

Familiebehandling av voksne med Anorexia Nervosa

Terapeuters erfaringer, holdninger og perspektiv på å  
inkludere familien ved behandling

Anita Ulwan og Olof Ulwan  
Diakonhjemmet Høgskole

Masteroppgave  
Master i Familieterapi og systemisk praksis  
Veileder: Åse Holmberg

Antall ord: 20055

Dato: 29.05.2015

## **Forord**

Det har vært to lærerike, men utfordrende år. Vi har fått kjempe, og vi har blitt minnet på hvor kjært livet er. Det er mange vi vil takke, først og fremst barna Frida, Sara, Kaja, "Puppy" og Sophia, som tålmodig har måttet holde ut med to foreldre som begge tar master. Takk Kaja for ditt bidrag i en stressende slutfase.

Vi takker alle prosjektdeltakerne for deres engasjement og åpenhet.

Takk til alle våre pasienter og deres familier som igjennom årene har lært oss så mye.

Takk til min partner "in crime" for samarbeide, ikke minst for år med veiledning og deling av kunnskap.

Takk også til Alexandra på Vinterbro bibliotek som så villvilling har hjulpet med å finne litteratur.

Takk alle fine medstudenter og vår inspirerende lærer Siv Merete Myra, det har vært gøy å være med dere.

Sist men ikke minst takk til vår veileder Åse Holmberg for reflekterende spørsmål og veiledning, samt ditt bidrag med å "få snudd et tankskip"

## **Sammendrag**

Oppgaven skrives innenfor studie Familieterapi og systemisk praksis. Den er en kvalitativ studie, hvor vi har intervjuet fem terapeuter som arbeider ved fire ulike voksenpsykiatriske klinikker. Hensikten med studie er å få en forståelse over terapeutenes erfaringer, holdninger og perspektiver på å inkludere familien med i behandling av voksne over 18 år med Anorexia Nervosa (AN).

Forfatterne har i flere år arbeidet med voksne pasienter med AN, hvor vi har inkludert familien i denne behandling. Vårt arbeide med dette har vi opplevd som konstruktivt, og hjulpet oss til å få en økt forståelse over våre egen roller i familiearbeide samt perspektiver på familien. Det har også gitt oss en økt respekt for familien som samarbeidspartner. Det er denne erfaringen som preger vår forforståelse i undersøkelsen, som er basert på en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

For å analyse og bearbeidelse av materialet har vi benyttet Systematisk tekstkondensering.

Vi har i teoridelen tatt for oss ulike innfallsvinkler til tilstanden, samt en grundig redegjørelse av både teorier og studier vedrørende AN. Dette for å gi leserne en bedre forståelse av tilstandens komplekse natur og dens ringvirkninger for pasient, familie og terapeut.

Viktige funn i studien er terapeutenes positive holdning til inkludering av familier i behandling, men hvor deres erfaringen med dette er begrenset

Vi har også funnet det som vi tolker som hindringer for å inkludere familien i behandling, blant annet hvordan pasientens motivasjon ble tolket, hvordan taushetsplikten ble brukt i tillegg til arbeidsplassens rammer.

Studien peker på at det finnes en økt åpenhet over å inkludere familien som samarbeidspartner, men at dette krever en mer metodisk kunnskap over hvordan en motiverer den voksne pasienten til å inkludere familien i et aktiv partnerskap. I tillegg en bedre motivasjon og tilretteleggelse fra ledelse ved de enkelte poliklinikker.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Vår egen for forståelse	7
1.3	Presentasjon av problemstilling	7
<b>2</b>	<b>Teorier og forskning som har inspirert til undersøkelsen</b>	<b>10</b>
2.1	Systemteori	10
2.2	Kommunikasjons teori	11
2.3	Sterns teori om selvutvikling	12
2.4	Familieresiliens og familieomsorgspyramiden	13
2.4.1	Familieresiliens	13
2.4.2	Familieomsorgspyramiden	14
2.5	Den transteoretiske modellen	16
2.6	Narrativ praksis	17
2.7	Den språkssystemisk tilnærmingen	18
2.8	Terapeutrollen	18
2.9	Maktbegrepet	20
2.10	Relevant forskning	21
2.10.1	Anorexia Nervosa AN	21
2.10.2	Symptombilde ved AN	22
2.10.3	Anorexia og familien	24
2.10.4	Ulike perspektiv på familiens innvirkning av sykdomsutviklingen ved AN	25
2.10.5	Anorexia Nervosa og dagens perspektiv på familiebehandling	27
2.10.6	Tidligere forskning på terapeuters opplevelse av inkludering av familien ved behandling av AN	28
2.10.7	Familiens opplevelse av inkludering i terapien	33
2.11	Taushetsplikt	34
<b>3</b>	<b>METODE/ Forskningsprosessen</b>	<b>36</b>
3.1	Vårt vitenskapsteoretiske ståsted	36
3.2	Utvelgelse av informanter	39
3.3	Gjennomføring av datainnsamling	39
3.4	Etiske vurderinger	41
3.5	Transkribering av intervjuene	42
3.6	Validitet	42
3.7	Analyse	43
3.8	Helhetsinntrykk	44
3.9	Fra tema til koder	45
3.10	Fra kode til mening	46
3.11	Fra kondensering til beskrivelser	46
<b>4</b>	<b>Resultat</b>	<b>47</b>
4.1	Innledning	47
4.2	Terapeutenes egne erfaringer, holdninger og perspektiv	47
4.3	Terapeutenes tolkninger av familiens opplevelse av behov for involvering	50
4.4	Terapeutenes tolkning av pasientens holdning til å inkludere familien	52
4.5	Terapeuters opplevelse av arbeidsplassens rammer	53
<b>5</b>	<b>Drøfting</b>	<b>54</b>
5.1	Familier på godt og ondt	54
5.2	Terapeutens rolle i terapien og forholdet til taushetsplikt	58
5.3	Arbeidsplassens rammer	59

<b>6 Avslutning .....</b>	<b>62</b>
<b>7 Litteraturliste: .....</b>	<b>65</b>

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to behandlere ved en voksenpsykiatrisk allmennpoliklinisk enhet, Follo DPS i Ski, der vi gjennom flere år, har terapierfaring med å jobbe sammen med familier hvor et av familiemedlemmene har Anorexia Nervosa (AN). Begge har vi en sterk interesse for både AN og familiepåvirkning. Sammen har vi fått mulighet å utvikle behandlingen av Anorexia Nervosa, (AN) hvor familien ofte er inkludert.

Vår erfaring er at familien uttrykker et ønske om å være delaktig i behandlingen. Ofte bor pasientene med foreldre og er fortsatt avhengige av sin familie til tross for at de er i voksen alder. Vi har også forstått gjennom våre møter med pasientene og deres familier, at alle som er knyttet til mennesker som er rammet av AN opplever store belastninger. Det beskrives ofte som å leve med ”døden i rommet” hver dag. Sammen med familien er vi vitne til denne destruktive prosessen, som pasienten ikke har kraft eller motivasjon nok til å endre.

I oppstarten av våre møter med familier opplever vi ofte at de preges av en følelse av hjelpeløshet og fortvilelse, noe som også uttrykkes. Vi har funnet det viktig i disse møtene å være med på å skape et genuint håp, et håp om at dette er en tilstand, som i følge vår erfaring, går an å frigjøre seg og utvikle seg fra. Vi har med denne bakgrunn funnet det viktig å involvere familien i behandling, i tillegg opplever vi at dette ofte ender i et konstruktive samarbeid, som også har vært helt avgjørende for en god utvikling hos pasienten.

Det er med dette utgangspunkt vi ble interessert i å undersøke hvilke liknende erfaringer og holdninger, andre terapeuter, ved andre poliklinikker, hadde i forhold til det å involvere familien i behandlingen. Gjennom flere år i arbeidet med AN har vi lært oss at det å arbeide med familien til pasienter som har AN innebærer å arbeide med familiens ressurser og eventuelle begrensinger, utforske sammen med familien hvordan de mestrer utfordringer rundt lidelsen, og hvordan familien kan organisere seg for å fungere optimalt i denne stressende situasjon.

Familiearbeidet ved AN innebærer således psykoedukasjon, familiestøtte, og i noen tilfeller familierapi. Målsetningen i familierapien er å forbedre samspeillet i familien, gjennom et

relasjonsarbeidet, som handler om å låse opp konfliktfylte og fastlåste situasjoner (Thune-Larsen, Vrabel 2004)

Det å reflektere, dele og gjøre nye erfaringer er noe vi opplever som viktig og givende, og beskrivelse av dette vil være en del av denne oppgaven. En annen viktig motivasjon for vår oppgave er å få et kart over muligheter og vanskeligheter ved å implementere vårt perspektiv og arbeidsmåte i voksenpsykiatrisk praksis. Behandlingsforskning viser dokumentert effekt av å inkludere familien i behandlingsprosessen. Dette gjelder så vel pasienter under 18 år som voksne pasienter med AN over 18 år (Fisher, Hetrick og Rushford 2010).

Disse studier er basert på relativt lite antall pasienter, som også er i tillegg en relativt heterogen gruppe med ulike tilleggs lidelser, det vil si komorbide tilstander.

Det har derfor hittil ikke vært mulig å vise med en klar evidens at familieterapi har en viktig betydning, til tross for at det også er studier som viser at det har en bedre effekt enn mye gjeldende praksis (Ibid).

AN er en behandlings utfordrende tilstand for behandlingsapparatet. Der pasienten oftest mangler sykdomsinnsikt, og har utviklet en sterk motstand om genuin endring (Treasure 2001). Dette innebærer at pasientens motivasjonen for å frigjøre seg fra AN, ofte ligger mer hos pårørende og eventuelle behandlere. Derfor står psykoedukative terapeutiske tilnærminger sentralt i familiearbeid. Det vil si å benytte metoder der formidling av kunnskap og opplæring i hvordan man praktisk kan forholde seg til AN i familien. Ofte kommer pasienten og familien med forhøyet angst. Noen ganger blir den uttrykt fra foreldre med ”høy temperatur” andre ganger møter vi familier som ikke lenger tør å si noe til hverandre i frykt for å forverre symptomene. I disse første møtene med pasient og familie benytter vi oss også av eksternalisering som metode, som innebærer å skille symptomene fra personene. Dette har vi opplevd positivt fordi det bidrar til å kunne mobilisere en motkraft i familien som er rettet mot AN mer enn at den er rettet mot individet (White 2009). Dette perspektivet er også med på å redusere skyld og skam som ofte preger både pasienten og familien.

Det er igjennom disse erfaringene vi har sett at familien er en verdifull ressurs i behandlingen, ikke bare hos barn og ungdom, men også hos voksne ”barn” med AN.

Vår erfaring er, i dette arbeidet med voksne pasienter, at familiens ressurser av ulike grunner alt for sjelden blir anvendt i en voksenpsykiatrisk praksis.

## 1.2 Vår egen forforståelse

Vi har begge bakgrunn som familierapeuter, slik at den systemiske grunnforståelsen er integrert i vårt behandlingsperspektiv.

Samtidig jobber vi i et fagfelt hvor det lineære tankegods er godt forankret, noe som både preger og påvirker oss i vårt daglige virke. Det innebærer at vårt daglige arbeid er dominert av en diagnostisk medisinsk kultur som vi også må ta hensyn til.

Det å ha et langt studie bak seg i en positivistisk forskningstradisjon med et lineært tankesett og ideologi har også vært en utfordring for oss begge. Til tross for at vi begge har lang erfaring i å jobbe og tenke systemisk har dette gjort at vi begge har måtte bruke mer tid og arbeide på å sette oss inn i den fenomenologiske hermeneutiske forskningstradisjon og tankesett, hvor eget bidrag inn i forskningen er en viktig del (Anderson 2003).

Vi har i vår studie i tråd med Malterud (2003) hele tiden forsøkt å ta stilling til betydning av egen posisjon og rolle og forsøkt å ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse slik at vi best mulig kan gjenfortelle terapeutenes versjon uten å legge våre egne tolkinger som fasit. (Malterud 2003).

## 1.3 Presentasjon av problemstilling

Problemstilling vi har valgt å ta utgangspunkt i er:

*Terapeuters erfaringer, holdninger og perspektiv på å inkludere familien ved behandling av Anorexia Nervosa i voksenpsykiatrien*

Familiebegrepet, slik vi anvender det, innbefatter ikke bare kjernefamilien, uten også signifikante andre som har en nær emosjonell betydning i individets liv. Den som pasienten selv ser som sin familie.

Begrepet holdninger omfatter oppfatninger, meninger og evaluering som terapeutene gjør og har gjort når det gjelder å inkludere familien inn i behandling.

Perspektiver definerer vi som forklaringsmodeller som ligger til grunn for terapeutenes arbeid. Vi har også i vår utvelgelse av informanter søkt etter terapeuter som har erfaring å jobbe med pasienter med AN. Familier vi har samarbeidet med i behandlingen har som nevnt tidligere gitt oss innsikt i hvor sterkt og destruktivt de anorektiske symptomene rammer alle



de involverte i familien. Pasientene må som oftest motiveres for behandling, hvilket er en tålmodighetskrevede prosess som innebærer spesifikk kunnskap og stor utholdenhet. Samtidig kjemper ofte foreldrene en forgjeves kamp for å overbevise og overtale pasienten til å normalisere sitt spisemønster og sin vekt. Vi som behandlere opplever at disse pasientene sitter svært fast i sine mønstre, der symptomer får den største råderetten over deres liv. AN definerer og bestemmer. I dette inngår også familien. De blir i denne kampen som vi gjerne beskriver som et gisseltilstand i AN sitt diktatur, et regime som dikterer livsvilkårene for både pasient og familien.

Vi har derfor et sterkt ønske å undersøke mulighetene og beredskapen for å implementere det perspektiv og de erfaringer vi har utviklet i arbeidet med pasienter med AN og deres familier. Et perspektiv hvor familien sees på som en viktig ressurs og deltager i helbredelsesprosessen. Når vi møter familiene er ofte medlemmene gjennomgående preget av skam, skyld, hjelpeløshet og ikke minst utbrenthet, ofte tilskriver de AN til egen mislykkethet. Hva har de gjort feil?

Vi har også erfart at symptomenes sterkt livstruende karakter ofte både opprettholder og forsterker, ikke bare familiens stressituasjon, men i mange sammenhenger også terapeutenes. Som vi har lært oss gjennom det samarbeidet vi har hatt med pasientene og familiene går det an å utvikle familiens engasjement på et konstruktivt måte, som i sin tur genererer viktige elementer i familien og individets kamp mot AN.

AN har alvorlige konsekvenser, så vel ved den fysiske som den psykologiske funksjonen hos pasienten. Konsekvensen av å ha en vedvarende lav kroppsvekt fører ofte til medisinske komplikasjoner som innebærer hjertearytmier, elektrolyttforstyrrelser, cerebral atrofia, redusert benmasse og hjertemuskelnedbrytning (Ringskog 1999).

Når det gjelder de psykologiske funksjoner innebærer dette en nedsatt oppmerksomhet, økt devaluering av seg selv, redusert hukommelse og vurderingsevne (Russel 1995).

Dette er psykologiske funksjoner som vil også ha konsekvenser for samspillet med familien. De emosjonelle konsekvensene er økt angst, depresjon, dødsønsker, tvang, rigid tenkning og atferd (Ibid). Det er også risiko for en for tidlig død, opp til 6 prosent dødelighet innenfor 10 års sykdomsperiode. Og, som tidligere nevnt har denne lidelsen den høyeste dødelighet av alle psykiatriske sykdommer (Sullivan1995).

Som regel utvikles symptomene i tenårene med en stor risiko for å bli kronifisert inn i voksen alder (Dare, m.fl.). Det innebærer at mange av de pasienter som vi møter i voksenpsykiatrien har utviklet sine symptomer og livsmønster gjennom flere år.

Til tross for de mange studier som viser til det å inkludere familien i behandling både er konstruktiv og effektiv for helbredelse, er den som tidligere nevnt forunderlig lite anvendt i voksenpsykiatrisk poliklinisk behandling.

I vår undersøkelse ønsket vi å få kunnskap om hva ulike behandlere ved ulike DPS som jobbet med personer over 18 år med AN, har av erfaringer, perspektiver og holdninger med hensyn til å inkludere familien i behandlingen. Vi ønsket også å utforske om det finnes eventuelle barrierer eller motstand mot involvering av familien i de samme behandlingsinstitusjoner.

Ut i fra det tema som vi ønsket å undersøke kan det stilles mange spørsmål. For å belyse vår problemstilling, utarbeidet vi en intervjuguide med spørsmål i den hensikt å få svar på terapeutenes egne opplevelser i arbeidet med AN og eventuelt inkludering av familier.

## **2 Teorier og forskning som har inspirert til undersøkelsen**

I dette kapittel vil vi gi en oversikt over teoriene som vi har valgt for å belyse og drøfte de resultatene som kom frem i vår studie.

Vi har i tillegg valgt å benytte oss av kommunikasjonsteori samt tilknytningsteori, begrunnet ut i fra den betydning relasjonen og kommunikasjon har mellom terapeutene og de ulike involverte i behandlingen av pasienter med AN.

Vi har også tatt med resiliens som et godt begrep for å beskriver prosessene med å komme seg igjennom vanskelige perioder og livskriser (Kvillo 2007). Gjennom den transteoretiske modellen har vi belyst motivasjons prosessens ulike stadier i behandlingen av pasienter med AN.

Vår beskrivelse av terapeutrollen og maktbegrepet er gjort i den hensikt å synliggjøre terapeutens dilemma som ekspert, og hva dette innebærer for samarbeidet med familien. Vi har i den forbindelse også med beskrivelse av både Narrativ og Språksystemisk teori.

### **2.1 Systemteori**

Mastergradsoppgaven er en del av et studium i systemisk forståelse og familierapi og er derfor et sentralt teoretisk utgangspunkt for denne oppgaven. Generell systemteori ble utviklet av den Østeriske biologen Ludvig von Bertalanffy på 1940 tallet, og bygger på naturvitenskapens og fysikkens kybernetikk som ble utviklet av Norbert Weiner (Jensen 2009).

Teorien fikk innflytelse innen flere vitenskapsområder, også gjennom biologen Gregory Bateson, som har gitt teorien stor innflytelse i forståelsen av kommunikasjon og mellommenneskelige prosesser (ibid). I følge teorien er de essensielle egenskaper ved en organisme eller et levende system, at helheten ved organismen eller det levende systemet er mer enn delene. Et system kan bestå av en gruppe, et menneske eller en familie. At helheten er større en delene forklares gjennom den interaksjon og relasjon som finner sted mellom delene. Det innebærer at et familiesystem blir sett på som mer en bare en gruppe individer og i familierapien betydde dette at en skulle fokusere på interaksjonen mellom individet, i stedet for som tidligere, egenskaper ved individet. Et hvert system inngår også i et

suprasystem (Ibid), slik at familiesystemet er også en del av samfunnets, kulturen og det politiske system.

Systemteorien har vært sentral i familierapien og bygger på ideen om at enhver påvirkning på en deltaker i et sosialt samspill vil få konsekvenser for alle som deltar (Ibid).

## **2.2 Kommunikasjons teori**

For den engelskfødte antropologen og etnologen Gregory Bateson ble systemteori utviklet for å skape en ny forståelse for kommunikasjon mellom mennesker (Jensen 2009).

Kommunikasjon er mye mer enn ord, det het seg at enhver handling, eller et hvert fravær av handling hadde en betydning i en interpersonell kontekst ( Dallos & Draper 2007) Slik kan alt vi gjør forstås som kommunikasjon (Jensen 2009).

For eksempel kommuniserer terapeuten, gjennom måten å organisere sitt arbeid på, hva han eller hun synes er viktig for pasienten. Pasienten i sin tur svarer på dette gjennom en bekræftelse eller avvisning. Som i sin tur påvirker terapeuten i sin holdning og forståelse. Dette beskrives som en sirkulær prosess, der samspillet mellom terapeut og pasient påvirker de begge. Enhver handling betraktes som en reaksjon og enhver reaksjon som en handling. Begrepet sirkularitet ble utviklet av den amerikanske familierapeuten Paul Watzlawick i 1967 for å beskrive disse repetitive reaksjonsmønstre, noe som den gang representerte noe fundamentalt nytt sammenlignet med hvordan en tidligere hadde forklart relasjonelle vanskeligheter, hvor fokus hadde ligget på ”hvem begynte” (Dallos & Draper 2007). I kommunikasjon teorien er det informasjonen vi forholder oss til og ikke ting eller materie. Bateson mente vi lever i en verden av ideer vi har om fenomener (Jensen 2009).

Et fenomen forblir uforklarlig så lenge ikke observasjonsområdet er tilstrekkelig vidstrakt til å omfatte den sammenheng fenomenet inntreffer i (Ibid). Dette innebærer i vår studie at det blir vesentlig å se på den organisasjon som terapien utøves i, i vårt tilfelle en voksen psykiatrisk poliklinikk. Dette fordi den terapeutisk kultur og det språk som utøves i psykiatrien vil ha konsekvenser for både pasienten, familien og terapeuten.

Det gjelder i forhold til hvordan en ser på lidelse, problem, og muligheter til løsning eller endring noe som beskrives innenfor det psykiatriske språk, som behandling.

Konteksten er knyttet til vår forforståelse og tolkning over hvordan et problem skal løses.

Bateson (1972) framhever at konteksten utgjør psykologiske forståelsesrammer. Han mener også at de fleste feiler ved å forveksle ideer om virkeligheten med virkeligheten. I følge Bateson rammer vi inn fenomener i en forforstått kontekst, tolker og gir mening til det vi observerer, og det vi er en del av (Ibid). Vi mennesker er meningsøkende og meningskapende. Vi kommuniserer med utgangspunkt i vår egen forståelse av fenomenet eller situasjoner, på bakgrunn av hvordan vi observerer, reagerer, og rammer inn den informasjon som når oss (Ibid).

Bateson kaller informasjonen en forskjell som gjør en forskjell, med dette mener han at informasjon oppstår i relasjon i det noen reagerer på forskjellen. I følge Bateson kan ikke kommunikasjons forståelse uavhengig av relasjon eller kontekst (Ibid).

### **2.3 Sterns teori om selvutvikling**

Spedbarns forsker og psykoanalytiker Daniel Stern har formulert en utviklingsteori hvor selvopplevelse er det organiserte prinsippet for utvikling (Jonsen, Sundet og Torsteinsson 2008). Spørsmål om individets plass i systemet, selvbegrepets betydning og forholdet mellom selvet og relasjonen, er i dag mer inkludert og akseptert innenfor familierapi feltet (Ibid). Spedbarnet er allerede fra fødsel i en sosial kommunikasjon med sine omsorgspersoner. Spedbarnet er således en aktiv interaksjons partner i å konstruere sin verden. Dette er noe vi bør huske på i vår tendens til å gi foreldre skyld, at de begge er aktive samspills partnere.

I stedet for å fanges av en medfølelse posisjon hvor en syns synd på pasienten, kan en i stedet utfordre pasienten og utforske muligheter som står i motsetning til det å være et passivt offer for AN (Ibid). Kliniske temaer som avhengighet og kontroll, tillitt og autonomi er ikke knyttet til alders bestemte faser mener Stern, det er derimot sentrale tema fra fødsel av og bearbeides og gjentas ved hver utviklingsfase gjennom hele livet. Dette er livs tema, som også er sentrale i arbeidet med AN. Et skapende av selvet vil alltid være basert på en interaksjon med andre som en står i en emosjonell kontakt med. Selvopplevelsen er noe som vokser fram innenfra, men med den subjektive opplevelse av å være sammen med andre (Ibid). Utvikling av selvet og utvikling av relasjoner er således to sider ved samme sak.

Stern mener at barnet benytter seg av det sosiale miljø til å utvikle selvet og peker på fem ulike selvopplevelser hver med sine spesielle relasjons- og kommunikasjons form.

De fem selvopplevelser delte Stern opp i følgende, fornemmelse av det gryende selvet, fornemmelse av et kjerneselv, fornemmelse av intersubjektivselv, fornemmelse av et verbalt selv, og fornemmelse av det narrative selvet (ibid).

For de tre første er dette en førspråkelig kommunikasjons form, for de to siste en verbal eller narrativ form, som også kan beskrives som den affektive og narrative dialogen.

Ved AN har den affektive kommunikasjon formen tilstivnet og har ikke funnet sin uttrykksform. Det er her sentralt i samarbeidet mellom familiemedlemmene, pasienten og terapeuten for å få i gang den affektive utviklingen igjen (Ibid).

Affektiv inntoning er sentralt i betydningen av å forstå hverandre, det ligner empati gjennom at det forutsetter en emosjonell resonans. Affektiv inntoning er en nonverbal formidling av det å forstå barnet indre opplevelse (ibid). Slik at barnet får en indre opplevelser av å bli sett og bekreftet. I nære relasjoner blir affektiv inntoning sentralt i kontakten mellom barnet og deres omsorgsgiver mener Stern. Mellom terapeuten, pasienten og hennes familien er det også viktig med en affektiv inntoning, dette for å få i gang en låst selvutvikling hos pasienter med AN. Dette skjer gjennom en regulering, modulering, deling og integrering av følelser hos alle som er med i terapirommet.

Forfatterne mener Stern har bidratt til en teoretisk sammenheng mellom sosialt samspill og intrapsykisk utvikling og muliggjort en kobling mellom tilknytnings teori, utviklingsteori og systemisk familie terapi (Ibid).

## **2.4 Familieresiliens og familieomsorgspyramiden**

### **2.4.1 Familieresiliens**

Resiliens er også en viktig begrep for oss, et begrep som innebærer positive utfall, tilpasning, eller at en, når, utviklingsmessige milepæler, til tross for at en har opplevd betydelige risikofaktorer, motgang eller alvorlig stress (Fonagy 1994).

De siste femten år har en i økende grad vektlagt den systemisk betydning for individets utvikling og dermed en bevegelse over til systemteoretiske studier og forklaringer av forskning funn.

Spesielt foreldrene, men familien generelt har en sterk påvirkning på individets utvikling og et betydelig antall beskyttelsesfaktorer fines derfor i familien (Rutter 2006).

Eksempel på beskyttelse faktorer kan være så som god livskompetanse hos pårørende, foreldre med trygg tilknytningsstil, foreldre med godt selvbilde og god emosjonell regulering. Flere omsorgspersoner er nevnt som viktige, foreldre som er som oftest integrert i kulturen i samfunnet. Foreldre som har en klar normativ struktur og tydelige regler hjemme er betydningsfullt, samt et godt og støttende søskenforhold (Kvillo 2007).

De siste decennier har det også blitt mer fokusert på samarbeid med familier, i den oppfatning å bygge på deres styrke og ressurser istedenfor som tidligere, hvor en var innrettet på mer å beskrive familiens dysfunksjonelle mønster og dermed patologisere familien (Rutter 2006).

Familieresiliens er således oppstått som et begrep, og har vært med på å forme et nytt perspektiv på hvordan en kan jobbe med familier med alvorlig psykisk lidelse (Ibid). Familieresiliens innebærer å sikre vedvarende kapasitet i familien til å oppnå deres mål, selv under motgang, slik at familien bedre kan gi en støttende kontakt for dets medlemmer. Dette perspektiv er også et viktig utgangspunkt vår vårt arbeid og bakgrunn for vår oppgave. Helsedirektoratet har også utarbeidet Nasjonale retningslinjer for behandling av psykisk syke hvor en sterkt anbefaler å inkludere familien i et partnerskap som ligger til grunn for behandlingen (Helsedirektoratet 2008)

#### **2.4.2 Familieomsorgspyramiden**

Yasaman Mottaghipour er professor i psykologi ved universitetet i Teheran, Iran og har i flere år vært en svært sentral person i utvikling av kunnskapsbasert familiearbeid. Mottaghipour har i en artikkel med Annemaree Bickerton (2005) beskrevet det de kaller ”familieomsorgspyramiden” (vår oversettelse). Denne omsorgspyramide er inspirert av samme konsept som Maslows behovspyramide der det nederste basale trinnet må tilfredsstilles innen en beveger seg opp til neste trinn. Men det er, i denne pyramiden i det nederste nivå lagt vekt på familiens grunnleggende behov for informasjon om sykdommen, samt en orientering om hva som kan tilbys av behandling. Pyramiden er utviklet for kunne være en veiledning for terapeuter. Den har fokus på og kunne hjelpe til med å identifisere og løfte fram familiens ulike behov og ressurser, for bedre å håndtere psykisk sykdom hos voksne. Denne familieomsorgspyramiden ser vi også kan implementeres når det gjelder voksne med AN og deres familier. Den er i overensstemmelse med de behov som vi fått

kunnskap om gjennom de mange familier vi har møtt i vårt arbeide. Og den vil med sitt perspektiv også kunne gi åpning for både en kunnskapsformidling om AN sine ytringer i tillegg til å gi støtte til familiens resiliens i ulike trinn. Det øverste nivå i denne familieomsorgspyramide vil representere et mer komplekst behov for intervensjoner slik som intensiv familierapi (Mottaghipour, Bickerton 2005).

Dette er således en forståelsesmodell over hvordan psykiatriske terapeuter trinnvis involverer familien som samarbeidspartner i behandlingen. Vi har brukt denne pyramide både i vårt kliniske arbeide. Familieomsorgspyramiden består av fem nivåer, der det grunnleggende nivå er som nevnt, å utforske familiens behov, skape en trygg kontakt i tillegg til å utforske familiens vanskeligheter og ressurser. Alt i den hensikt å bygge opp en tillitsfull relasjon. I dette stadiet introduserer også terapeuten sin egen bakgrunn og erfaring, og de positive erfaringer en har over tidligere familiemedvirkning. Her ser en det som viktig å poengtere at det ikke er noen enkelt person eller hendelsen som har forårsaket denne tilstand det søkes hjelp for (Ibid).

Hensikten er å redusere den stressfulle og skamfulle opplevelsen av situasjon, familien ofte befinner seg i (Ibid). Her klargjøres også familiens basale behov og tydeliggjøres at terapeuten tar det medisinske ansvar for pasienten. Det siste er viktig, da den somatiske tilstanden kan være svært alvorlig, noe som fører til bekymring rundt liv og helse for de som står nær.

I nivå to så vil sykdommens ytringer, som i dette tilfelle handler om mat og fysisk aktivitet og ulike komplikasjoner av tilstanden, bli fokusert (Ibid).

I nivå tre er det familien og samspillet i familien rundt sykdommen som blir vesentlig.

Der en løfter frem familiens egne mestringsstrategier i den hensikt å styrke familiens resiliens.

Om disse tre nivåer ikke er tilstrekkelig i forhold til å redusere familiens stress, og det heller ikke er noen fremgang i familiens utvikling, med hensyn til å håndtere AN, blir nivå fire introdusert. Der er fokuset rettet mot familiens samspill, måter å kommunisere på og organisere seg, i forsøk på å gjøre familien bedre rustet i sin krisehåndtering.

Først på det øverste nivå fem blir familierapi mer sentralt gjennom å samarbeide med familien med fokus på deres spesifikke uttalte behov. For eksempel å endre låste



konfliktmønstre. Det er således, i det siste nivået, viktig at terapeuten besitter familierapeutisk kompetanse og verktøy.

Flere kvalitative studier er gjort over familiers perspektiv på familiearbeidet som en del i behandlingen av AN. Disse studiene peker på at familien har sett det som positivt å være med i behandling, og at en har hatt en god utvikling og prognose for hele familien, ved at familien ressurser kommer til anvendelse. Dette gjelder frem for alt hvor tilstanden AN har vært til stede i 3 år eller kortere (Fisher m.fl. 2004).

## **2.5 Den transteoretiske modellen**

Modellen ble utviklet på 1980 tallet av to psykologer, James Prochaska og Carlo DiClemento (1983). Modellen ble opprinnelig utviklet for behandling av avhengighetsatferd, men har også blitt tillempet for behandling pasienter med AN i motivasjonsprosessen (Treasure, Schmidt 2001). Modellen er laget i det som psykologene oppfatter er stadier, som beskriver prosessene som mennesker gjennomgår når de ønsker å endre en atferd. Den foreslår ulike mål for behandling for hvert av de fem stadier. Det første stadiet benevnes som prekontemplering/føroverveieelsesfasen. Personen har her ingen intensjon om å endre problematferden i den nærmeste fremtid. Personen definerer ikke sin atferd som et problem. Noen ganger kan personen på dette stadiet søke hjelp men det er som oftest kun hvis de blir presset av familien eller andre rundt seg (Ibid). Det er i følge Treasure ca. 20 prosent av AN pasienter som befinner seg på dette stadiet (Ibid). Stadiet to er kontemplering/overveieelsesfasen, på dette stadiet er personen klar over at den har et problem og vurderer å endre atferden. Det tas imidlertid ingen klare avgjørelser og det gjøres heller ingen planering på dette stadiet. I dette stadiet veier man det negative mot det positive og forsøker å finne positive aspekter ved problematferden for å unngå å endre atferd.

I følge Treasure befinner seg ca. 30 prosent av pasientene i dette stadium når de søker hjelp. Stadium tre som en kaller for forberedelse/ forberedelsesfasen (Ibid). Her har personen bestemt seg for å endre sin atferd, men har ennå ikke begynt. Noen personer utsetter dette på grunn av tidligere erfaringer med å mislykkes. På dette stadiet fokuseres det på planlegning, når, hva og hvordan. Stadium fire er handlingsfasen. Her gjør personen en aktiv innsats for å endre atferden. Dette er den mest kritisk fasen, fordi det kreves mye energi og tålmodighet for

å endre en atferd. Den siste stadiet, fem, som kalles opprettholdelse/vedlikeholdsfasen, her fokuserer det på, å konsolidere endringer og unngå tilbakefall (Ibid).

Forskningen viser at personer med AN beveger seg fram og tilbake mellom de ulike stadium, når de forsøker å endre sin skadelige atferd (Ibid ).Tidlig i behandlingsforløpet formidler mange av pasientene at de ikke opplever AN som noe stort problem. Andre formidler bare at de ikke ønsker å gjøre noe med sin AN. De befinner seg slik i det første stadiet. I denne fasen er det derfor vanskelig å etablere en konstruktiv dialog om hva en skal gjøre med AN. Senere i behandlingen vil ofte pasienter med AN vanligvis komme til den konklusjonen at AN er et reelt problem for dem. Når pasienten har identifisert AN som et problem er det mye lettere å diskutere hvordan en kan håndtere problemet. I neste stadiet arbeider pasienten nå mer aktiv for å løse problemet. I det siste stadiet arbeider pasienten for å unngå tilbakefall.

## **2.6 Narrativ praksis**

Michael White var familierapeut og sosialarbeider fra Australia. Han døde brått og i for tidlig i 2007. Han var en av de mest fremtredende pioneren for det som er kjent som narrativ terapi. Sentralt i narrativ terapi står begrepet eksterialisering, det at en ikke ser personene eller familien i seg selv som problemet, men at det er ”problemet som er problemet”. Man ser på problemet som noe som lever sitt eget liv uavhengig av folks vilje (Lundby 2008). Gjennom dette perspektivet kan en sammen med pasienten og familien få en allianse som kan brukes i til å stå i mot AN. Det er også vår erfaring at pasienten lettere tar til seg dette perspektivet og kan snakke mer åpent om hvordan AN ytrer seg, hvordan den snakker og bestemmer i deres liv. Dette gjør også at både pasienten og familien blir lettet fra skyldfølelse, og kan i større grad sammen utforske konstruktive muligheter for å bekjempe AN.

Eksterialisering kan være med på å øke motivasjon og holdninger til kamp mot AN. White var også opptatt av at pasienten er ekspert på eget liv, og den som selv skal gjøre endringen. Dette gjennom det White kaller et motspråk og en kartlegging av effekt. Modellen er således opptatt av folks ressurser og styrke, samt finne alternative historier til problemet. I dette ligger det en aktiv søking etter unntak til problemhistorien. White var også inspirert av den sosialkonstruksjonistiske familierapeutiske bevegelse hvor en er opptatt av mening og maktaspektet (Lundby 2008).

## **2.7 Den språkssystemisk tilnærmingen**

Etter hvert ble språket og konversasjon mer i sentrum, og sosialkonstruktivisme utvikles som en reaksjon på at konstruksjonismen ikke tar inn at mening skapes i felleskap med andre. Kennet Gergen er en viktig bidragsyter til denne retningen, som legger vekt på at mening skapes i språket. Måter vi forstår verden på, ifølge denne retningen, er skapt og opprettholdt av sosiale prosesser, og alt som vi anser som virkelighet, sannhet, verdifullt og rasjonelt oppstår ut i fra relasjoner ( Gergen og Gergen 2005).

Harlene Anderson og avdøde Harry Goolishian var to frontfigurer som sto for utvikling av en mer genuin dialog, hvor respekten og gjensidighet med en samarbeidsorientert terapi og med en streben mot muligheter sto sentralt (Hårtveit og Jensen 2004).

Tom Andersen er også en pioner på feltet som gikk bort alt for tidlig. Andersen og hans team begynte å bruke et reflekterende team i en ny kontekst, i stedet for å sitte bak speilet som tradisjonen hadde vært, åpnet de terapirummet slik at familien fikk høre terapeutenes diskusjon om situasjonen.

Modellen gir en ny måte å organisere en samtale på, slik at deltakerne i løpet av samtalen inntar forskjellige posisjoner; vekslende mellom deltaker og reflekterende posisjon (Hårtveit og Jensen 2004).

Senere samarbeidet Andersen også med den finske psykologen Seikkula med å utvikle nettverksarbeid og reflekterende prosesser, med vekt på meninger og dialog med pasientene og deres familie og nettverk. I stedet for å lete etter årsaker i folk, ble de mer opptatt av hva det som ble sagt og gjort, og hvordan dette hang sammen med situasjonen de var i (Eliassen og Seikkula 2008). Alle har de til felles deres fokus på språk og språkbruk i den terapeutiske virksomhet (Johnsen og Torsteinsson 2012)

## **2.8 Terapeutrollen**

Rundt 1950 vokste det fram en ny tro på vitenskap, og tilegnelse av kunnskap, som skulle gi en nøytral og objektiv beskrivelse av virkeligheten (Hårtveit og Jensen 2004) Familien var å anse som et komplisert fysisk system, og terapeuten ble ansett som vitenskapens representant og som en ekspert som kunne avsløre de lover som styrte dette systemet. Dette innbar å sette diagnoser og administrere de tiltak som skulle få familiesystemet til å fungere igjen (ibid)

I det som er beskrevet av Hårtveit og Jensen (2004) som den første bølgen i familierapifeltet, rådet det også en kaotisk og forvirende periode med flere pionerer som skapte seg egne tradisjoner innenfor familierapien. Hvor de også hadde en klar rolle som eksperter og var de som skulle skape en forandring i familiesystemet (Ibid). I spissen for dette sto blant annet Salvador Minuchin med sin strukturelle metode. Som ut i fra normative vurderinger skulle endre dysfunksjonelle interaksjonsmønstre i familien (Ibid). Selvini Palazzoli la vekt på lederskapsproblemer, og betraktet familiens samspillsmønstre som låst i en paradoksal kommunikasjon. Her var det også terapeuten som var ekspert som både skulle forstå hva problemet til familien bestod av og samtidig skulle finne løsninger for familien. Familierapifeltet omfavnet senere også konstruktivismen, omtalt som ”den andre bølgen” av Hårtveit og Jensen (2004) fra en filosofisk retning, som går ut fra at ”realiteten” er en mental konstruksjon, skapt av den enkelte observatør. Forståelsen dannes ikke objektiv, men subjektiv ut fra observatørens utgangspunkt og forestillinger (Ibid).

Vedeler (2011) betoner at terapeuten til tross for sin ekspertrolle ikke forstår fullt ut det unike ved den pasienten, og den familien en møter. I prinsippet vet man derfor aldri hvor veien går, og ikke engang hva målet er, mer enn i generelle termer. Utfordringen blir da å ikke la sin ekspertkompetanse overskygge pasientens og familiens kunnskap, men gjennom å innta en posisjon som Vedeler benevner som ”vennlig nysgjerrighet”. Slik kan man i større grad få familiens forståelse og kompetanse til å tre fram. Bare da kan det spesielle komme i fokus for et terapeutisk samarbeid (Ibid).

Terapiens mål er således ikke å endre noe i en bestemt retning, men å muliggjøre rom for endring. Terapeutens vurderinger blir dermed verken mer sann eller gyldig enn klientens vurderinger (Hårtveit og Jensen 2004).

Terapeutens rolle ble dermed å utforske klienten med interesse, åpenhet og nysgjerrighet. Klientens opplevde verden gjennom en dialog om historier og ny fortelling av disse (Hårtveit og Jensen 2004). At problemene ikke skal løses, men oppløses når en snakker om dem på en annen måte (Anderson 2003).

## 2.9 Maktbegrepet

I følge den franske filosofen Foucault er makt og kontroll noe som alltid er tilstede i alle sosiale sammenhenger, og at i enhver tosidig relasjon vil det foregå en maktposisjonering. Dette i motsetning til Bateson sitt syn på makt, som en lineær ide og derfor skadelig (Lundby 1998).

Foucault var også opptatt av forbindelsen mellom makt og kunnskap som han mente hang tett sammen. En kan ikke tenke seg makt uten kunnskap og heller ikke kunnskap uten makt (Ibid). Anderson og Goolishian var opptatt av at den hierarkiske relasjon mellom terapeut og klient kunne virke ødeleggende for terapien, og la perspektivet på makt til grunn for sin ikke vitende posisjon i de terapeutiske samtaler (Hårtveit og Jensen 2004).

Per Jensen har i sin doktoravhandling (Jensen 2008) tatt inn maktaspektet med hjelp av Foucault sin beskrivelse av makt som relasjonell. Han beskriver den symmetriske relasjonen der terapeut og klient møtes som likeverdige personer, og der terapeutens personlige og private erfaringer spiller en rolle. Jensen benytter seg av begrepet resonans til å beskrive denne relasjon. Det andre nivået i relasjonen er komplementær, der klienten kommer for å få hjelp av sin terapeut som er tildelt en makt, av et større samfunnssystem.

Vår egen erfaring fra voksenpsykiatrien, som jo nettopp er tildelt denne type makt, og som er som vi ser det en del av et større samfunnssystem. Der opplever vi ofte nettopp denne forventingen og holdningen, at vi som terapeuter sitter med lønningen. Vi har også den erfaring at pasienten eller klienten i første omgang har hatt et ønske om å komme til overlegen eller psykologspesialisten i stedet for til den kliniske sosionomen eller psykiatriske sykepleier, som står lengre ned i helsevesenets makthierarkiet. Dette tolker vi som et uttrykk for pasientenes forventinger om hvem som best kan løse deres problem. Samtidig sitter også spesialistene i våre team og har det avgjørende ord om hva som rett diagnose og hvilken behandling som er best.

Per Jensen har utviklet et begrep som han kaller terapeutisk kolonisering, som innebærer at terapeutens personlige verdi og bakgrunn kan prege terapien slik at den reduserer muligheten for gjensidig kommunikasjon. Samtidig reduserer klientens mulighet til å snakke om det som for klienten oppleves som vesentlig. Denne kolonisering kan også i mange tilfeller være ubevisst hos både terapeut og klient.

## **2.10 Relevant forskning**

Vi har valgt å gi en grundig innføring i en del foreliggende forskning på AN. Dette fordi vi synes denne forskningen bidrar med viktig kunnskap. En kunnskap som vi mener er nødvendig for å få en dypere forståelse over hvor kompleks denne tilstanden er. Og på hvilken måte den medfører konsekvenser innenfor et bredt spektrum av psykologiske, medisinske, sosiale og biologiske områder.

### **2.10.1 Anorexia Nervosa AN**

Anorexia Nervosa er en alvorlig psykisk lidelse som utmerker seg av en vegring mot å opprettholde en sunn kroppsvekt kombinert med et forvrengt kroppsbilde som innebærer en intens frykt for å gå opp i vekt (Skårderud 2000). Denne lidelse er ofte ledsaget av andre lidelser som depresjon, angstlidelser og tvangslidelser. AN har hatt mange forklaringsmodeller igjennom historien, så som for eksempel individualpsykologisk, biologiske, ut i fra familiefaktorer og sosiokulturelt. AN debuterer ofte i tenårene, og epidemiologiske studier viser at insidensen (antall nye som får diagnose pr år) er i vestlige verden mellom 10 og 40 nye rammede per 100.000 kvinner pr år (Jacoby m.fl. 2004). Det gjelder hovedsakelig kvinner, men en regner med at ca. 10 prosent av alle som blir rammet er menn (Ibid). Det er usikkert om insidens tallene for AN har økt i det vestlige samfunn, selv om det kan se ut som at det er en økning blant yngre jenter . Når det gjelder forekomsten av AN, finnes det også en tendens å ikke søke profesjonell hjelp (Treasure, Claudiono & Zucker 2010).

Den mest potente risiko for å bli rammet av AN er å være jente (Ibid). Hovedtrekkene i studier vedrørende spesifikke årsakssammenheng, kan beskrives som at det finnes en individuell sårbarhet, der ulike faktorer har betydning ved ulike tidspunkt og som kan være predisponert utløsende og opprettholdende for lidelsen (Skårderud 2000).

Gjennom å se på årsaken til AN som et kompleks samspill av ulike faktorer, som en individuell sårbarhet, og som utløses av ytre stresspåvirkning, blir det mulig å forstå AN sin oppkomst, utvikling og opprettholdelse (Ibid).

Behandling av AN har utviklet seg til en forståelse av at lidelsen er multidimensjonalt, det vil si at tilstanden påvirker så vel kroppen, mentale funksjoner og sosialt samspill. Og det er i dag etablert en internasjonal multifaktoriant konsensus innenfor AN-behandlingen (Ibid).

I Norge finnes det veiledende retningslinjer for utredning og behandling av AN (Nasjonale retningslinjer 2000)

Sammenfattet kan en beskrive hovedtrekkene i studier og teoretiske forklaringsmodeller, med ulike risikofaktorer ut i fra genetiske forhold, biologiske faktorer, familie og gruppefaktorer, sosiokulturelle forhold, interpersonelle vansker med individual psykologisk og atferdsmessig problematikk, personlighetstrekk og personlighetsforstyrrelser samt traumatiserende livshendelser. AN utvikles dessuten hyppigst under tenårene med høyest insidens mellom 10 og 19 år (Hoek & Hoecken 2003).

Og til tross for at AN er relativt uvanlig, krever lidelsen mye ressurser innenfor helsevesenet på grunn av det langvarige behandlingsforløp og alvorlige karakter (Ibid)

AN assosieres til de mest risikofylte medisinske forløp ved psykisk sykdom, som også nedsetter alle livsfunksjoner og som derfor vanskeliggjør delaktighet i utdanning og yrkesliv (Treasure & Smith 2011).

Det finnes studier som viser at et tilbakefall i sykdommen er svært vanlig, opp til 50 prosent, og opp til 40 prosent av pasientene legges inn på sykehus, minst en gang (Jacoby m.fl. 2004) Mortaliteten innen ti års periode synes å minske, men er fortsatt på 6 prosent og utgjør den alvorligste formen av psykisk sykdom (Ibid)

Tilfriskningen av sykdommen minsker jo lengere tid en har vært syk, med økt risiko for medisinske konsekvenser, i form av psykiske vansker og dødsfall (Treasure & Szmulker 1995). En gjennomgang av flere studier viser at mellom 3 til 20 prosent av pasienter med AN har hatt suicidale ønsker (Unikel m.fl. 2012)

### **2.10.2 Symptombilde ved AN**

Hoved symptomet ved AN er spisevegring som fører til en vektnedgang med Body Mass Index (vekten/ igjennom lengde x2) under 18,5. Psykisk er man okkupert av fobiske tanker om mat og vekt, som en følge av lav selvfølelse. Vurderinger om sitt eget verdi er avhengig av ens kroppskontroll og fører til at en sulter seg. ( DSM 5 2013)

Personer som rammes mangler ofte sykdomsinnsikt ( Russell 1995). Den sentrale psykopatologien er sentrert rundt at en har en morbid redsel for vektoppgang og forvrengt kroppsoppfatning av kroppens størrelse og vekt, med sterke følelser rundt det å oppleve seg som fet. Dette fører til en vegring mot å opprettholde en normal vekt i forhold til alder og kroppshøyde, og behandling av selve sulten er også nødvendig for å kunne bryte tilstanden, det vil si økt kaloriinntak frivillig eller ufrivillig. Om tilstanden er så kritisk at det står om liv, kan tvangsforing bli nødvendig.

Biologisk og psykologisk fører sulten til at en kompenser for matinntak med fysisk og psykisk overaktivitet. Ulike destruktive atferdsmønstre oppstår rundt mat, forvrengte tankekonstruksjoner med fiksering rundt lavkalorikost og vegring mot å spise normale måltider.

Den restriktive spisingen kan også føre til periode med overspising med etterfølgende brekninger for å håndtere angsten når hungeren blir for stor.

Symptomene forsterkes også som en direkte følge av sulttilstanden, noe som igjen fører til alvorlige fysiologiske endringer og noen ganger livsfarlige tilstander (Treasure m.fl. 1995)

Det finnes mange studier som viser komorbiditet -/samsykelighet med andre psykiatriske tilstander (Jacoby 2004) Samsykeligheten vanskeliggjør ofte tilfriskningen, og behandlingen bør derfor tilpasses individuelt til den spesifikke sykdom som opptrer samtidig.

Det finnes opplysninger om prevalens for depresjoner opptil 74 prosent( Pearlstein 2002) Depresjonssymptomene minsker ofte i sammenheng med vektoppgang og i flere studier har en ikke kunnet påvise depresjonens betydning for behandlings utfallet ( Szmukler m .fl 1995).

Det finnes også en høyere representasjon av tvang (OCD) og angstproblematikk som panikk angst, generalisert angst og ulike fobiske følelser, framfor alt sosial fobi, enn i andre grupper av pasienter ( Pearlstein 2002). Forekomsten av OCD er mer representert ved lang sykdomsforløp hos den anorektiske pasienten (Milos m.fl. 2002).

AN pasienter viser seg ofte å ha tvangsmessige og perfektjonistiske personlighetstrekk ( Treasure m.fl. 1995)



Hos eldre kvinner som er rammet av AN finnes en høy grad av unnvikende personlighetsforstyrrelser i form av engstelighet, hemninger og med behov for høy kontroll( Lock m.fl. 2001)

Nevropsykiatriske vansker oppgis også hos en femtedel av pasientene (Treasure m.fl. 2010) Pasienter med AN menes å være overrepresentert innenfor autismspektrumforstyrrelser (som Asperger, ADHD) (Ibid). Det blandede bilde av ulike kognitive vansker og interpersonell fungering samtidig med AN er i dag et emne for en intensiv forskning( Ibid).

Trolig kommer framtidige behandlingsformer å påvirkes med hensyn til både biologiske og individuelle forutsetninger i samspill med den sosiale kontekst ( Zucker 2007).

Behandlingen er således kompleks ut i fra et bredt spektrum av de psykiatriske, medisinske og biologiske følger og som krever en tverrfaglig behandling.

### **2.10.3 Anorexia og familien**

Den første kjente beskrivningen av AN er fra 1694, av den engelske hofflegen Ricard Morton. Hans anbefaling for behandling innbar både psykologiske og medisinske aspekter, noe som viser hans psykosomatisk perspektiv på tilstanden. Morton beskrev også miljø og familiepåvirkningen. Han anbefalte ved et tilfelle en pasient til å skifte miljø gjennom å reise fra familien som han beskrev som konstant kaotisk. (Gardner og Garfinkel 1997)

Familiens rolle i behandlingen av AN finnes videre nevnt siden 1800 tallet. Der hovedperspektivet var å separere pasienten fra familien. (Le Grange 1999).

Ut ifra dette ga man budskapet om at det var en form for patologi som lå i foreldrefunksjonen. År 1859 beskrev den franske psykiater Marce tilstanden som et hypokondrisk delirium der han mente symptomene kunne forklares både ut ifra medisinske og psykologisk perspektiv og med påvirkning fra familien. Dette førte til anbefalinger om behandling der familien skulle holdes borte fra pasienten (Garner& Garfinkel 1997).

Det definitive gjennombruddet av beskrivninger av begrepet Anorexia Nervosa kom i tiden 1873 -74 som da ble benevnt som "Anorexie Hysterike" det var den franske legen Lase`gue og engelske legen Gull som ga disse kliniske beskrivelser, Anorexia Nervosa betyr "nervøs appetittmangel". Disse legene betonet fire kjernesymptom, ekstrem avmagring som følge av minsket matinntak, forstoppelse og bortfall av menstruasjon, rastløshet og manglende

sykdomsinnsikt med motstand mot behandling. Også Lase`gue og Gull hadde synpunkter på familiens negative påvirkning på pasienten (Ibid).

Fra 1914 kom et mer biologisk perspektiv på AN. Dette på bakgrunn av en publikasjon av Morris Simmonds. Dette perspektivet fikk en stor betydning om hvordan hypofysære dysfunksjon kan føre til vekttap. Fokuset lå på det endokrine systemet som årsak til AN, dette varte fram til 1930 tallet, deretter kom den psykoanalytiske skolen som kom til å prege både perspektivet og behandling fram til 1960 tallet (Ibid)

Under denne perioden kom påvirkningen av Freuds sine teorier til å prege behandlingen. Det gav et ensidig bilde av familiedynamikken ut i fra analyser om dysfunksjonalitet i relasjon mellom mor og datter (Ibid).

På 1950 tallet skjer et paradigme skifte innenfor psykologisk og psykiatrisk behandling, samtidig også med influenser fra sosiologien og antropologien, med mer systematiske studier i forholdt til familien som kontekst for menneskets utvikling.

Ricardson var en lege fra New York, og er et eksempel, han publiserte et bok som heter ”pasient have families ”1945. Ricardson har der en tilnærming mot en flerfaglig og kybernetisk teoretisk forankring, hvor det er lagt vekt på familiens søken etter likevekt, spesielt i familier med AN. Utgangspunktet var å se familiens organisering rundt sykdommen som en form for tilpasning mot forandring (Ricardson 1945)

#### **2.10.4 Ulike perspektiv på familiens innvirkning av sykdomsutviklingen ved AN**

Fra 1970 tallet, ble det interaksjonsmønstrer som en fant i familien, og som man tenkte opprettholdt tilstanden AN, gitt mer oppmerksomhet.

Hilde Bruch, en amerikansk psykoanalytiker mente at AN er utløst av morens manglende evne til å bekrefte barnets behov i forbindelse med utvikling av barnets autonomi.

Dette i følge Bruch, førte til en forvirring av barnets selvoppfatting. En forstyrret balanse i forhold mor-barn relasjon bygges inn i barnets selvbylde og uttrykkes i AN innenfor tre områder, forvirret kroppsoppfatning, med overdreven følelse av økt kroppsstørrelse, vanskeligheter med å indentifisere egne kroppslige behov, samt en gjennomtrengende følelse av utilregnelighet som fører til en opplevelse av manglende kontroll (Bruch 1973).

Bruch betonet en faktabasert terapimetode der hun undersøker pasientens opplevelse og antagelser fra tidlig i utviklingshistorien og oppover, som igjen har ført til feilaktige slutninger om egen verdi og identitet.

Bruch framhever pasientens egne overbevisninger og antagelser om seg selv, noe som også fått betydning for utvikling av de kognitive behandlingsmodeller som senere har blitt utviklet (Garner og Garfinkel 1997)

Mara Selvini Palazzoli beskriver AN ut i fra et objektrelasjon perspektiv, det innebærer at tilstanden ble forstått som et uttrykk for barnets opplevelse av kroppen, som en del av mor og Jeg-ets ønske om separasjon ( Palazzoli 1974)

Foreldrenes høye krav bygges inn i barnet, til en perfeksjonisme, samtidig som det finnes en rigiditet i familieinteraksjonene. Vanskeligheten med individuasjon/separasjonsprosessen ble også fokusert på av de tyske familierapeutene Stierling og Weber (Eisler 1995).

De mente at familiens organisering rundt den anorektiske jenta gjorde det slik at en selvstendig utvikling for barnet ikke ble mulig. Konsekvensen ble at man så familien som et problem som måtte løses for å kunne fremme utvikling og frigjøring fra AN (Ibid)

Det mest kjente familieperspektivet rundt AN kommer fra Minuchin med kollegaer, der familien til den anorektiske personen beskrives som den ” psykosomatiske familien” (Minuchin, Rosman og Baker 1978).

Ut i fra deres erfaring mente Minuchin at det finnes visse underliggende mekanismer i den ”psykosomatiske familien”, han betoner hierarkier, delsystem og grenser innenfor familien der AN-familien er preget av rigiditet, et innsnevrende, overbeskyttende og konflikt unnvikende mønster, med manglende problemløsende evner (Ibid).

Den anorektiske pasienten får en rolle i den uløste konflikten mellom foreldrene og grensene mellom generasjonene er utydelige. Pasienten kan inngå i koalisjon med en av foreldrene med risiko for en generasjons overskridende triangulering. I denne familiekonteksten risikerer individet som hadde en egen, sårbarhet til å utvikle AN. Fokuset i behandling blir derfor å forandre familiens samspill med hverandre ( Ibid).

De siste 15 årene har flere studier forsøkt å replikere Minuchin beskrivelse av familiesystemet ved AN, men har ikke funnet noe som støtter hans homogene bilde (Roijen 1992). Denne forklaringsmodellen om hvordan interaksjonsmønstre i familien påvirker utvikling av AN, har allikevel hatt stor betydning for den fortsatte utvikling av familierapi behandling (Lock m.fl. 2001)

Med bakgrunn i dette har man antatt at det er viktig at familien er med i terapi, dette for å kunne endre de samspillmønstre som kan utvikles når AN veves inn i familiens måte å forholde seg til hverandre og fungere sammen på. Familierapi er etablert, og har i dag økende empirisk støtte for en konstruktiv tilnærming til behandling av AN (LeGrange & Eisler 2008).

### **2.10.5 Anorexia Nervosa og dagens perspektiv på familiebehandling**

Familierapibehandling av AN har blitt utviklet fra forskjellige retninger innenfor familierapitradisjoner. Det systemiske perspektiv med pionerene Palazzoli, Cechin og Boscolu, det strukturelle perspektiv som frem for alt er presentert av Minuchin og Chareles Fishman, den strategiske retningen, inspirert av Haley og det narrative perspektivet igjennom White og Epston.

Det finnes også en manualisert terapibehandling som er benevnt som Maudslymodellen, denne modell er utviklet ved Maudsly Hospital i London. Det er blitt gjort flere studier, hvor familierapi har blitt sammenlignet med andre terapier for spesifikt å identifisere insitamentet for familierapi (Fisher m.fl. 2010).

Disse studier peker på at familierapien virker mest lovende på behandlingsresultatet ved AN. Dette gjelder fremfor alt de pasientene som har hatt sykdommen mindre enn tre år før behandlingen har startet (Ibid).

Eisler ved Maudsly hospital i London er en av de veiledende talsmenn innfor dagens familierapiretning. Han betoner at familien rundt den anorektiske pasienten bør sees i sin kompleksitet og med et variert spektrum av samspill i de ulike familier (Eisler 2005)

Spiseforstyrrelsen blir en del av familiesystemet i et sirkulært interaksjonsmønster snarere enn at man kan finne et lineært årsaksforhold, der man kan utskille spesielle faktorer i familien som kan være en årsak til tilstanden (ibid).

Eksempel kan pasientens opplevelse av kontroll på egen arena være et substitutt for hennes bristende evne til å utvikle sin selvstendighet, samtidig som hun har overbeskyttende foreldre. Denne sårbarheten i hennes egen atferd vil kunne forsterke foreldrenes overbeskyttende atferd. Den individuelle utvikling forhindres og det sirkulære interaksjonsmønster forsterkes ytterligere.

Sykdomstilstanden og symptomene påvirker familien, uroen rundt sykdommen stabiliserer og reorganiser familien som lever i nuet, ofte uten perspektiv fremover og med vanskeligheter med hensyn til det å møte de ulike individers behov i sitt utviklingsløp (ibid). Følelser av hjelpeløshet og skam rammer familiens mulighet til krisehåndtering, noe som også vanskeliggjør evnen til å potensere de muligheter som ligger i familiens styrker og ressurser.

Det familierapeutiske perspektivet tar utgangspunkt i forståelsen av familiesamspillet rundt selve spiseforstyrrelsen, og hvordan man responder i forsøk på å være hjelpsom, en hjelp som i mange tilfeller kun bidrar til et mønster som opprettholder symptomene.

Terapeuten har da her en aktiv rolle i arbeide med kommunikasjonsmønster, samspill og organisering rundt sykdommen for å skape håp om endring. Familien får mulighet til å utvikle sine familierelasjoner, og ungdommens mulighet til autonomi styrkes (Treasure m.fl. 2010).

#### **2.10.6 Tidligere forskning på terapeuters opplevelse av inkludering av familien ved behandling av AN**

Når det gjelder studier av terapeutisk arbeid med voksne med psykiske lidelser og deres familier, finnes det i dag en del studier, men få studier av terapeuters opplevelse av å arbeide med voksne med AN. De fleste studiene er mer innrettet på psykoselidelser.

Disse studier viser dog at implementering av familien har vært effektivt i det å redusere tilbakefall og forbedre livskvalitet for både pasienten og familien (Anderson, Reiss, Hogarty 1986) (Cuijpers 1999).

I de siste årene har man gjort viktige erfaringer når det gjelder å fokusere på samarbeide med familien og å løfte fram deres styrke og kompetanse (Eisler 2005). Dette til forskjell fra tidligere perspektiv hvor en i større grad har patologisert familien og gjort den til sydebukk (Ibid). Disse erfaringene finnes nå også i de nasjonale retningslinjer for behandling og pårørende innenfor voksenpsykiatriske virksomhet i Norge (Helsedirektoratet 2008) Tross disse erfaringene, viser studier at implementering av familiearbeid innenfor voksenpsykiatrisk virksomhet er mindre utbredt og blir forbundet med en rekke vanskeligheter (Mottaghipour & Bickerton 2005).

Noen av disse vanskelighetene, er at det fortsatt i dag er for få steder der terapeuter innenfor voksenpsykiatrien har spesifikk kompetanse for å arbeide med familier og systemer. Det råder ofte usikkerhet om hvordan en skal involvere familien og hvilken målsetting en skal ha for arbeide. Taushetsplikten og begrensede ressurser i form av tid og økonomi er ytterligere barrierer som en holder frem (Ibid).

Familiearbeidet sees ofte som en kvalifisert og spesialisert intervensjon, og som så langt ikke vanligvis er inkludert i det profesjonelle repertoar hos helsepersonell som behandler voksen, der man er mer individsentrert(Ibid). Det er derfor ikke standard å inkludere familien i det terapeutiske arbeide, og familien er oftest ikke synlig for terapeutene (Ibid).

De erfaringene vi har fått, og ut i fra tilbakemeldinger fra de mange familier vi har møtt, er at den individualterapeutiske holdning, som gjør at familien blir holdt utenfor det terapeutiske arbeidet, står i stor kontrast til familiens egne ønsker og behov. De vil ofte ha økt kunnskap om familiemedlemmets sykdom og råd for hvordan man best kan hjelp.

Det vi opplever støttes også av studier som viser at en savner en tradisjon på å inkludere familien i voksenpsykiatrien ved behandling av AN (Ibid).

Vår erfaringer i møte med mange av våre pasienter, er det ofte pasienten selv som ikke ønsker å involvere familien, men etter å ha forklart dem vår hensikt med inkludere deres familier og hva vi har som erfaring med å involvere dem, godtar pasienten at familien får bli med, dette til tross for at de har vært skeptisk i utgangspunktet.

Det som også har kommet fram i mange av disse motivasjonssamtalene er at pasienten ikke ønsker å uroe familien enda mer, og er derfor redd at familiemedvirkning kan skade deres nærmeste. De tenker at familien blir mer urolig og det blir mer stress for dem å bli med. Treasure og medarbeider har gjort en grundig beskrivelse av hvordan en på et effektivt måte kan inkludere familien i arbeidet, også når det gjelder voksne pasienter med AN (Treasure m.fl. 2005).

Denne studien beskriver forskjellen mellom det å arbeide med voksne med AN og ungdommer med AN. Noen av hovedforskjellene er, når det gjelder voksne, at en må ta hensyn til taushetsplikt og det som anses å være de voksenes ansvarsområde. Dessuten er AN hos en voksen ofte ansett som en kronisk tilstand, utviklet under ungdomsårene. Derfor kan ikke behandlingsmålsetningen automatisk innrette seg mot det å bli fullstendig frisk, men i stedet mot å forbedre livskvalitet i form av at en kan få et mer selvstendig liv, komme i studier og jobb, stifte familie med mer (Ibid).

Mangfoldet av ulike type familieinvolvering er følgelig mer bredt når det gjelder voksne med AN, dette fordi pasientens avhengighet av familien er mye mer variert og ikke i samsvar med deres biologiske alder (Ibid). Erfaringen er at majoriteten av voksne pasienter med AN enten lever med deres opprinnelsesfamilie, eller er tungt avhengig av familiens støtte (Ibid).

Det er også vanlig at voksne med AN har gjennomgått en serie med ulike behandlinger som ikke har blitt opplevd som konstruktive verken av pasientene selv eller deres familier (Ibid). Familiemedvirkning ved AN hos voksne vil i Treasure og medarbeider sin erfaringer bestå av tre ulike nivåer (Ibid).

Det første nivå er dele informasjon, nivå nummer to er å forhandle behandlings målsetning og graden av familieinnvirkning (Ibid) Det siste nivået er å hjelpe familien å mestre konflikter omkring AN-symptomene mer effektivt (Ibid).

Det første nivå som nevnt, å dele informasjon, blir med hensyn til taushetsplikten, spesielt sårbart og må derfor håndteres med stor konfidensialitet (Ibid). Tradisjonelt har, som vi har tidligere vært inne på, behandling av voksne i psykiatrien en tendens til å ekskludere foreldre fra alle aspekter ved behandling.

Treasure sin oppfattelse er at premissene for å ekskludere familien er basert på en logikk der konklusjonen er at behandling av en individs tillitt innebærer at man ikke har tillatelse til å snakke med foreldrene (Ibid).

Det er også Treasure mening at denne praksis, det vil si å ikke ta med familien, ofte har sitt utgangspunkt i at terapeutene tilskriver foreldrene å være en viktig del av årsaken til sykdommen, eller at de er uvelkomne inntrengere som gjøre pasientens tilstand verre (Ibid). Dette perspektivet, som innebærer å holde foreldrene utenfor behandling og se de som perifere, står i stor kontrast med til vanlige situasjonene som gjelder tenåringer med AN, der familien som oftest involveres (Thune-Larsen, Vrabel 2004)

Larsen og Vrabel (2004) poengterer at i de foreliggende retningslinjene som anbefales for alle AN pasienter, i alle aldre. er at det er god praksis er å samarbeide med familie. Som da vil få tilgang på relevant informasjon om sykdommens natur, dets varierende risiko og prognose (Ibid).

Den komplekse natur av AN i voksen alder krever vanligvis en tverrfaglighet i behandlingen hvor også familien bør betraktes som en integrert del av dette behandlings nettverk (ibid). Når det gjelder behandlingsmål, så vil det være når det gjelder barn og ungdom som kun har hatt en kort varighet med tilstanden AN å alltid hjelpe pasienten tilbake til en normal vekt, og hvor foreldrene ofte er ansvarlige for vekttoppgangen (Ibid).

Når det gjelder voksne med AN er situasjonen oftest mer kompleks og variert. Der målsetningen å komme tilbake til normalvekt, må foreldrestøtten forhandles med alle berørte parter på en kontinuerlig basis (Treasure m.fl. 2005)

Pasienter med kroniske forløp, som ofte har et flertall av behandlingsforsøk bak seg, kan målsetningen i behandlingen ikke initialt være rettet mot en normalvekt, men å hjelpe personene til å opprettholde en sikker vekt, og øke hennes og familiens livskvalitet (Ibid). Det er således et bredt spekter av familieinvolvering når det gjelder voksne med AN. Som et absolutt minimum bør en anbefale et familiemøte for rådgivning og vurdering av AN tilstanden (Ibid).



Når det gjelder poliklinisk behandling anbefales det at pasientens får en individuell oppfølging og at familiens sees flere ganger for å dele informasjon og sikre at de er oppdaterte når det gjelder behandlingens og pasientens utvikling. Dette for å gi alle i familien en mulighet til å reflektere rundt helbredelse prosessen og deres respektive roller når det gjelder nettopp denne utvikling ( Ibid).

Det å leve og samspille med noen som er rammet av AN, er en stressende og langvarig prosess og som ofte fører til en utmattelse av de som står nær, det være seg familien eller signifikante hjelpere. For å kunne hjelpe familien å mestre AN mer effektivt er det derfor viktig å informere dem om tilstandens natur, konsekvenser, språk, at AN ikke sees av pasienten som en sykdom, men mer som en løsning på deres problem, dette til tross for tidlige tegn på en nedadgående helse (Ibid).

Det innebærer også å hjelpe familiemedlemmenes kommunikative stil, som innebærer at en sammen med familien lærer en motiverende samtaleform, der man forsøker å redusere fiendtlighet og overinvolvering i pasientens liv. Denne måten å kommunisere på innebærer en mer refleksiv lytting til pasienten, empati i stedet for sympati eller antipati, samt bekreftelser og støtte til pasientens forsøksvise veiledning til resten av familien (ibid).

Når vi starter en behandling er det alltid med familiens forventinger på om at vi skal komme med konkrete råd og veiledning på hvordan familien skal håndtere sin ”sultende datter” for at hun ikke skal dø. Gjennom vårt samarbeid med de mange pasienter som vi har møtt i løpet av flere år har vi fått erfaringer av AN sitt ”hemmelige språk” .

Med erfaring og større forståelse kan vi bedre møte både pasient og hennes familier med om en ikke hadde denne type erfaring. Dette er i overensstemmelse med hva mange av våre pasienter med AN også uttrykker. Noe som innebærer en type ekspertrolle som vi som påtar oss. Vi har kunnskap som AN er til nytte i møte med pasienter og familie, men vi er ikke eksperter på pasienten og hennes familie, noe vi også poengterer. Med dette som grunn bygger vi opp en tillitsfull relasjon til pasienten og hennes familie.

I familiearbeidet er rekkefølgen av intervensjoner viktige for et godt resultat.

Dette innebærer at en først, lytter til familiens opplevelse tilstanden og forventning av behandlingen, der familiens verdier normer og rutiner samt deres tidligere forsøk på å hjelpe pasienten må respekteres. Hvis dette arbeide ikke fører til forventet forbedring er familierapi å anbefale (Treasure m.fl. 2005)(Thune-Larsen & Vrabel 2004).

Denne måten å arbeide på har blitt sammenfattet i en behovspyramide der familiens grunnleggende behov er først å kjenne seg inkludert i behandlingen, samt å gi familien en opplevelse av å være medarbeider og ikke inneha pasient status, i tillegg å bygge på familiens kompetanse (Mottaghipour & Annemaree Bickerton 2005)

Det andre er å gi en veiledning over positive erfaringer som behandlerne har når det gjelder å arbeide seg ut av AN lidelsen. Den tredje er spesifikt psykoedukasjon av hvordan familien kan støtte tilfriskningsprosessen og det fjerde er familieterapi hensikt å forbedre kommunikasjonstil og autonomi utvikling hos pasienten (Mottaghipour & Annemaree Bickerton 2005)

### **2.10.7 Familiens opplevelse av inkludering i terapien**

De aller fleste forstår kanskje hvor stressfullt og vondt det må være for foreldre å være vitne til at egne barn forsvinner mer og mer foran øyne og sulter seg til døde. Men mange forstår ikke og heller ikke de involverte foreldre, hva AN innebærer. Det er noe ulogisk over det å sulte seg til døde, og fortsatt hevde at man har det bra. Den løsningen en har funnet er den beste og eneste, samtidig som den faktisk reduser livskvalitet og helse og etter hvert går mot en sikker død. Foreldre står ofte maktesløse og svært redde overfor de utfordringer som etter hvert preger hele familiens liv og virke.

Vår egen erfaring med foreldre og unge voksne med AN er at familien kan oppleve seg som gisler, hvor deres atferd etterhvert blir fullstendig styrt av sykdommen, og familien ender tilslutt i utmattelse og kronisk krise. Noen begynner sågar og hate sine egne barn. Desto mer de maser om at den unge skal spise desto verre blir det, etter hvert dreier all kommunikasjon seg om mat, og tema rundt mat, vekt og trening.

Foreldrene vet heller ikke hvordan de skal kunne hjelpe sine barn, for alt de forsøker å bidra med, skyver ofte pasienten lengre bort, og vondt blir til verre. Den ene dagen har andre regler enn den andre, hvilket forvirrer kommunikasjonen mellom familiemedlemmene. Denne onde sirkel fører ofte til at foreldrene gir opp å utfordre lidelsens natur.

Det finnes lite publisert forskning vedrørende familiens erfaring av behandling av sitt voksne barn med AN innenfor voksenpsykiatrisk virksomhet. De studiene som imidlertid er gjort

viser at foreldrenes erfaring med terapeuter varierer. Et av hovedtrekkene i den publiserte litteraturen er at foreldrenes opplever at deres omsorg og behov av rådgiving ikke tas på alvor av behandlere (Ibid).

I stedet opplever foreldrene at de ofte på et indirekte sett blir anklaget for deres datters lidelse (Ibid) I de siste årene har det dog blitt rapportert en endring når det gjelder vurderinger rundt foreldrenes involvering i behandlingen. Familien rapporterer da at de har blitt imøtekommet med hensyn til deres behov for informasjon og veiledning, på hvordan de skal forholde seg til AN (Lock m.fl. 2001).

Vår egen erfaring overensstemmer med dette, gjennom de tilbakemeldingene vi har fått fra de familier som vi har samarbeidet gjennom en årrekke. Mange av familiene har vi fortsatt kontakt med og de har uttrykt stor glede, både med hensyn til hvordan pasienten og familien som helhet har utviklet seg ved å stå sammen i kampen mot AN. Det er også noen som har, når deres barn har blitt friskt, uttrykt at AN i tillegg var en gave til familien gjennom at de opplevde som familie at de kom styrket ut av behandlingen. Familiene uten unntak sier at de synes det er vanskelig å forstå sykdommen og blir frustrerte og sinte over hvordan den kan styre deres liv.

Ofte, når familien blir inkludert, er det for mange en lettelse å møte noen som tar ansvar og som de kjenner forstår sykdommen, slik at de kan lene seg mer tilbake og kanalisere sin kraft på et mer konstruktiv måte gjennom å få mer kunnskap om tilstandens indre logikk.

Pasienten og familien opplever at de bedre kan samarbeide og forstå hverandre.

Vi møter ofte også i dag fortvilte og redde familier som uttrykker stor takknemmelighet over å få bli inkludert i behandlingen, og i kampen mot AN.

## **2.11 Taushetsplikt**

Konfidensialitet er et grunnleggende prinsipp innenfor psykisk helsevern. Lovreguleringer og etiske retningslinjer sikrer pasientenes rett til konfidensialitet. Kravet om taushetsplikt kan også være et hinder for samarbeid mellom familien og terapeuter.

I følge Pasientrettighetslover § 3-3 (Sosial- og helsedepartementet 1999), som omhandler informasjon til pasientens nærmeste pårørende, fastlås det at ”dersom pasienten samtykker til

det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes”. Dette trenger derimot ikke betraktes som enten eller, og vår erfaring er at dette går å forhandle med pasienten om hva som skal snakkes om hva om ikke skal snakkes om.

### **3 METODE/ Forskningsprosessen**

Kunnskap om hva terapeuter innenfor voksenpsykiatrien tenker om familiens medvirkning i behandlingen av AN kan undersøkes fra forskjellige perspektiver og ved bruk av forskjellige metoder. Vi har brukt en kvalitativ metode i forsøk på å finne ut hvordan terapeuter innenfor voksenpsykiatrisk poliklinikk forstår og håndterer familiens deltakelse ved behandling av AN. Kvalitativ forskning blir i stor grad benyttet innenfor samfunnsforskning og legger generelt mer vekt på forståelse fremfor forklaring.

Vi har videre valgt å benytte oss av Kirsti Malterud (2003) sin analysemodell, Systematisk tekstkondensering, for å bearbeide informasjonen fra intervjuene med terapeutene.

Før vi beskriver hvordan vi har gjennomført vårt forskningsprosjekt vil vi gi en kort redegjørelse for den vitenskapelige forankring som ligger til grunn for hele prosessen.

#### **3.1 Vårt vitenskapsteoretiske ståsted.**

Innen samfunnsvitenskapelig forskning har en tradisjonelt dratt et hovedskille mellom hermeneutikk og positivistisk posisjon. Vitenskapsteoretisk er vår undersøkelse preget av en fenomenologisk metode og med vekt på hermeneutisk fortolkning, det innebærer å ta med vår egen kliniske erfaring, forutsetninger, miljø og forforståelse, dessuten vise og forstå hvordan den har preget forskningsprosessen så langt det lar seg gjøre.

Fenomenologi var en filosofisk retning grunnlagt rundt 1900 tallet av Edmund Husserl, og ble videreutviklet av Martin Heidegger (Kvale og Brinkmann 2010). Når det gjelder kvalitativ forskning er begrepet fenomenologi brukt til å forstå sosiale fenomener ut fra den subjektive opplevelsen, det vil si egne perspektiver, situasjon og beskrivelser av deltakernes verden, slik den umiddelbart fremtrer for personen (Ibid).

Som en kvalitativ metode innebærer en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer. Slik at når vi tolker det som er sagt av terapeutene om deres erfaring, holdninger og perspektiver må vi se dette i lys av den sammenheng dette forekommer innenfor. I vårt tilfelle psykisk helsevern.

Hermeneutikk legger vekten på fortolkende tilnærming til menneske og samfunn gjennom å fokusere på meningsinnhold som det sentrale, og at det ikke finnes noen eksakt sannhet, men at fenomener kan tolkes på forskjellige måter (Anderson 2003). En hver tolkning og en fortolkning er kun, en versjon, av sannhet. Sannhet konstrueres gjennom menneskers interaksjon og er således kontekstuell (Ibid)

En av hovedpunktene i hermeneutikk er den hermeneutiske sirkel som handler om at vi må forstå helheten ut i fra delen og delene ut i fra helheten (Ibid). Når en forstår, en del, vil det ha innvirkning på vår forståelse av helheten. Vår nye forståelse av helheten kan bevirke at de ulike delene sees på en ny måte.

Med hjelp av denne modellen kan vi si at vår forståelse utvikles igjennom en bevegelse fram og tilbake mellom del og helhet, slik at vi på denne måte kan oppnå en dypere forståelse. I analyse og tolkning av våre intervju vekslet vi mellom de ulike delene og helheten. Dette førte til at etter hvert fikk vi en dypere forståelse og innsikt.

Denne forskningsmetoden bryter radikalt med den positivistiske forskningstradisjon som betrakter vitenskapelige fakta som objektive sannheter (Ibid). Videre betrakter den positivistiske forskningstradisjon at alt liv i prinsippet kan deles opp og eksakt måles og kontrolleres og alt har en lineær årsak og følgende virkning. Og det som ikke kan måles og veies eksistere ikke. Det innebærer at fenomener som håp, vennskap, tro og kjærlighet ikke blir synlig (Hårtveit og Jensen 2004).

I den medisinske kulturen som vi arbeider i er det vanlig å se på behandlingen som instrumentell, og at man gjør studier som skal være evidensbaserte. Det vil si at man med matematikkens språk og fysikkens lover får en absolutt sikker kunnskap om rådende behandling. Dette kaller en for kvantitative metoder (Jensen 2009).

Når det gjelder det relasjonelle samspill, er dog ikke den positivistiske forsknings tradisjon hensiktsmessig. Dette fordi den ikke inkluderer det som skjer i relasjoner mellom mennesker (Ibid). For å studere den relasjonelle betydning i behandling har vi derfor anvendt oss av kvalitative metoder. I et fenomenologisk design bygger forskeren på kunnskaper og tidligere erfaringer, og at vi alle mennesker har et fortolkningsmønster.

Vi som forskere må ta på oss ”forståelse brillene” til de vi studerer. Alt er fortolkning og det finnes ikke noen opplevelser uten fortolkning (Kvale og Brinkmann 2010)

Det er derfor vesentlig at vi som forskere i den kvalitative forsknings prosessen konsentrerer oss om vårt eget fortolkningsmønster og teoretiske perspektiv (Malterud 2003).

Vår forforståelse har vært en viktig motivasjon for å gjøre studien.

Vi er begge utdannet familierapeuter noe som preger vår teoretiske referanseramme.

Men vi er også selv terapeuter i det som kalles psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og har mange pasienter med spiseforstyrrelser, og hvor mange av de lider av AN.

Dette innebærer for oss et motsetnings forhold på den måte at vi arbeider i en kultur som er preget av medisinske forståelsesrammer og må forholde oss til dette, samtidig er vi opptatt av relasjoner og et systemisk perspektiv på behandling. Det innebærer for oss som et gammelt engelsk ordspråk beskrev det, vi må ”løpe med harene og samtidig jage med revene”

Forskning har mange ingredienser, det handler om fenomenet som skal studeres, forskerens forforståelse, innsamling av data, analyse og fortolkning av data.

Vi har i vår studie valgt å benytte oss av kvalitative metoder slik de bygger på antagelser om menneskelig erfaring og fortolkning av mening i et menneskelig uttrykk, fenomenologi og hermeneutikk (Kvale og Brinkmann 2010).

Innsamlingen av data kjennetegnes innen denne metoden en høy grad av åpenhet og fleksibilitet. Kvale definerer det kvalitative forsknings intervju som en samtale med en struktur og et formål, for å få data og beskrivelser, om menneskers hverdagsliv. Fokus er å få en økt forståelse av og innsikt i livsverden til dem det gjelder og slik de framstår for forskeren (Malterud 2003) (Kvale og Brinkmann 2010).

Vår erfaring på dette feltet igjennom mange år tilsier at det er både konstruktiv og viktig å inkludere familien i behandlingen. Samtidig arbeider vi innenfor et system, som vi tenker og opplever i stor grad er preget av en individuell tilnærming, med fokus på diagnoser.

Familien blir kanskje i større grad sett på som en medvirkende årsak til problemer enn at familien kan være en ressurs som kan være med på å løse problemet.

Og til tross for at vi jobber med voksne over 18 år har vi valgt å inkludere familien i behandlingen der det er mulig. Ut fra den kjennskap og forståelse vi har av behandling i voksenpsykiatrien med inkludering av familien er dette sjelden, om det virkelig er slik og eventuelt hvorfor, vet vi ikke.

Formålet med vår studie er derfor som tidligere nevnt, å få vite mer om terapeutenes holdninger, erfaring, og perspektiver på det å implementere familien i behandlingen av personer over 18 år med Anorexia Nervosa.

### **3.2 Utvelgelse av informanter**

Vårt valg av informanter er basert på et strategisk utvalg, der informantene har spesifikke egenskaper og kunnskaper knyttet til vår problemstilling (Thagaard 2009).

Det var et ønske fra oss om å komme i kontakt med terapeuter som hadde erfaring og kunnskap med behandling av spiseforstyrrelser, spesielt Anorexia Nervosa, og fortrinnsvis i voksenpsykiatrien. Dette for å kunne få mest mulig informasjon i forhold til vår problemstilling.

Vi fikk hjelp av vår egen enhetsleder som tok kontakt med de andre enhetsledere for å rekruttere informanter. Vi sendte ut et informasjonsskriv om prosjektet og en samtykkeerklæring, som presiserte at deltakerne kunne trekke seg fra intervjuet når som helst og slette det lydopptak som ble gjort under intervjuet (se vedlegg 1).

Etter en parring fikk vi etter hvert navn på fem terapeuter fra fire ulike DPS som alle hadde erfaring med å jobbe med pasienter med spiseforstyrrelser. Vi ringte dem opp og spurte om de ville delta i vår undersøkelse. Etter samtykke ble alle intervjuet på deres egen arbeidsplass. Dette for at terapeutene skulle lettere kunne delta i undersøkelsen, det var lange avstander, samt at de kunne føle seg mer komfortable, igjennom å være på egen arena.

### **3.3 Gjennomføring av datainnsamling**

Vi laget på forhånd en intervju guide (vedlegg 2) hvor målet med spørsmålene var å komme så tett som mulig på terapeutenes opplevelser i forhold til det å ha med familien med i behandling av voksne over 18 år. Dette for å kunne søke etter nøyaktige beskrivelser av hvordan dette oppleves av terapeutene (Brinkman & Tanggaard 2012).

Intervjuguiden vokste fram gjennom en dialog mellom oss, hvor vi forsøkte å vaske frem ulike spørsmål som på et fruktbart sett som kunne beskrive terapeuters ulike holdninger og erfaring med det å inkludere familien i behandling og eventuelt hva som gjorde det vanskelig.



Vi benyttet i undersøkelsen et semistrukturert intervju. Metoden egner seg for å tilegne seg kunnskap om menneskers livssituasjon, deres meninger, opplevelser og holdninger (Brinkmann & Tanggaard 2012).

Et intervju som er semistrukturert innebærer at spørsmålene er åpne, men strukturerte og fokuserte rundt det tema vi ønsker å undersøke (Ibid) Vi stilte begge spørsmål, men vi hadde på forhånd avtalt hvilke spørsmål hver av oss skulle ta. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål og fordypningsspørsmål av oss begge hvor det ble naturlig.

Vi samlet inn data gjennom å intervjuer terapeuter som hadde erfaring med behandling av Anorexia Nervosa. Vi tok opp intervjuene på en båndopptager. Intervjuene tok ca. en times tid hver. Vi forsøkte å være bevisste på å ikke stille ledende spørsmål og ikke påvirke terapeutene, og bli for styrende, men undrer oss igjennom prosessen om spørsmålene eventuelt kunne vært mer åpne.

At spørsmålene muligens ble mer styrende enn kanskje ønsket, tror vi muligens har med vår lange erfaring, kunnskap og forståelse av tema å gjøre, det gjorde noe med vår fortolkning av situasjonen på forhånd, at de vi skulle møte også hadde god erfaring. Under intervjuet oppdaget vi imidlertid også at vår forforståelse av terapeutene som erfarne var feil, de hadde lite erfaring med å jobbe med familien. Dette ser vi også kan være årsak til på men at spørsmålene kanskje ble mer styrende. Dette er bakteppe for vår videre forståelse, men som ikke ugyldiggjør funnene innfor denne forskningstradisjon men tvert i mot tydeliggjør problemer rundt begrepet objektiv kunnskap.

Brinkman og Tanggaard (2012) reflekterer også om kunnskapen en har om emnet en ønsker å studere, det vil si hvorvidt det å ha mye eller lite forhåndskunnskap om temaet en skal studere kan føre til en reduksjon av forskerens nøytralitet og objektivitet. Etter deres mening er det ingen forskningsintervjuer som er nøytrale og at påstanden om forskerens manglende nøytralitet er feilslått (Brinkman og Tanggaard 2012).

Det at vi forsket på egen kultur og innenfor tilsvarende arbeidsplass gjorde at vi lettere kunne oppnå forståelse for informantenes situasjon, ved at vi deler mange av de samme erfaringene. Samt at vi hadde gode relevante spørsmål nettopp på grunn av vår egen erfaring og kunnskap slik vi opplever det.

En utfordring som imidlertid viste seg og som Wadel (1991) peker på er muligheten til å få innsikt i de sidene av kulturen som både informantene så vel som forskeren tar for gitt (Wadel 1991) Det at felles erfarings- og kunnskapsbakgrunn er likt kan føre til at vi ikke stiller oppfølgingsspørsmål ved det som synes opplagt, og som i følge (Thagaard 2009) kan være med på å begrense muligheten til å få fram et nyansert materiale.

Det var noe også vi selv erfarte, vi registrerte under selve intervjuet vår noe manglende nysgjerrighet og kreativitet når tema ble for kjent, vi ikke var like gode eller kreative til å komme med oppfølgingsspørsmål i forhold til når tema var mer uklart for oss. Dette førte til en bevisstgjøring av oss selv underveis i intervjuene.

Vi har begge i vårt daglige arbeid stor erfaring i å snakke med mennesker, stille spørsmål og lage trygge rammer. Til tross for dette opplevde vi det å skulle intervju kollegaer som vi tenkte også kunne mye om tema, som både utfordrende og spennende.

Det var ikke noe uttalt mål eller en bevissthet fra vår side at vårt intervjuet skulle føre til en bevisstgjøring og en endring av terapeutens perspektiv, men det vi opplevde gjennom intervjuet var at terapeutene ble mer åpne, positive og nysgjerrige til å inkludere familieperspektivet utover i intervjusituasjonen, noe vi tolket som en bevisstgjøring av tema.

### **3.4 Etiske vurderinger**

Etiske problemsstillinger vil være tilstede under hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann 2010). Det er særlig tre viktige etiske regler for forskning på mennesker, det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (ibid). Deltakerne i undersøkelsen fikk tilsendt informasjon om undersøkelsen i forkant samt informasjon om konfidensialitet og anonymisering av materialet. Intervjuet ble tatt opp på bånd og informasjon om at disse blir nedlåst under prosjektets gang og siden slettet ved prosjektets slutt. I start på hvert intervju ble det minnet på at deltakelsen var frivillig og med mulighet for å trekke seg når som helst. Prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). (Vedlegg nr. 2).

Malterud (2003) tar opp tema å forske på kolleger og hvordan en kan komme i et etisk dilemma ved å hvordan for eksempel faglige dilemmaer noen ganger får mindre optimale løsninger. Hvordan dette kan stille informantene i et dårlig lys, og at informanten muligens ikke

hadde stil seg selv til disposisjon om kunnskapen og den eksponering hadde vært tilstede før undersøkelsen. Samtidig sier Malterud også at motivene for forskningen handler ofte om endring av praksis som kommer pasienter til gode gjennom bedre helsetjenester. Hun fremhever derfor at hensynet til tredjepart i dette tilfelle pasientene må veie tyngre men at om dette gjentar seg for forskerne flere ganger vil det etter hvert få den konsekvens at det blir vanskelig å skaffe deltakere da som hun vektlegger, kvalitative studier krever tillitt som er gjensidig (Malterud 2003)

### **3.5 Transkribering av intervjuene**

Den ene av oss tok alene jobben med transkribering, det var en større jobb og tok lengre tid enn forventet. Vi hadde på det tidspunkt heller ikke klart for oss hvilken analysemetode vi skulle benytte. Alle intervjuene ble transkribert så ordrett som mulig, inkludert alle ”eh”, ”em”, kremting og latter. Til gjengjeld førte dette til at intervjuene ”kom godt inn under huden” noe som kom til nytte i det videre analyse arbeidet.

### **3.6 Validitet**

Validitet i kvalitativ forskning kan defineres som i hvilken grad metoden undersøker det den har til hensikt å undersøke (Kvale og Brinkmann 2010). I vår undersøkelse ble data samlet inn gjennom et semistrukturert intervju, dette innebærer at vi hadde en intervjuguide med en detaljert sjekklister, men at vi improviserte underveis.

Vi valgte denne forskningsstrategien fordi vi ønsket å beskrive så opplevelsesnært som mulig, ulike erfaringer, tanker og holdninger som behandlere hadde knyttet til det å inkludere familien til voksne pasienter i behandlingen.

Alle informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen både i forkant ved rekrutteringen, samt på telefonen når vi skulle avtale møte. Det ble understreket at det var terapeutenes egne erfaringer som var utgangspunkter for undersøkelsen. For å sikre at rammen for intervjuet ble så trygt og komfortabelt som mulig fikk terapeuten velge både når og hvor intervjuet skulle foregå.

Vi hadde også en tilnærming i intervjuet at det ble trygt både for oss og terapeuten å undersøke om vi hadde forstått hverandre, slik at om det opplevd en eventuell tvil, ville vi

kunne oppdage dette. Lydopptakene av intervjuet ble transkribert ordrett i sin helhet hvor det også det nonverbale ble notert. Dette sikret at terapeutenes opplevelser ble registrert med egne ord og uttrykk. Det var kun den ene av oss som gjorde transkriberingen, noe som gjorde at vi hadde ulik nærhet til stoffet og kunne reflektere friere rundt teksten.

### **3.7 Analyse**

Analysen er en sammenfatning mellom rådata og resultater ved fortolkning og organisering av intervjuene, og skal bygge bro mellom rådata og resultater av materialet (Malterud 2003)

Vi valgte som tidligere nevnt metoden systematisk tekstkondensering, inspirert av Amadeo Giorgi og modifisert av Kirsti Malterud (2003).

Det var en tidkrevende prosess, men var til gjengjeld mer spennende. Vi leste igjennom intervjuene flere ganger. Datamaterialet var lettere og mer tilgjengelig for den av oss som hadde gjort transkriberingen, men siden materialet kom så godt ”under huden”, opplevde vi at teksten kunne bli for nær. Da synes vi det var en fordel at vi var to, vi opplevde således å ha både et nært og et mer fjern blick på analysen. Det var også her vi opplevde det konstruktive ved å benytte oss av det hermeneutiske perspektiv, hvor deler og helhet ble diskutert og den hermeneutiske sirkel ble anvendt.

Noe utfordrende ved analysen var det at den ene av oss tidligere har gjort forskning innen for det medisinske feltet og derfra er oppdratt i en mer positivistisk forskningstradisjon. Dette til tross for at systemtenkingen og praksis var godt innarbeidet, det vil si en praksis rettet mot kommunikasjon, relasjon og vant til å se mennesker også i en sosiokulturell sammenheng (Jensen) Dette ble en bevisstgjørende prosess og et bidrag til å se på våre egne roller forutsetninger og konsekvenser av dette.

Formålet med den fenomenologiske analysen er at forskeren utvikler kunnskap, som i dette tilfellet om behandlernes erfaringer og perspektiver innenfor et bestemt felt. Her i oppgaven nærmere bestemt temaet inkludering av familie ved behandling av voksne med AN.

Det som også er viktig begrep når det gjelder analyse er intersubjektivitet i forbindelse med å presentere forskningsresultatene og forklare hvordan en har kommet fram til resultatet (Malterud 2003)

Vi skal her sammenfatte og formidle mønstre som framtrer i vår analyse og forklare hvordan vi kom fram til disse. Analyse innebærer abstraksjon og generalisering (Ibid)

Vi har skaffet kunnskap som gjelder for flere gjennom den enkelte behandlerens historie og uttrykk. De fleste anbefalinger i følge Malterud (2003) om analyse av kvalitative data bygger på prinsipper om dekontekstualisering, Det vil si som vi har forstått og gjennomført er å velge ut nøkkelinformasjon fra en stor tekst masse og utskille mønstre av lignende informasjon.

Underveis skjer en rekontekstualisering, som innebærer å skape en sammenheng i tekstens budskap og som vi mener å ha dekning for å betrakte som kjernen i informasjonen.

Analysen gjennomføres i fire trinn. Analysen i følge Giorgi gjennomføres i fire trinn (Malterud 2003) og utgjør hovedstruktur av den metode som vi har brukt.

Det første er å skape et helhetsinntrykk av de respektive intervjuene, det neste er å identifisere meningsbærende enheter, det tredje er å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter, og til sist sammenfatte betydningen av dette.

### **3.8 Helhetsinntrykk**

Vi leste igjennom alle intervjuene vi hadde transkribert, flere ganger, vi så da etter tema som på en eller annen måte representerte behandlerens egen erfaringer, holdninger og perspektiver på det å inkludere familien i behandlingen hos voksne kvinner med AN.

Vi merket her at den av oss som hadde gjort transkriberingen var mer nærsynt enn den som leste for første gang det transkriberte materialet, mens den andre så mer helheten, ut i fra dette ble det en konstruktiv diskusjon rundt materialet. Noe som igjen drev frem tydeligere, de meningsbærende elementer i teksten.

På dette trinnet er det viktig i følge Malterud (2003) og som også er i samsvar med det fenomenologiske perspektivet å bevisst forsøke å legge bort egen forforståelse og teoretisk referanseramme. Vi måtte her ha en pågående refleksjon over vår egen forforståelse av terapeuters holdning til implementering av familien i behandling.

Slik at vi så lojalt som mulig kunne gjenfortelle behandlerens erfaringer uten å tillegge våre egne tolkninger som fasist.

Vi endte opp med seks tema som vi synes å skinne igjennom det materiale vi hadde, det var imidlertid et par tema som vi synes overlappet hverandre og som gjorde at vi derfor la sammen fire av temaene til to koder.

Disse tema var terapeutenes egne erfaringer og holdninger til familiearbeid, samt deres familie terapeutiske redskap. Som vi organiserte sammen til en kode, Terapeuters egne erfaringer og holdninger til familiearbeid ved AN.

Det neste tema ble til terapeuters tolkninger av familiens opplevelse av behov for involvering, deretter terapeuters tolkning av pasientens holdning til å involvere familien og den siste som ble til terapeuters opplevelse av arbeidsplassenes rammer.

Vi kom etter hvert som nevnt frem til fire koder, disse har vi benevnt som

1. Terapeuters egne erfaringer, holdninger og perspektiv på familiearbeid ved AN
2. Terapeuters tolkninger av familiens opplevelse av behov for involvering.
3. Terapeuters tolkning av pasientens holdning til å involvere familien.
4. Terapeuters opplevelse av arbeidsplassens rammer

### **3.9 Fra tema til koder**

I det andre trinn av analysen forsøkte vi å skille relevant fra irrelevant tekst og begynte å sortere den teksten som vi tenkte kunne belyse vår problemstilling.

Vi gjorde nå en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere, for oss, meningsbærende enheter.

Vi valgte ut tekst som bar med seg på en eller annen måte kunnskap om behandlerens erfaring, holdning og perspektiv på inkludering av familien i behandling.

Vi systematiserte og klassifiserte materialet, og laget en matrise over disse kodene.

Vi jobbet i denne delen av prosessen med å ta stilling til hva som var felles i de ulike resultatgrupper.

Vi fant i dette stadiet et par tema som omhandlet ulike sider av samme sak slik at disse ble som nevnt slått sammen. Slik endte til slutt med fire koder.

Det er også her Malterud gjør et poeng av å se på vår forforståelse og teoretiske referanseramme så det ikke blir som hun beskriver ”støvler og bussbilletter i fruktfatet” (Malterud 2003).

Vi jobber og lever til daglig i et mer medisinsk tverrfaglig miljø, og vet at dette påvirker vårt tenkende og handlende. Det vi har forsøkt hele veien, er å holde høyt i vår viktigheten av at

vi er bevisste vår forforståelse. Dette har vi forsøkt gjort gjennom en kontinuerlig kritisk dialog oss imellom og vår kritisk forholdt oss til vår tolking av materiale.

### **3.10 Fra kode til mening**

Vi laget et kondensat for hver kodegruppe i form av kunstige sitat. Kondensatet er forankret i data som bar med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enheter som er funnet på tvers av intervjuene vi gjorde. Dette ble deretter utgangspunktet for det fjerde trinnet i analysen.

### **3.11 Fra kondensering til beskrivelser**

I analysemodellens fjerde trinn rekontekstualiserte vi innholdet i de de ulike kodegruppene, det vil si at vi laget en innholdsbeskrivelse med basis i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitater. Dette vil i praksis bety at vi skrev gjenfortellinger som ble grunnlag for nye beskrivelser. Disse tekstene er vist i sin helhet og det er disse tekstene, i vår gjengivelse, som her blir presentert som våre forsknings funn.

## 4 Resultat

### 4.1 Innledning

Terapeutenes uttalelser presenteres i dette kapittel så fritt for tolkning som mulig.

Overskriften i kapitlet er i tråd med den analyse av tekstmaterialet som vi har gjennomført.

De fem terapeutene vi har intervjuet var fra ulike yrkesgrupper, der den ene var psykologspesialist, en psykolog, en sosionom, samt to stykker var psykiatriske sykepleiere.

Alle hadde interesse for, og god erfaring, med å jobbe med pasienter med AN.

### 4.2 Terapeutenes egne erfaringer, holdninger og perspektiv.

Samtlige terapeuter som vi intervjuet hadde mange års erfaring med å arbeide med pasienter med AN på individuell basis. Alle terapeutene hadde også, men i en begrenset grad, kontakt med pasientens familie, dette i form av informasjon om behandlingen. Tre av terapeutene hadde i tillegg erfaring fra gruppeterapi innenfor voksenpsykiatri. Kun en av terapeutene hadde erfaring med å jobbe med familierapi, dette var mest i form av parterapi. Alle hadde også samarbeid med ernæringsfysiolog og fastlege, samtlige terapeuter uttrykte at de anså ernæringsfysiologen og fastlege som viktig samarbeidspartner i arbeidet med AN.

En av terapeutene uttrykte, at hun var veldig opptatt av de somatiske farene ved tilstanden, hun mente også at det ikke var alle som hadde kunnskap om disse somatiske farene ved AN. Hun uttrykte samtidig at hun følte et sterkt ansvar for å følge opp denne delen av behandling. Samtlige terapeuter mente at det var eller kunne være viktig å ha med seg familien i behandlingen, dette begrunnet ut i fra at terapeutene så at AN symptomene ofte leder til forsterkede konflikter hos de involverte familiemedlemmene. Noe som terapeutene hadde teoretisk kjennskap til kunne være med på å opprettholde eller øke AN symptomene hos pasienten.

Som en av terapeutene uttrykte det;

*”Pasienten lever ikke i terapirommet, hun lever utenfor, og det er ikke bare å fikse en person for så å sende henne tilbake til et eventuell destruktiv miljø, det er ikke hensiktsmessig”*



En annen av terapeutene kunne fortelle at hun hadde den erfaring at dette var lettere å ta et familieperspektiv når hun jobbet i BUP, fordi der var det mer naturlig at foresatte var med. Terapeuten uttrykte dog at hun synes er viktig å inkludere familien, også med voksne, i den hensikt å dempe noe av det stresset som familien opplever.

Vedkommende opplevde denne erfaringen som hun hadde fra BUP, ved å inkludere familien i behandlingen, som viktig og konstruktivt i hennes forståelse av behandling av AN. Dette er noe som også i tråd med nasjonale retningslinjer for behandling av psykisk syke der en sterkt betoner å inkludere familien i et partnerskap som ligger til grunn for behandling.

Som hun uttrykte det;

*”Derfor jobber jeg også med familier, framfor alt med psykoedukasjon til miljøet rundt pasienten. Det var dog lettere innenfor barn og ungdoms psykiatrien, for der er det mer forventning fra arbeidsplassen at man skal gjøre det”.*

Samtlige deltakere i studien arbeider i dag med pasienter med AN, men ingen av dem, på intervjuetidspunktet, involverte familien i hensikt å bedrive familieterapi. De involverte familien fordi de hadde en oppfatning av at psykoedukasjon vedrørende sykdommen var viktig.

En annen av de vi intervjuet hadde familieterapiutdanning, og hadde i sin utdanningsperiode gode erfaringer med å drive parterapi med voksne pasienter med AN.

Samtlige terapeutene beskrev sin terapiform som eklektisk, hvor de også hver for seg hadde som utgangspunkt ulike terapiretninger. Det vil si de brukte terapiretninger som de selv opplevde som virkningsfulle. Dette var blant annet psykodynamiske og kognitive terapiformer. Fire av de fem terapeutene etterlyste ”systemterapeutiske verktøy” for å kunne inkludere familien i behandling.

*”Vi er jo ikke utdannet familieterapeuter, og jeg har erfaring at det er vanskelig alene å strukturere samtalen med familien til et barn som har AN”*

*”Jeg kan også se fordelene til og med nødvendigheten av å være to behandlere ved familiesamtalene”. ”Det er dog et felt jeg absolutt skulle ville lære meg mer om”.*

*”Så jeg tror det ville vært kjempe bra for behandlere å få økt kunnskap om hvordan man skal arbeide med familien”.*

Samtlige uttrykker således et ønske om mer kunnskap og verktøy for å kunne jobbe med familier.

To av terapeutene uttrykte at om en skulle inkludere familien ville det vært best å være to terapeuter tilstede. Hun hadde erfaring med at det ble vanskelig å være en terapeut sammen med både pasienten og familien. Hun mente det ville bli lettere å strukturere samtalen om det var to terapeuter tilstede.

Terapeutenes holdninger var knyttet til de erfaringene de hadde med pårørende, alle hadde de hatt pågang fra flere pårørende som ønsket seg både veiledning i de vanskelig situasjoner som oppstår hjemme med familien når en har et familiemedlem som har AN. Terapeutene beskriver også episoder hvor familien uttrykker også sterkt ønske om å få delta aktivt i behandlingen.

Som en av terapeutene uttrykker det

*”Det er viktig å få inn et mer familieperspektiv i behandlingen av AN”. ”Fordi det er der mye av symptomdynamikken skjer”. ”Mange av pasientene, tross for at de er voksne, bor jo også hjemme”.*

Samtlige terapeuter ser fordelene og gevinsten med å inkludere familien i behandling. En behandling som også kan inkludere familierapeutiske intervensjoner.

Som en av terapeutene uttrykker det;

*”Jeg tenker at det er kjempeviktig å involvere familien i behandling, det er klart det å gå bare i individuell terapi så tenker man at det skal hjelpe pasienten og så som i sin tur hjelper sin familie, at ringvirkningen skal være sånn, men i min erfaring vil jeg si at det du oppnår med å sitte å snakke om moren din i 10 år kan du oppnå ved å ta med moren til en time å snakke om det der”.*

En annen terapeut uttrykker det at man i familiesamtale kan gi gode råd og veiledning til foreldrene som lever med denne tilstanden hver dag.

En tredje terapeut uttrykker at når familien blir invitert først og fremst for informasjon om behandlingen, så tror jeg at det kan trygge dem noe, også det å få mer kunnskap, hvilken type av behandling som fører fram og det kan gi håp.

En terapeut sa at det bare ville vært positiv å trekke inn familien mer i behandlingen.

Det er gjennomgående en positiv holdning fra alle terapeutene til det å ta med familien i behandling sammen med pasienten.

Det blir samtidig uttrykt fra flere av terapeutene at det også finnes tilfeller hvor en absolutt ikke bør ha med familien. De mente da at familier hvor det hadde vært store konflikter, og tilfeller av incest ikke burde inviteres til å møtes i samme rom.

Det som også kom fram i intervjuet var at terapeutene inntok en ekspertposisjon.

*”i møte med familien informere vi om hvilke typer av behandling som vi vet fører fram og det gir håp”*

### **4.3 Terapeutenes tolkninger av familiens opplevelse av behov for involvering.**

Samtlige av terapeutene opplevde at familien har et behov for å delta i behandling.

Samtidig som de også hadde erfaring i at familien av ulike grunner ikke fikk være med, en av de viktigste grunner for dette viste seg å være taushetsplikten. Det fremkommer at en av terapeutene hadde erfaring med at familien ble i mange situasjoner holdt utenfor behandling samtidig som hun opplevde at de gjerne skulle ha vært med.

*”jeg opplever at det er veldig mange pårørende som føler seg holdt utafør tror jeg at det ikke får lov til å være med på dansen eller på behandling på en måte... og det er jo fordi at pasienten ikke har lyst til å ha de med”*

*”Ja hvis det er en person som bor i en familie så påvirker jo det hele familien som sikkert blir både engstelig og urolig”.*

Denne redsel mente terapeutene gjør at det er klart behov for å trygge familiemedlemmene, og i blant også gjøre en kriseintervensjon.

Flere av terapeutene hevder også at familien er i behov både for inkludering i behandling og informasjon om AN. Det beskrives gjennom den opplevde skyldfølelse, mangel på håp, behovet for å bli sett og hørt, som blir uttrykt fra foreldrene. De forteller også om den erfaringen av panikk hos familien når familien ikke klarer å hjelpe sitt familiemedlem som er alvorlig syk. Terapeutene mente at den hjelpeløshet og håpløshet i familien var viktig å endre gjennom veiledning. En veiledning som innebærer å utforske og finne gode familieaktiviteter som ikke var preget av sykdommen. Slik at familien bedre kan gi en støttende kontakt for deres medlemmer.

En terapeut uttrykker at pårørende har for mye fokus på atferd og mat, men at det er lite kunnskap om de underliggende følelser som blant annet negative selvfølel, som også kan ligge bak symptomene. Terapeuten forteller om pårørendes utsagn, ” hvorfor skal det være så vanskelig med mat, vi kan jo aldri gå ut å spise sammen”

En terapeut uttrykte

*”Asså vekt på åpen kommunikasjon, psykoedukasjon, helhetstenkning, tenker at foreldre er interessert i at vi som behandlere tenker at dette er nyttig og at vi tenker at der hvor pasienten bor eller lever i relasjon er det betydningsfullt. Viktig med forutsigbarhet og trygghet på hva som skjer med pasienten. At en kan ta kontakt føle at man er delaktig når foreldre ønsker konkrete råd, asså hva kan vi gjøre når sånn og sånn skjer”*

I tillegg til beskrivelsen som terapeuten her gir av familiens behov, skinner det også igjennom den asymmetriske relasjonen mellom terapeut og familie. Terapeuten posisjonerer seg her som eksperten. Hun er den som innehar den type kunnskap som kan skape endring hos pasienten.

En annen kunne fortelle at hun hadde erfaring med at pårørende kunne ringe, være med på venterommet, og kunne da komme henne i møte, som terapeuten beskrev det;

*”liksom blokkere og skal hilse og snakke og skal vite”.*

En terapeut fortalte at;

*”enten så har du de mødrene som er veldig bekymret og ringer og har mye å si, eller så har du mødre som har trukket seg helt tilbake fordi de ikke orker mer, ”de er så sliten av dette at de orker ikke å ta det ansvaret”*

I vårt materiale var det gjennomgående erfaringer fra terapeutene at pårørende hadde en sterkt behov for involvering og informasjon, og hadde et høyt angstnivå rundt situasjonen.

#### **4.4 Terapeutenes tolkning av pasientens holdning til å inkludere familien**

Pasientene er voksne over 18 år og bestemmer således selv om hvem og om de ønsker skal involveres inn i behandlingen. Det er også viktig at en holder på taushetsplikten i respekt for pasienten. Dette var også en felles holdning fra terapeutene.

De synes det derfor var problematisk med pårørende som ønsket kontakt. De hadde den oppfatning av at alliansen med pasienten sto i fare hvis de inkluderte familien.

En av terapeutene fortalte at det er ofte at pasienten uttrykker at de ikke ønsker å involvere familien i behandlingen, en av terapeutene trodde det som oftest skyldes kompliserte relasjoner i familien som gjorde det vanskelig for både pasienten og familien å samles om problemet.

En annen terapeut mente pasienten er lei av å bli observert og kontrollert av de pårørende. Som en av terapeutene uttrykte det;

*”jeg tror de er så lei av å bli observert og passet på av disse mødrene, ikke sant, og høre ”du spiser ikke” de føler seg på en måte observert og synes det er frihet å komme hit og kunne slippe disse blikkene til familien”*

En terapeut som hadde noe erfaring fra familiearbeid mente pasienten ble tilbaketrukket og viste en økt usikkerhet i samtalen og synes derfor ikke det alltid var grunnlag for at familien skulle være med. Terapeuten la mest vekt på taushetsplikten og at pasientene var voksne over atten år og skulle derfor bestemme selv.

## 4.5 Terapeuters opplevelse av arbeidsplassens rammer

Ingen av terapeutene opplevde at familiebehandling var tilrettelagt på deres arbeidsplass. De kunne fortelle om at rammene på arbeidstedet, blant annet at arbeidstiden er regulert, fra kl. 8.00 til 15.30. Det ble også poengtert at det ble vanskelig for familien å møte til disse tider om de selv var i arbeide. Terapeuten fikk ikke betalt for overtid.

Terapeutene legger vekt på at familiemøter krever mer tidsbruk og at familiesamtalen kan vare i minst to timer, og at dette var i konflikt med arbeidsplassens tidsrammer, der terapisaamtalen som oftest varte i 45 minutter. Et par av terapeutene gjør også et poeng av at klinikken kun får inntjening for en samtaletime. De mente også at om en skulle arbeide med familien måtte en reduser på konsultasjons tallene. Det er et krav fra ledelse om et minimum av pasienter en skal møte per dag. Dette ble angitt som konsultasjonstall. Dette ble styrt av ledelsen. Som en av terapeutene uttalte;

*”Det å bruke en masse tid på familiebehandling er ikke tilrettelagt på vår poliklinikk”*

*”Vi blir ofte minnet på konsultasjons tall, tidsperspektiv og inntjening mer enn å tenke fritt hva som er best for behandlingen”.*

Terapeuten fortalte at de ikke kunne ha pasienter etter arbeidstiden på grunn av tidsrammer som var fastlagt. Terapeutene beskriver at de ofte står ensomme i sitt behandlingsopplegg vedrørende AN. Også uten noen god støtte for kompetanse heving vedrørende familiearbeidet.

Alle terapeutene hadde opplevelse av at ledelse tillot de å ha familien til pasienten med i behandling, men ingen av de hadde uttrykt direkte et behov eller ønske til ledelsen om å kunne få jobbe med familier. Ledelsen hadde heller ikke hatt dette oppe som en aktuell problemstilling, eller lagt vekt på familiebehandling som et viktig bidrag.

## 5 Drøfting

Vi har i drøftingen av resultatene fra vår analyse, langt vekt på disse tre tema, familier på godt og ondt, terapeutens rolle i terapien og forholdet til taushetsplikt, og arbeidsplassens rammer. Det var disse tre tema som vi tolket var sentrale for å kunne besvare vår problemstilling.

### 5.1 Familier på godt og ondt

Som en av terapeutene utrykte ”man lever i relasjoner og man har familier på godt og ondt og på en eller annen måte må man prøve å leve med det. Og jeg tenker at det er generelt sett gull verdt å få jobbe med familier hvis man har mulighet”.

Vi ser at det finnes hos alle terapeutene en positiv holdning til å ta med familien i behandling Dette kommer til uttrykk gjennom at terapeutene ofte inviterte familien inn til informasjonsmøte ved starten av behandlingen. Dette var først og fremst for å gi en generell psykoedukasjon, det vil si en informasjon om tilstanden AN.

Disse funn støttes også av den forskningen vi har funnet, og som viser at informasjon er det familien mest er interessert i, og i behov av. Informasjon som bygger på dagens kunnskap om multifaktorale årsaker til sykdommen og dens ulike ytringer. Dette innebar at terapeutene kunne beskrive, til familiene opplegget for behandlingen, generelle synspunkter og fakta vedørende sykdommens natur. Informasjon og kunnskap som alle terapeutene utrykte også var nødvendig for å kunne avlaste eller redusere den skyld og skamfølelse som familien ofte møtte de med.

Terapeutene beskrev også hvordan de opplevde familien til pasienten som redde og stressede. De fortalte om foreldre som kunne ringe flere ganger i uken og som kunne komme til klinikkene for å forsøke å komme i kontakt med terapeutene i hensikt å få konkrete råd om hvordan de skulle forholde seg til pasienten. Terapeutene fremstår således med en stor kunnskap om hvordan tilstanden påvirker de nærmeste rundt pasienten. De viser også en systemisk forståelse over hvordan familien organiserte seg rundt tilstanden.

Systemteorien har som tidligere nevnt vært sentral i familieterapien og bygger på ideen om at enhver påvirkning på en annen deltaker i et sosialt samspill vil få konsekvenser for alle som

deltar (Jensen 2009). Det vi kan savne i terapeutenes beskrivelse av familiesamtalen er et perspektiv over familien som en samarbeidspartner i behandlingen. Familiefunksjonen beskrives oftere ut i fra dysfunksjon, noe som også formidles til familien ved at de blir ekskludert fra fremtidige samtaler i den hensikt å beskytte pasienten. Det innebærer at terapeutene gjennom sin holdning kommuniserer at de ser på familien som en del av problemet i stedet for som en del av løsningen. Denne holdning ser vi også kan forklare hvorfor familien sjelden inviteres til neste trinn i omsorgspyramiden.

Denne omsorgspyramide er utarbeidet av Mottaghipour og Brckerton (2005) Og som vi har benevnt som ”familieomsorgspyramiden”. Det første nivået er en tillitsskapende fase i behandlingen, hvor vi har erfart at skyld og skamfølelser kan reduseres gjennom at det blir poengter at det ikke er noen som har skyld i sykdommen. Slik at skyldfølelsen forlammende grep blir erstattes med et mer realistisk håp om at dette er en tilstand en kan arbeide seg ut fra.

I analysen framstår terapeutene med en kompetanse i sin forståelse av hvordan AN kan sette familien i en stressfull situasjon og at terapeutene også har erfart at det er behov fra foreldre å bli involvert i den hensikt å få mer kunnskap over hvordan de skal møte pasienten på et konstruktivt sett.

En økt kunnskap om familieresiliens skulle kunne komplettere det diagnostiske perspektivet og stimulere terapeuten til å løfte fram familiens medvirkning i behandling som aktiv samarbeidspartner. Dette er det andre nivået i omsorgspyramiden. Et trinn der en utvikler en gjensidig utforskede holdning over resurser og muligheter som ligger i familien.

Vedeler (2011) beskriver denne holdning hos terapeutene som en ”vennlig nysgjerrighet”, som innebærer en fokusert positiv interesse i for å få fram ulike mestringsstrategier og resurser som finnes i familien (Vedeler 2011). Og hvordan dette kan brukes i kampen mot AN.

Det vi finner i vårt intervju er at flere av terapeutene har gjort enkelte forsøk på å samtale med familien for å få fram familiens opplevelse over hvordan sykdommen påvirker dem. Det som i tillegg kommer fram gjennom beskrivelsene er at det som kan oppleves som en usikkerhet hos terapeuten over hvordan samtalen skal ”struktureres”.



Det som ble uttrykt var at det var vanskelig å holde samtale, med mange i rommet, når det bare var en terapeut tilstede. Det ble også lagt vekt på vanskeligheten med å løfte fram og tydeliggjøre pasientens tanker og følelser om sin tilstand sammen med familien.

Et par av terapeutene etterlyser også en familierapeutisk utdanning og systemterapeutiske redskap for å bedre kunne kommunisere med alle i familien. Det foreligger således en åpenhet for en økt kompetanse hos terapeutene vedrørende familiens aktive medvirkning ved behandling av AN.

Studier bekrefter også at terapeutene som jobber med voksne pasienter i psykiatrien ofte har for lite kunnskap og verktøy og hvordan en håndterer familiesamtaler på et konstruktiv sett (Mottaghipour & Bickerton 2005) Familiearbeidet oppfattes ofte som høyt spesialiserte intervensjoner som ikke ligger i arbeidsoppgavene til en voksenpsykiatrisk terapeut som har et individuelt klientfokus (Ibid)

Gjennom å introdusere familieresiliens perspektivet slik som det er beskrevet i omsorgspyramiden skulle en kunne utvikle en annen holdning hos terapeutene og dermed samspille med familien som en jevnbyrdig resurs. Samt gjøre aktive forsøk på å engasjere familien i den hensikt å styrke familieresiliens og den positive forståelse over at familiens konstruktive samspillsmønstre spiller en viktig rolle ved behandlingen av AN.

Den systemiske teorien som vist ovenfor har åpnet opp for nye måter å forstå problem på, hvordan det oppstår, hvordan det opprettholdes og hvordan problemet kan løses. Teorien har ikke fokus på hvem eller hva som årsaker problemet, men hvordan alle påvirker og påvirkes av hverandre (Jensen 2009).Utviklingen fra en intrapsykisk forståelse av symptomer til en relasjonell forståelse ble muliggjort gjennom denne teori (ibid).

Med dette som utgangspunkt har vi belyst samspillet mellom terapeuten i sin organisasjon, det vil si innenfor psykisk helse, og terapeutens erfaring, forståelse og holdning i møte med pasienten og pasientens familie. Den terapeutiske kultur som i dette tilfelle er innfor psykisk helse styrer således terapeutenes opplevelse holdninger og erfaringer, som i sin tur styrer pasienten og pasientens families reaksjon på dette.

Det som også framtrer i vår analyse er at terapeutene i vår undersøkelse ikke inkluderer familien som en likeverdig samarbeidspartner. Dette av ulike årsaker, og det som vi tolker er en framtrede årsak er at terapeutene i mange tilfeller ser på familien som dysfunksjonell, samt at de mangler familierapeutiske redskap.

Som en av terapeutene forklarte det at de så AN som et symptom på en mer grunnleggende dysfunksjon i familien, eksempel incest, og forklarer at det er mye sânt i vår pasientgruppe. Og mente ut ifra dette at en ikke nødvendigvis skulle ha familien med i behandling. Flere av terapeuten så familien som delaktig i utviklingen av AN. Dette er også i overenstemmelse med tidligere fremtrede perspektiver av familien som årsak til AN.

Dette perspektivet har også sin tradisjon i familierapien gjennom Minuchin sitt arbeide med den psykosomatiske familien og Milanoskolen betoning av familiens dysfunksjonelle mønster ved AN. Dette står i kontrast til dagens perspektiv på familiens rolle ved AN, men også andre psykiske lidelser. Ut i fra nyere forskning er familien blitt tilskrevet kompetanse og ressurser som anses som viktig bidrag i dagens behandling av AN.

Dette perspektivet ligger også i både retningslinjer fra helsedepartementet og i dagens lovverket som anmodninger om å inkludere familien som en samarbeidspartner. Vår undersøkelse viser at dette ennå ikke har fått den gjennomslagskraft som det oppfordres til.

En mulig forklaring til dette kan være at terapeutenes holdninger og perspektiv preger terapien slik at det reduserer muligheten for gjensidig kommunikasjon og samtidig reduserer familien muligheter til å snakke om det som familiens synes er vesentlig. Noe som er et eksempel på det som Per Jensen (2008) kaller en terapeutisk kolonisering.

Når vi gjorde intervjuene opplevde vi dessuten at samtlige terapeuter hadde en mer positiv holdning på slutten av intervjuet til det å inkludere familiene mer spesifikt. Dette tolket vi som at intervjuet satte i gang en refleksjonsprosess som bevisstgjorde terapeutens holdning til inkludering av familiene. Dette også når terapeutene i utgangspunktet var skeptisk til å inkludere familien. Så hva er det da som vanskeliggjør det for terapeutene å aktivt å inkludere familien? For å forstå dette må vi fortsette å søke etter svarene i det følgende tema.

## 5.2 Terapeutens rolle i terapien og forholdet til taushetsplikt

Innenfor spesialisthelsetjenesten i voksenpsykiatri er det forventet at terapeutene skal besitte relevant kunnskap om AN. Samtidig er det også vår erfaring at dette også forventes fra mange av våre pasienter og familier. At terapeuten har god kunnskap og erfaring om sykdommen og hvordan en skal bli frisk. Ved psykoedukasjonen inntar terapeuten en ekspertrolle, her er det terapeuten som besitter kunnskapen, og underviser familien om tilstanden. Dette er også i tråd med beskrivelsen av det første nivået i omsorgspyramiden som vi tidligere har beskrevet som en forståelsesmodell over hvordan psykiatriske terapeuter trinnvis kan involvere familien som samarbeidspartner i behandlingen.

Gjennom å bruke sin ekspertrolle kan terapeuten ha en stor mulighet til å påvirke og motivere pasienten til å invitere sin familien inn i behandlingen. Dette ved å betone betydningen av familiens rolle over å kunne hjelpe og utvikle et positivt selv bilde. Noe som i følge Stern beskrevet i Johnsen, Sundet, og Torsteinsson 2008 vil være sentralt fordi foreldrenes bilde av ”barnet” er viktig for ”barnet” for å forstå seg selv. Og som Stern mener er gjeldene også inn i voksen alder (Johnsen, Sundet, og Torsteinsson 2008).

Derimot om terapeuten inntar en ekspertrolle over hvordan behandlingen skal utformes og pasienten befinner i stadiet en eller to i den transteoretiske modellen vil dette kunne medføre en kraftig motstand fra pasienten. Og en kamp om hvem som skal ha fortolkningsretten. Denne kamp vil også inneholde tema om hvem som skal bestemme hvordan behandlingen skal utformes og hvilke som skal inviteres. I denne kamp er det da logisk at pasienten ikke ønsker involvering av familien fordi hun ikke deler verken terapeuten eller familiens syn på nødvendigheten av å endre sin anorektiske atferd. Pasienten er dessuten voksen kan bestemme selv og vil gjennom å bruke taushetsplikten som et viktig argument.

Om terapeuten ikke er lydhør og utforskende men fortsatt er dirigerende vil det ikke kunne forhandles om familiedeltakelse. Det poengteres også fra terapeutene vi intervjuet at de opplever et stort motstand fra pasienten mot å inkludere familien. Gjennom at pasienten ofte påberoper taushetsplikten og terapeutene aksepterer dette, uten å utforske og utfordre hva som ligger bak denne uvilje. Det som vi tolker er at terapeutene her er redd for å miste allianse med pasienten som ofte i starten på behandling er skjør hos denne pasientgruppe.

For å komme videre i motivasjonsprosessen der pasienten kan akseptere familiens deltagelse i behandlingen er det viktig at terapeuten har erfaring og kan bruke motiverende samtaler (Treasure m.fl.2001).

Det innebærer at rollen som terapeuten inntar vil også være avhengig av hvilken motivasjonsfase pasienten befinner seg i. Dette krever en følelsesmessig inntoning i pasientens perspektiv på sin sykdom. Som tidligere nevnt er pasienten i starten av behandlingen ofte i prekontemplering eller i kontempleringsfasen. Ved at terapeuten her veksler fra ekspertrollen til en mer utforskende rolle kan en løfte fram pasientens ambivalens og frykt til endring. Gjennom å eksternalisere problemet kan man hjelpe pasienten å få et bedre kart over hvor hun befinner seg i motivasjonsprosessen. Her er det viktig at terapeuten har en rolle som Vederer (2011) beskriver som en ”vennlig nysgjerrighet”. Dette kan være med å muliggjøre en utvikling av motivasjonen hos pasienten. Og som igjen innebærer at hun kan endre opplevelsen av familien fra og være et tilleggsproblem til å bli en støtte i sitt arbeid med endring.

Familiens betydning i denne prosess er også noe som helsedirektoratet (2008) poengterer i sine retningslinjer for behandling av voksne med psykiske lidelser framholder også familien som et aktivt samarbeidspartner i behandlingen.

I følge omsorgspyramiden trinn to framholdes det hvor viktig det er at terapeuter gir stor oppmerksomhet til familiens unike historie og de ressurser som finnes i hver enkel familie. Det er også en stor oppgave å gi håp til både pasient og familien gjennom å dele den erfaringen at AN er en reversibel tilstand, som det går å bli frisk fra, noe som også de fleste av terapeutene også hadde erfaring med. Men at dette krever en tålmodig kamp for alle som er følelsesmessig involvert og engasjert.

### **5.3 Arbeidsplassens rammer**

I terapeutenes beskrivelse av arbeidsplassens rammer kommer det tydelig fram at familiesamarbeid ikke er så enkelt å få til. Samtidig var det ingen av terapeutene som trodde at ledelsen hadde noe i mot at de inkluderte familien i behandling. En av terapeutene mente at dette til og med at ledelsen skulle ”applaudere” en familietilnærming. Det er også blitt framholdt av helsedirektoratet (2008) en anmodning at familien skal inkluderes også når det

gjelder voksne med psykiske lidelser. Slik vi forstår terapeutene, er det ikke i noen stor grad tilrettelagt i spesialisthelsetjenesten å inkludere familien. Men at strukturen er lagt for en individuell terapeutiske tilnærming.

Terapeuten beskriver arbeidsstrukturen på poliklinikken som følgende, terapeuten blir tildelt en pasient, og det er lagt opp til en 45 min til samtale, deretter 15 minutter referatskriving fra samtalen. Pasienten tas opp i teamdiskusjon og sammen med spesialistene i teamet settes diagnose, diskusjon av medisin og godkjenning av pasientens behandlingsplan. Det som også fremkommer er at terapeuten opplever seg mye alene, og har liten mulighet til refleksjon med andre terapeuter om behandlingen. For eksempel bruk av reflekterende team eller co terapeut var ikke en arbeidsform som en benyttet seg av.

Vi mener at arbeidsplassens rammer gir mer støtte for en instrumentell behandling, der løsningen forventes å komme fra terapeuten som ekspert til pasienten. Og at en relasjonell tilnærming, ikke får noen plass, hverken for pasientens eller terapeut.

Det bildet som treder frem fra intervjuene med terapeutene og deres syn på arbeidsplassens rammer og begrensninger er således et mønster av tradisjonell psykiatrisk virksomhet, som vi også er en del av. Dette mønster mellom ledelse og terapeuter har i følge Per Jensen en komplementær relasjon, det vil si at det forventes av ledelse å komme med retningslinjer over behandlingsstruktur og at denne i liten grad er et spørsmål om forhandling i en symmetrisk relasjon (Jensen 2008).

Samme komplementære struktur finner vi også igjen i beskrivelsene om samspillet mellom terapeut og pasient, der terapeuten legger premissene for hvordan behandlingen skal foregå. Dette benevnes av Bateson som isomorfisme i systemisk terminologi (Bateson 1972) En av terapeutene uttrykte også bekymring for denne utvikling over at spesialist helsetjenesten skulle bli enda mer ekspert orientert med sterkere fokus på individ diagnoser og manual basert terapi.

Det framkommer også at AN oftest krever en langsiktig behandling som strekker seg over flere år og at dette ikke var tilrettelagt på de ulike poliklinikkene. Denne diskusjonen er også noe vi kjenner vi igjen fra vår egen arbeidsplass. Det å skulle jobbe med en tilstand som

krever mye ressurser over lang tid kommer dermed i konflikt med den rådende arbeidsstruktur.

En annen av terapeutene fortalte om produksjonskravet de måtte oppfylle hver dag. Dette var med å begrense mulighetene til å arbeide med familiene til pasienten. Terapeuten forklarte dette med at familiesamtaler tok lengre tid og krevde mer planlegning. Vi tolket terapeutenes beskrivelser som at fokuset fra ledelse er mer rettet mot kvantitet på bekostning av kvalitet, at antall pasienter som gjennomstrømmer den polikliniske virksomhet blir mer viktig i den økonomiske kalkyle enn det kvalitative. Slik vi tolker terapeutens beskrivelser var ledelsen den ene siden positive til å inkludere familien, men på den andre siden gjorde ledelsen derimot ingen noen aktive tiltak i form av tilrettelegging eller oppmuntring til inkluderingen av familien.

Terapeutene etterlyste mer kunnskap om familieterapi som en forutsetning for at de skulle arbeide aktivt med familier. Som en av terapeutene uttrykte, betydningen av å lære seg å løse opp konflikter som lett kan oppstå i samtale med familien, samt lære seg bedre å forstå familiedynamikken som oppstår rundt sykdommen. Det innebærer at arbeidsplassens støttende funksjon, og kompetanseheving hos terapeutene ikke er styrket til å håndtere det utfordrende arbeidet som behandling av AN innebærer. Hvilket i sin tur også vanskeliggjør for pasienten og familien å utvikle sin resiliens mot AN.

Slik vi tolker dette vil på samme måte som familien savner en aktiv støtte for sitt perspektiv, å bli inkludert, så savner også terapeuten støtte for sitt ønske om kompetanse utvikling og aktiv tilrettelegging i hvordan man arbeider med familien. Vi tolker dette som at familiearbeid ved AN ikke er bevisstgjort hos verken hos terapeuten eller ledelsen og er derfor heller ikke et tema som er ført frem som en ønsket arbeidsform.

## 6 Avslutning

I forskningen vedrørende behandling av AN stilles det ofte det spørsmål hvilken metode er mest effektiv for å helbrede sykdommen. Er det individualterapi, med en spesifikk teknikk eller er det familierterapi innenfor en spesiell retning?

I vårt studie har vi i stedet stil spørsmål om det er mulig å inkludere familien i behandlingen, og i så all på hvilket måte? Vi er således mer interessert i de relasjonelle prosesser i behandlingen enn det instrumentelle. Flere studier er gjort over terapeuters erfaring av pasienters opplevelser av behandlingen og hva som har gitt best resultat.

Det er imidlertid bare noen få studier som har fokus på terapeutenes erfaring over samarbeide med pasientens familie. Studiene som er gjennomført peker derimot på en mangel over aktivt inkludering av familien. Dette til tross for familiens klart utrykte ønske om å bli invitert. Vi har gjort vår studie i den hensikt å få en bedre forståelse om samspillet mellom terapeut-pasient –familien i behandling av AN på voksenpsykiatrisk poliklinikk. Studien har fem informanter, slik at den ikke tillater noen generell slutninger men peker allikevel på mønstre i samspillet som kan være verdifulle for fortsatt utvikling av behandling med familien som samarbeidspartner. Undersøkelsen viser at terapeutene har en omfattende kunnskap om AN og hvordan den påvirker pasienten så vell psykisk som fysisk.

Terapeutene kan også beskrive på en grundig måte hvordan AN virker inn i familiens hverdagsliv og hvordan AN fører til en stressfull dynamikk som berører alle personer som har en emosjonell relasjon til pasienten.

Ved å formidle denne kunnskap og forståelse til familien, framkommer det i vår studie en mulighet til å redusere det som terapeuten beskriver som stress hos familien. Andre studier viser at familiene framholder, at det å få kunnskap om AN sine ytringer, samt det å få hjelp til å utvikle mestrings strategier rundt måltidene er viktig. Dette i tillegg til hvordan en kan håndtere krisesituasjoner som oppstår i familien er tydelige ønsker fra familiens sin side. Gjennom en økt kunnskap om tilstandens sterke og styrende funksjon som AN har over pasienten, kan man øke forståelsen i familien over den ambivalente holdningen pasienten har til endring av sin tilstand. Dette er, for mange rundt pasienten helt uforståelig og ulogisk. Denne ambivalente holdning hos pasienten kan være utfordrende også for terapeuter og deres

organisasjon. Og krever derfor spesielle ressurser og kunnskaper om hvordan en motiverer pasienten til behandling av sin sykdom. Ved å lære seg om hva som fremmer motivasjonsprosessen hos pasienten kan man lettere få samtykke til at familien får delta i behandling. I vår undersøkelse viser det seg at forhandling mellom terapeut og pasient ikke ligger som et bevisst forhandlingstema. Konsekvensen av dette er at familien blir utestengt, eller at deres deltakelse blir marginalisert.

Så til tross for aktuell forskning på familieresiliens og nasjonale retningslinjer for inkludering av familie som samarbeidspartner innen voksenpsykiatrien. Så er det vår oppfatning at familien blir i for liten grad involvert innenfor voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Det som kom fram i vår analyse var også at terapeuten synes det kunne være utfordrerne å strukturere samtaler hvor også familien var med. At det var mange i rommet å forholde seg til. Ofte inntar her terapeuten en rolle det vil si at terapeuten framstår som ekspert på hvordan behandlingen skal utformes. Dette er en rolle som kan føre til en kamp mellom terapeut og pasient. Hvis terapeuten i stedet kunne endre sin rolle til å bli mer utforskende vill dette føre til en bedre inntoning i hva pasient og familie ønsker seg. Vi tolker det derfor som at terapeutene mangler kunnskap og erfaring for å motivere pasienten til å inkludere familien i behandling. Og bruker derfor her taushetsplikten som et alibi for denne manglende kunnskap om motivasjonsprosessen.

I de siste årene har det dog blitt rapportert en endring når det gjelder foreldrenes involvering i behandlingen. Der familien rapporterer at de har blitt imøtekommet på deres behov for informasjon og veiledning, på hvordan de skal forholde seg til AN. Det som også har blitt lagt vekt på i omsorgspyramiden, er at det som er viktig for å få til et videre konstruktiv samarbeid i behandlingen, hvor familien er med, er å støtte både pasient og familien i de ulike dilemmaer som oppstår i hverdagen.

Flere studier viser også at det går å inkludere familien samtidig som en tilfredsstillende taushetsplikten gjennom at pasienten aktivt deltar i familiesamtale og er dermed med på å styre hvilke tema som tas opp til diskusjon. Ved å skape en atmosfære der pasienten og familiens behov, kunnskap og ressurser står i sentrum, er det mulig å utvikle en tillitsfull relasjon hvor respekten for pasientens integritet blir ivaretatt.



I vår undersøkelse fremgår det tydelig at ledelse er positiv til familieinkludering, men samtidig er det ingen tiltak som underletter eller motiverer for familiesamtalen. Terapeutene forteller om rigide administrative rutiner som vanskeliggjør det å inkludere familien. Familieomsorgsmodellen ser vi kunne være en konstruktiv måte å bevisstgjøre for ledelsen hvordan pasienten og familien sine ressurser kunne utnyttes og utvikles bedre. Denne modellen ser vi også er direkte tillempningsbar i behandlingen av andre psykiske vansker.

## 7 Litteraturliste:

*Alvorlige spiseforstyrrelser, Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten.* (2000). Statens helsetilsyn. Utredningsserien 7:2000

Anderson, C. M. , Reiss, D. J. , Hogarty, G. E. , (1986). *Schizophrenia and the family – a practitioners guide to psychoeducation and management.* New York: The Guildford Press.

Anderson, H. (2003). *Samtale, språk og terapi – et postmoderne perspektiv.* 1. Utg. København: Hans Reitzels Forlag.

Bateson, G. (1972). *Mentale systemers økologi.* 1. Utg. København: Akademisk Forlag.

Brinkmann, S. , Tanggaard, L. (red.) (2012). *Kvalitative metoder – empiri og teoriutvikling.* 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bruch, H. , (1973). *Eating Disorders – Obesity, Anorexia Nervosa and the person within.* New York: Batic Books, Inc. Publishers.

Cuijpers, P. ,(1999). *The effects of family interventions on relatives burden – a meta-analysis.* Journal of Mental Health, 8, 275-85.

Dallos, R. , Draper, R. (2007). *Familieterapi – systemisk teori og praksis.* 1. Utg. København: Hans Reitzels Forlag.

Dare, C. , Eisler, L. , Russell, G. , Treasure, J. , Dodge, L. (2001). *Psychological therapies for adults with anorexia nervosa – randomized controlled trial of out-patient treatment.* British Journal of Psychiatry, 178, 216-221.

DSM-5. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders.* 5. Utg. American Psychiatric Association.

Eisler, I. , (2005). *The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa.* Journal of Family Therapy, 27, 104-131.

Eisler, I. , (1995). *Family models of eating disorders*. In G. Szukler, C. Dare, J. Treasure, (Eds.) *Eating Disorders – Theory, Treatment and Research*. (pp 141-153), West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.

Eliassen, H. , Seikkula. J. (red.) (2008). *Reflekterende prosesser i praksis – klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Fisher, C.A., Hetrick, S.E., Rushford, N. *Family therapy for anorexia nervosa* (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2010. Apr 14: (4) doi: 10. 1002/14651 858 CD00478. Pub 2

Fonagy, P. , Steele, M. , Steele, H. Higgitt, A. , Target, M. (1994). *The emanuel miller memorial lecture 1992 – the theory and practice of resilience*. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35, 231-257

Garner, M. D. , Garfinkel, E. P. , (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. 2. Utg. New York: The Guilford Press, A division of Guilford Publications, Inc.

Gergen, J. K. , Gergen, M. (2005). *Social konstruktion - ind i samtalen*. 1. Utg. København: Kenneth J. Gergen, Mary Gergen og Dansk Psykologisk Forlag AS.

Hoek, H. , Hoeken, D. (2003). *Review of prevalence and incidence of eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 79-81.

Hårtveit, H. , Jensen, P. (2004). *Familien – pluss en – innføring i familierapi*. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobi, C. , Hayward, C. , Zwaan, M. , Kraemer, H. C. , Agras, W.S. (2004). *Coming to terms with risk factors for eating disorders – Application of risk terminology and suggestions for general taxonomy*. *Psychological Bulletin*, 130 (1) 19-65- doi: 10. 1037/0033-2909.120.1.19

Jensen, P. , (2008). *The Narratives Which Connect*. A Qualitative Research Approach to the Narratives which Connect Therapists' Personal and Private lives to their Family Therapy Practices. Doctorate of systemic Psychotherapy awarded by the University of East London in conjunction with the Tavistock Clinic

Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt – kommunikasjons-og familieperspektivet i helse-og sosialarbeid*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnsen, A. , Sundet, R. , Torsteinsson, W, V. (red.) (2008). *Samspill og selvopplevelse – Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. 1. utg. Oslo: Forfatterne og Tano Aschehoug.

Johnsen, A. , Torsteinsson, W, V. (2012). *Lærebok i familierapi*. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Keitel, M. A. , Parisi, M. , Whitney, J. L. , Stuck, L. F. , (2010). *Salient stressors for mothers of children and adolescents with anorexia nervosa*. *Eating Disorders*. 18, 435-444 doi: 10.1080/10640266.2010.511937

Kvale, S. , Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvvello, Ø. (2007). *Utredningen av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Le Grange, D. , (1999). *Family therapy for adolescent anorexia nervosa*. *Journal of Clinical Psychology, Psychotherapy in Practice*, SS (6), 727-739

Le Grange, D. , Eisler, I. , (2008). *Family interventions in adolescent anorexia nervosa*. *Child and adolescent Psychiatric Clinical North America*, 18, 159-173. (ED) Eating Disorders program, Chicago, Illinois: The University of Chicago Medical Center.

Lock, J. , Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa*. 2. Utg. New York: The Guilford Press, A division of Guilford Publications, Inc.

Look, J. , Le Grange, D. , Agras, W. S. , Dare, C. , (2001). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa*. New York: The Guilford Press.

Lundby, G. (2008). *Historier og terapi – om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. 1. Utg. Oslo: Tano Aschehoug.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Milos, G. , Spindler, A. , Ruggerio, R. , Klaghofer, R. , Schnyder, U. , (2002). *Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 31 (3), 284-289. Doi: 10.1002/eat.10013

Minuchin, S. , Rosman, B. , Baker, L. , (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.

Mottaghipour, Y. , Bickerton, A. (2005). *The pyramid of family care – a framework for family involvement with adult mental health services*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4:3, 210-217

Palazzoli, M. S. , (1974). *Self-starvation – from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Human Context Books.

Pearlstein, T. (2002). *Eating Disorders and comorbidity*. Archives of Mental Health, 4, 67-78

Prochaska, J. O. , Diclemente, C.C. , (1983). *Stages and processes of self-change of smoking – toward an integrative model of change*. Journal of consulting and clinical psychology, 51, 390-395

*Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. (2008). Helsedirektoratet. ISBN: 978-82-8081-097-7

Richardson, H. B. , (1948). *Patients have families*. New York: Commonwealth Fund.

Ringskog, S. (1999). *Somatiska komplikationer vid anorexia och bulimia nervosa*. Lakartidningen. 96 (8) : 885-886

Roijen, S. , (1992). *Anorexia nervosa families – a homogeneous group*. A case record study. Acta Psychiatry Scaud, 85, 196-200

Russel, G. F. M. (1995). *Anorexia nervosa through time*. In G. Szmukler, C. Dare & J. Treasure (Eds), *Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Pp (5-17). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Rutter, M. (2006). *The promotion of resilience in the face of adversity*. In Clarke-Stewart, A. , Dunn, J. (Eds.) *Family counts. Effects on child and adolescent development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Skårderud, F. (2000). *Sterk – svak, håndboken om spiseforstyrrelser*. 1.utg. Oslo: Aschehoug & Co.

Sullivan, P. F. (1995). *Mortality in anorexia nervosa*. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1073 – 1074

Szmukler, G. , Dare, C. , Treasure, J. (1995). *Handbook of Eating Disorders – theory, treatment and research*. 1. Utg. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Thune-Larsen, K-B. , Vrabel, K. (2004). *Spiseforstyrrelser – hvordan arbeide med familien*. *Tidsskrift for Norske Legeforening*, 124: 2254-2257

Treasure, J. , Szmukler, G. I. , (1995). *Medical complications of chronic anorexia nervosa*. In G. Szmukler, C. Dare, J. Treasure (Eds.), *Eating Disorders – Theory, Treatment and Research*. (pp 197-220). West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.

Treasure, J. , Schmidt, U. (2001). *Ready, willing and able to change: motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders*. *Eur. Eat. Disorders. Rev.* 9: 4-18.

Treasure, J. , Claudiono, A. M. , Zucker, N. (2010). *Eating disorders*. *Lancet* 375, 583-593, doi: 10.1016/50140-6736 (09) 61748-7

Vedeler, G. H. , (2011). *Familien som ressurs i psykososialt arbeid del 1*. Fokus på Familien, 4, 263-281.

Unikel, C., Von Holle, A. , Bulik, C. M. , Ocampo, R., (2012). *Disordered eating and suicidal intent – the role of thin ideal internalisation, shame and family criticism*. Eating Disorders Review, 20, 39-48. Doi: 10.1002/erv.1070

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativ orientert samfunnsforskning*. 1. Utg. Flekkefjord: Seek AS.

White, M. (2009). *Kart over narrativ praksis*. 1. Utg. Oslo: Pax Forlag AS.

## **Appendix**

Infoskriv

Intervjuguide

NSD godkjenning



## INFORMASJONSSKRIV

Forespørsel om å få intervju deg som ansatt ved poliklinikken i forbindelse med vårt forskningsprosjekt knyttet til masterstudiet i familierapi og systemisk praksis.

### Bakgrunn og formål

I forbindelse med vår masterutdanning i familierapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets høgskole, ønsker vi å gjennomføre et forskningsprosjekt med fokus på holdninger og perspektiver hos behandlere når det gjelder familierapi i behandlingen av Anorexia nervosa.

Hensikten med prosjektet er å få økt forståelse og innsikt, gjennom å kartlegge og høre deres erfaringer, over muligheter og begrensninger, i behandling der familien er involvert ved sykdommen Anorexia nervosa.

Vi har valgt å gjennomføre et kvalitativt forskningsstudie, og ut fra det ønsker vi å intervju 1-2 ansatte fordelt på de ulike psykiatriske poliklinikkene i Ahus.

Da vi har valgt å ha en fenomenologisk tilnærming til materialet som innhentes, vil det bli lagt vekt på den enkelte ansattes opplevelse i møte med denne type problematikk. Prosjektet vil bli utført av undertegnede, med veiledning av doktor stipendiat Åse Holmberg ved Diakonhjemmets høgskole.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi har valgt semistrukturert intervju, og hvert intervju vil være av ca. 1 times varighet.

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi grunn. Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til arbeidsgiver dersom du ikke ønsker å delta eller dersom du senere velger å trekke deg.

Identiteten til informanter som samtykker i å delta i denne studien vil i oppgaven bli anonymisert. Jeg ønsker å få mulighet til å ta opp lydbåndopptak fra intervjuene. Datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt. Lydbåndopptakene vil bli lagret i arkivskap ved Follo Dps, og vil ikke bli tilgjengelig for andre enn undertegnede og veileder.

Navnelister vil bli oppbevart separat fra det øvrige datamaterialet, men vil kunne kobles mot datamaterialet ved hjelp av en referansekode som kun student har tilgang til. Etter at masteroppgaven er godkjent vil lydbåndopptak bli slettet. Likedan vil transkripsjoner og notater fra intervju bli anonymisert.

Det vil også bli lagt stor vekt på å anonymisere den informasjon som framkommer i oppgaven. Dersom det er ønskelig kan du som informant få lese oppgaven før den blir levert, for å sikre at materialet fra intervjuene er tilstrekkelig anonymisert. Masteroppgaven forventes å være avsluttet i mai 2015.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, og godkjent der. Vil du lese mer om dette kan du gå inn på [www.asd.no](http://www.asd.no). Ut

fra anbefaling fra NSD har jeg vært i kontakt med Regional komité for medisinsk forskningsetikk, og de har bekreftet at prosjektet ikke er fremleggingspliktig for dem.

Hvis du ønsker å delta i prosjektet, kan du kontakte oss på tlf. Anita Ulwan 91560650, Olof Ulwan 47368484.

Håper du tar kontakt, og gjerne så snart som mulig. Du kan også kontakte oss hvis du har spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker mer informasjon. Det er også mulig å ta kontakt med vår veileder stipendiat Åse Holmberg på Diakonhjemmets høgskole, telefon: 22451961

Med vennlig hilsen  
Anita og Olof Ulwan

Behandlere ved Follo Dps

Vi har forberedt følgende spørsmål:

1. Kan du beskrive ditt ansvarsområde på din arbeidsplass og hvilken yrkesrolle du har.
  2. Kan du si noe om erfaringene du har med å arbeide med pasienter med AN og deres familier.
  3. Kan du beskrive din nåværende psykoterapeutisk holdninger til å behandlingen av AN
  4. Ut ifra disse holdningene til behandlingen av AN, hva er din oppfatting av effektiviteten av behandlingen?
  5. Synes du det er behov for å utvikle en behandlings manual basert på aktuell forskning i dette feltet.
- 
6. Hva er ditt syn på familiebasert behandling ved AN
  7. Hvor anvendbart tror du at familiebasert behandling av AN vil være på din arbeidsplass?
  8. Hva har vært eller kan være fordelene ved å bruke familiebasert behandling ved AN på din arbeidsplass?
  9. Hva har vært eller kan være ulempene ved å bruke familiebasert behandling ved AN på din arbeidsplass?
  10. Tenk deg at du skal beskrive familiebasert terapi for din pasient og hennes familie, hvilke element i behandlingen tror du familien skulle motta positivt?
  11. Hva i behandlingen tror du skulle vanskeliggjøre deltagelsen for pasienten og hennes familie ?
  12. Er familiebasert behandling i overensstemmelse med dine nåværende vurderinger av behandlingen av AN?
  13. Kan familiebasert behandling anvendes ved andre typer spiseforstyrrelser inkludert Bulimia nervosa?
-



Åse Holmberg  
Diakonhjemmet Høgskole  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 23.05.2014

Vår ref: 2014/1A-118

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38918</i>	<i>Med eller uten familien på laget i kampen mot amoneia nervosa</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Åse Holmberg</i>
<i>Student</i>	<i>Olaf og Anita Ulwan</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utanek Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Olaf og Anita Ulwan [ulwananita@gmail.com](mailto:ulwananita@gmail.com)

Documentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning

Autentiserings / Elektronisk Offis

OSD NSD Universitet / Oslo, Postboks 105 Blindern, 0316 Oslo, Tlf: +47 22 85 51 31, [nsd@nsd.no](mailto:nsd@nsd.no)  
NSD Norge AS, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2007 Trondheim, Tlf: +47 75 58 31 03, [kjops@nsd.no](mailto:kjops@nsd.no)  
OSD NSD, Sir, Universitetet i Tromsø, 9017 Tromsø, Tlf: +47 77 60 59 26, [nsd@hvl.no](mailto:nsd@hvl.no)



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 38918

Utvalget består av ansatte ved psykiatriske poliklinikker som har erfaring med behandling av sykdommen Anorexia nervosa. De rekrutteres via leder ved ulike poliklinikker, og vi anbefaler at leder videreformidler kontakten/informasjonen om prosjektet på vegne av student, slik at det legges opp til at informantere rekrutterer seg selv.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Diakonhjemmet Høgskole AS sine interne rutiner for datasekkerhet.

Forventet prosjektslutt er 30.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlende opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammensetting av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak