](#). *Am J Prev Med* 1998;14:356–360.

Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations [↗](#). *Child Abuse and Neglect* 2005;29(7):797–810.

Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence* 2003;18(2):166–185.

Whitfield CL. Adverse Childhood experiences and trauma (editorial) [↗](#). *Am J Prev Med* 1998;14:361–363.

Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight, obesity, and self-reported abuse in childhood [↗](#). *International Journal of Obesity* 2002;26:1075–1082.

Ye D, Yao J, Dong M. Progress on the adverse childhood experience study. *Chinese Journal of Disease Control and Prevention*, 2004;8(6):483–485.