



«Vel bekomme»

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi bidra til at foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Anniken Tangevald-Hansen

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i familieterapi og systemisk praksis, MAFAM-19

Antall ord: 24 552

Dato: 26.05.23

Opphavsrettigheter
Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.
Nedlastning for privat bruk er tillatt.

Eg ser

Eg ser at du er trøtt

Men eg kan ikkje gå alle skrittene for deg

Du må gå de sjøl

Men eg ve gå de med deg

Eg ve gå de med deg

Sang av: Bjørn Eidsvåg

Sammendrag

Tittel: Vel bekomme

På hvilken måte kan systemisk forståelse bidra til at foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Hensikt: Dette kvalitative studiet har til hensikt å utforske opplevelsen av endringsprosesser som kan oppstå i flerfamilieterapi (FFT) hos foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter. Med utgangspunkt i studiets forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever foreldre endringsprosess i flerfamilieterapi?
- Hvordan opplever terapeuter endringsprosess i flerfamilieterapi? Og hvilken kompetanse oppleves som relevant?

Metode: I dette studiet har det blitt benyttet en kvalitativ tilnærming med to fokusgrupper for å undersøke opplevelsen av endringsprosesser til foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter gjennom sin deltagelse i flerfamilieterapi. De kvalitative dataene er innhentet fra en fokusgruppe med ni foreldre og en fokusgruppe med fire terapeuter. Dataene har blitt analysert og fortolket ved hjelp av Kirsti Malterud (2018) sin systematiske tekstkondensering og dens fire trinn. Fire hovedkategorier ble identifisert: en forskjell som utgjør en forskjell; livet er mer enn spiseforstyrrelse; et lys i tunnelen; de «usynlige» fasilitatorer.

Funn: De fire hovedfunnene representerer fortellinger om ulike endring som har oppstått gjennom deres deltagelse. Noen av temaene handler om; *å møte andre i lignende situasjon, tryggere i sin rolle som foreldre, å bli møtt med kunnskap og erfaringer, reduksjon av skyld og skam og følelsen av håp for fremtiden.*

Nøkkelord: Flerfamilieterapi, spiseforstyrrelse, systemisk forståelse, foreldre, terapeutens rolle, endring

Abstract

Title: You are welcome

In what way can systemic comprehension contribute so that parents of children with eating disorders and therapists experiencing a process of change?

Intention: This qualitative study aims to explore the experience of change processes that can occur in multifamily therapy (MFT) in parents of children with eating disorders and therapists. Based on the study's research questions:

- How parents experience the process of change in multifamily therapy?
- How do therapists experience the process of change in multifamily therapy? And which competence is perceived as relevant in meeting with the families?

Method: This study is based on a qualitative approach where two focus groups have been observed to examine the experience of change processes for parents of children with eating disorders and therapists through their participation in multi-family therapy. The qualitative data was obtained from one focus group with nine parents and one focus group with four therapists. The data have been analyzed and interpreted using Kirsti Malterud's (2018) systematic text condensation and the four steps the theory described. Four main categories were identified: a difference that makes a difference; life is more than an eating disorder; the light at the end of the tunnel; the "invisible" facilitators.

Findings: The four main findings represent stories about various changes that have occurred through their participation. Some of the topics involve; to meet others in a similar situation, to be more secure in their role as parents, to be met with knowledge and experiences, reduction of guilt and shame and to create hope for the future.

Key words: Multifamily therapy, eating disorder, systemic comprehension, parents, therapist's role, change

FORORD

Jeg vil begynne med å takke alle de flotte menneskene som deltok i dette prosjektet, uten deres hadde ikke denne oppgaven blitt tid. Tusen takk for alle fortellingene dere delte med meg.

Nicoletta Businaro, for en kvinne. Jeg er utrolig takknemlig for at du ble min veileder. Du har bidratt til en enorm trygghet og støtte gjennom hele prosessen. Din kompetanse og engasjement for faget og studiet mitt har vært unikt.

Takk til alle mine medstudenter, lærere og forelesere, jeg kommer til å savne våre møtepunkter med gode klemmer, refleksjoner og samtaler i tiden fremover. Samtidig som jeg unner hver og en av oss å endelig komme i havn med denne masteroppgaven. Selv om vårt studieforløp er ved veis ende, vil faget være i konstant utvikling i hver og en av oss og i våre møter med andre mennesker. Gleder meg til å plutselig treffes igjen i en annen kontekst.

Takk til min kjære arbeidsplass som har støttet, heiet og tilrettelagt langt mer enn jeg kunne forvente. At dere har sett betydningen av å styrke det familieterapeutiske arbeidet har vært helt avgjørende for meg i denne prosessen.

Min fantastiske mann, Fredrik. Du er helt enestående. Jeg elsker at du elsker å dekke opp med de deiligste rettene. Du har sørget for mange hyggelige stunder gjennom denne prosessen og nå gleder jeg meg til flere. Tusen takk.

Mine to nydelige gutter, Ludvig og Frans. Takk for deres tålmodighet og gode klemmer underveis. Nå er jeg endelig ferdig og ser frem til masse tid sammen med dere.

En helt spesiell uttalelse går til mamma. Mamma, denne reisen hadde ikke vært mulig uten deg. Du har alltid stått ved min side og heiet meg frem i livet. Du har lært meg til å finne troen til å mestre og utfordre meg langt lengre enn det jeg trodde jeg hadde kapasitet til. Jeg vet at du vet.

Oslo, mai, 2023

Anniken Tangevald- Hansen

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Formål og relevans	3
1.3	Problemstilling.....	3
1.4	Oppgavens oppbygging.....	4
1.5	Begrepsavklaringer og avgrensninger.....	4
2.	Studiets teoretiske rammeverk	5
2.1	Fra systemteori til familierapi.....	5
2.2	Familierapiens historie.....	7
2.2.1	Strukturell familierapi og terapeutens posisjon	9
2.2.2	Strategisk familierapi og terapeutens posisjon	10
2.2.3	Systemisk familierapi og terapeutens posisjon	10
2.2.4	Narrativ tilnærming og terapeutens posisjon.....	11
2.2.5	Samarbeidsorientert tilnærming og terapeutens posisjon	12
2.3	Familien som et system.....	12
2.4	Spiseforstyrrelse i samfunnet.....	13
2.5	Spiseforstyrrelse i familien	14
2.6	Familiebasert behandling (FBT)	15
2.7	Flerfamilierapi (FFT).....	16
2.7.1	Flerfamilierapi ved Regional seksjon for spiseforstyrrelse (RASP)	18
2.7.2	Terapeutens rolle i FFT.....	19
2.8	En terapeutisk posisjon	20
2.9	Følelser	20
2.10	Relevant forskning om temaet.....	22
3.	Metode	25
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted	25
3.1.1	Sosialkonstruksjonisme	25
3.1.2	Fenomenologi og hermeneutikk	26
3.2	Kvalitative metode.....	27
3.2.1	Kvalitative forskningsintervju	28
3.2.2	Utforming av intervjuguide	29
3.2.3	Utvalg og rekruttering av deltakere.....	30
3.2.3	Gjennomføring av fokusgruppene.....	31
3.2.4	Transkribering.....	32
3.2.5	Forforståelse og refleksivitet.....	33
3.3	Reliabilitet, validitet og overførbarhet.....	34

3.4	<i>Etiske vurderinger</i>	34
3.5	<i>Analyse av data</i>	35
3.5.1	<i>Analysemetode</i>	35
3.5.1.1	<i>Helhetsinntrykk – fra kaos til temaer</i>	36
3.5.1.2	<i>Meningsbærende enhet – fra foreløpig temaer til koder og sortering</i>	36
3.5.1.3	<i>Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold</i>	37
3.5.1.4	<i>Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begrep og resultat</i>	37
4.	Presentasjon av funn	39
4.1	<i>En forskjell som utgjør en forskjell</i>	39
4.1.1	<i>Før og nå</i>	40
4.1.2	<i>Vi er ikke alene</i>	44
4.2	<i>Livet er mer enn spiseforstyrrelse</i>	46
4.2.1	<i>Dette er en forpliktelse</i>	46
4.2.2	<i>Å se fremover</i>	47
4.3	<i>Et lys i tunnelen</i>	48
4.3.1	<i>Berg og dalbane av følelser</i>	49
4.3.2	<i>Sammen på en ny måte</i>	51
4.4	<i>De «usynlige» fasilitatorer</i>	52
4.4.1	<i>Teori og praksis</i>	52
4.4.2	<i>Ikke takk oss, takk hverandre</i>	54
4.5	<i>Oppsummering av funnen</i>	55
5.	Drøfting av funn	56
5.1	<i>Utrygghet</i>	56
5.2	<i>Litt mindre utrygg</i>	59
5.3	<i>Tryggere</i>	63
5.4	<i>Større trygghet</i>	64
6.	Veien videre	67
6.1	<i>Mulige svakheter ved studiet</i>	67
6.2	<i>Tanker om videre forskning på feltet</i>	68
6.3	<i>Siste ord</i>	68
	Litteraturliste	69
	Vedlegg 1: Intervjuguide med foreldre	73
	Vedlegg 2: Intervjuguide med terapeutene	75
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke til deltagelse	77
	Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykke til tredjeperson	82
	Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD (SIKT)	87

Vedlegg 6: Eksempel på kodeprosess.....	90
Vedlegg 7: Et visuelt bilde fra fokusgruppe med foreldre til drøfting.....	91

1. Innledning

Et måltid rundt bordet er forbundet med et sosialt samlingspunkt for familie og venner. Ofte er det da de små og store fortellingene blir delt med hverandre. De seneste årene har et måltid fått større betydning for meg, min familie og min omgangskrets. Det er knyttet mange gode følelser omkring et måltid og i de fleste settinger blir måltidet, i form av treretters, tradisjonsrik mat, småretter, husmannskost, bakst eller turmat rundt et bål hovedfokuset for sammenkomsten. I vår tid handler ikke et måltid lenger om å dempe sulten, men sammenkomsten i seg selv i et fellesskap. Og i den forbindelse ble uttrykket, Vel bekomme en passende tittel for denne oppgaven. Et måltid kan også knyttes opp mot psykisk helse, trivsel og livsglede med en historisk, kulturell og sosial betydning. Jeg er fullt og helt innforstått med at jeg tar utgangspunkt i min oppfatning knyttet til hva et måltid innebærer når jeg skriver dette, samtidig som at jeg er fullt klar over at det ikke er sånn for alle familier.

Gjennom min reise inn i det systemiske landskapet har det blitt tydeligere for meg at mennesker trenger mennesker. Biologisk, i et evolusjonsperspektiv er mennesker «flokkdyr». I utgangspunktet sosiale vesener som naturlig søker beskyttelse i et fellesskap, og utvikler seg i et fellesskap. I en gruppe er det potensielt sterke krefter i sving, som kan utgjøre betydelige fordeler for følelsen av fellesskapet, for helhet, kreativitet og hyggelig samvær. En gruppe kan både utgjøre en positiv arena for utvikling av vekst for mennesker, samtidig som uhensiktsmessige prosesser kan utspille seg (Bjerke, 2018, s. 22-23).

Videre har min forelskelse til faget, med de mange ulike familieterapeutiske tilnærmingene, utvidet min ryggsekk i møte med familier med utfordringer. Jeg er ikke lengre opptatt av å «vite» alt eller gi et konkret svar, men heller opptatt av hva som skjer mellom oss i våre møter. Og hvordan min ryggsekk med et mangfold av ulike perspektiver kan gi rom for nysgjerrighet fremfor en forutinntatthet. Min erfaring med å samle flere familier sammen i en terapeutisk kontekst har gitt meg en opplevelse av mulighetens rom, hvor settingen legger til rette for å snakke sammen på en annen måte, som igjen kan føre til ny innsikt eller større forståelse for hverandres opplevelser. Hvor blandede følelser fra de ulike familiemedlemmene kan komme til syne, fra ubehagelig, skummelt, nyttig og lærerikt. Det jeg sitter igjen med, handler ikke nødvendigvis om de ulike intervensjonene i en

gruppekonsultasjon, men at en ny kontekst gir mulighet for å være sammen på en annen måte og at det «fastlåste» ikke lenger er like låst. Og som sangteksten til Bjørn Eidsvåg illustrerer, at noen ganger i livet trenger vi mennesker noen å støtte oss til.

Min nysgjerrighet ligger på bakgrunn av det i foreldrenes og terapeutenes opplevelsen av sin deltagelse i flerfamilieterapi (FFT), opp mot Gergen (2010 s.13) sitt sitat *Sammen konstruerer vi vores verden*.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har over en lengre periode arbeidet i en kontekst der arbeidsbeskrivelsen vektlegger ivaretagelse av personer som er berørt av en annens sykdom innenfor psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet. Min forforståelse har gjennom denne perioden gradvis utviklet seg til å reflektere dypere rundt betydningen av å tilby personene rundt en annen person som har en sykdom et «trygt rom» for sin del. Et rom hvor deres opplevelse, erfaringer og bekymringer knyttet til utfordringen de står ovenfor kan få et språk og bli bevitnet av noen andre fra lignende situasjon og fra fagpersoner. Min opplevelse av hva som kommer til uttrykk er varierende, men ofte gis en beskrivelse av at situasjonen oppleves som svært krevende, og at følelser som maktesløshet, skyldfølelse, tabu, ensomhet og lite selvivaretagelse i form av sosiale sammenkomster kommer til syne. Disse erfaringene har blitt med meg videre for min egen del, på min reise innen det systemiske landskapet og i arbeidslivet.

I min arbeidskontekst i dag jobber jeg som familieterapeut ved en familie døgnet for barn og unge med alvorlig spiseforstyrrelse, hvor familien som helhet er en viktig støttespiller for pasienten og for helsepersonell gjennom hele innleggelsen. Med mine tidligere erfaringer og all ny kompetanse og kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom studiet, opplever jeg at nye perspektiver har vokst frem og gitt betydning for hvordan jeg ønsker å møte familier med utfordringer. Min opplevelse fra mine møter med foreldrene i min arbeidskontekst er at de så inderlig ønsker det beste for sitt barn, og at de ønsker å være til stede gjennom hele behandlingsforløpet. Gjennom et behandlingsforløp kan det være perioder der foretrukket endring kan være vanskelig å adressere, hvor følelsen av utålmodighet og tap av håp står sterkt. Over tid beskriver foreldrene situasjonen som svært belastende, og flere setter ord på hvordan familiens liv og hverdag så drastisk har endret

seg. «Bilde» de hadde av sitt familiesystem har endret seg totalt: sorg, sinne, dårlig samvittighet, mangel på sosialt, lite spontanitet, fastlåste rutiner og maktesløshet overfor sykdommen er temaer som ofte gjentar seg i foreldregruppen.

1.2 Formål og relevans

Formålet med denne masteroppgaven er å bidra med ny og økt kunnskap og forståelse rundt hvordan foreldre til barn/unge med spiseforstyrrelse tar nytte av deltagelse og hva terapeutene vektlegger som betydningsfullt for endringsprosess i flerfamilieterapi (FFT). Denne masteroppgaven vil være relevant for fagpersoner innenfor familieterapifeltet med arbeid opp mot familier med emosjonelle og atferdsmessige utfordringer, innenfor pårørendearbeid og samarbeid.

Funnene i denne masteroppgaven vil være relevant innenfor feltet psykisk helse, for barn og unge og deres familier, fagpersoner i møte med familier og en utvidelse av allerede eksisterende forskning. Videre har denne studien til formål å utforske om flerfamilieterapi styrker eller avkrefter allerede kjent forskning som støtter opp rundt effekten av behandlingsmetoden. Til tross for anbefalingene råder det fortsatt et behov for informasjon og kunnskap om hvor foreldre til barn med spiseforstyrrelse skal oppsøke hjelp, og tilstrekkelig kunnskap blant fagmiljøet og terapeuter, både i helsepolitikken og blant ledere innen psykisk helse (Bjerke, 2018, s. 43). Jeg håper at dette studiet kan bidra til å sette «lyskasteren» på og fremheve betydningen av systemisk forståelse i møte med familier. Videre ønsker jeg å belyse på hvilken måte ulike systemiske tilnærminger oppleves nyttig i samarbeid mellom terapeut og familiene og mellom familier og familier.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av tematikk nevnt over har jeg valgt følgende problemstilling for min masteroppgave:

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi (FFT) bidra til at foreldre med barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å belyse min problemstilling:

- Hvordan opplever foreldre endringsprosess i flerfamilieterapi?

- Hvordan opplever terapeuter endringsprosess i flerfamilieterapi? Og hvilken kompetanse oppleves som relevant i møte med familien?

1.4 Oppgavens oppbygging

Dette studiet vil bli belyst gjennom en reise fordelt på seks kapitler. Oppgaven har som hensikt å bli formidlet som en sammenhengende tekst fra start til slutt, som en rød tråd som skal følges gjennom oppgaven. I kapittel 1 blir det gitt en innføring og et innblikk i oppgavens omfang, bakgrunn for valg av tema, hensikt med oppgaven og problemstillingens ordlyd. Det vil også bli gitt en redegjørelse av begrepsavklaring og avgrensning som har vært nødvendige å gjennomføre. I kapittel 2. blir oppgavens teoretiske ramme presentert, hvor teori er valgt ut med tanke på begrepet «endring». Videre, i kapittel 3, vil det bli gitt en beskrivelse av de metodiske valgene jeg har valgt å benytte meg av for å kunne svare på problemstillingen og relaterte forskningsspørsmål. I denne delen av oppgaven vil jeg presentere analysen som har blitt gjennomført. Funnene blir deretter presentert i kapittel 4. I kapittel 5 vil funn diskuteres. Avslutningsvis, i kapittel 6 blir det gitt en refleksjon over funn i lyset av problemstilling, teori og tidligere forskning.

1.5 Begrepsavklaringer og avgrensninger

Rammene for denne masteroppgaven kan ikke redegjøre for hele det historiske bilde rundt familieterapiens utvikling, eller gå i dybden rundt alle de ulike tilnærminger og deres tilknytning til flerfamilieterapi. Det har også vært nødvendig å gjøre noen valg i forhold til hvilket fokus fra flerfamilieterapi dette studiet representerer. Retningen for dette studiet kunne vært mange interessante temaer, for eksempel søskenperspektivet eller hvordan implementer flerfamilieterapi innen for flere områder. Mitt valg endte på å fokusere på det som står hjertet mitt nærmest, det å være berørt av en annen persons sykdom og terapeutens funksjon.

I oppgaven vil flerfamilieterapi ved noen anledninger bli gjengitt med forkortelsen FFT, det vil også variasjon mellom bruk av ordene; deltakere, foreldre, terapeuter eller deres roller for å skape en bedre flyt i teksten.

2. Studiets teoretiske rammeverk

I dette kapitlet vil forskning studiets teoretiske rammeverk bli presentert. Et mangfold av teoretiske tilnærming springer ut under familieterapifeltet. Utvalgt teori vil derfor bli gjengitt gjennom en forenklet historisk beskrivelse. Videre har jeg valgt å vektlegge hovedideene fra de ulike tilnærmingene, systemisk forståelse og terapeutens posisjon, med et fokus på endring. Videre vil jeg belyse hvordan systemisk forståelse og de ulike tilnærmingene kan forstås i arbeid med spiseforstyrrelse i en familie. Valg av det teoretiske rammeverket vil representere oppgavens fokus (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 15).

Teori bygges opp av byggesteiner av teoretiske begreper, og bak enhver vitenskapelig disiplin foreligger det et sett med spesifikke begreper (Thomassen, 2018, s. 47). I dette kapitlet vil teoretiske perspektiver og begreper som ligger til grunn for oppgaven bli presentert, min forforståelse og mine punktueringer vil påvirke grunnlaget for valg av teoretiske perspektiver.

2.1 Fra systemteori til familieterapi

Systemteori omhandler alt som kan ses i sammenheng med et system. Systemteori har bidratt til å danne grunnlaget for forståelse omkring menneskelige interaksjoner og utfordringer (Schjødt & Egeland, 1992, s. 49). Gregory Bateson (1904-1980), britisk sosialantropolog og biolog, var en av de viktigste teoretikerne for systemisk familieterapi. Bateson var opptatt av kommunikasjonsteori, systemteori, kybernetikk og informasjonsteori. Bateson hevdet at mennesker til enhver tid er bundet opp til sett med epistemologiske premisser og stilte spørsmål om, hva og hvordan virkeligheten er og hvordan innhente kunnskap om den gitte virkeligheten (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 27).

Innenfor familieterapifeltet, har generell systemteori og kybernetikk bidratt til nye måter å forstå et problem på, dens opprinnelse og opprettholdelse av problemet, og hvordan løse det (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 27). Den nye forståelsen innen systemteori vil se fenomener som et del av et samspill i motsetning til et individuelt fokus, hvor personen ble ansett som problemet. Innen det systemiske paradigmet vil fokuset handle om relasjoner i samspill (Jensen, 2016, s. 23).

Det var biologen Ludwig von Bertalanffy som var den første til å utvikle generell systemteori på 1940-tallet. Med sin motstand mot det mekaniske synet på menneskelige systemer hevdet han at organismer er åpne systemer, som konstant er i interaksjon med sine omgivelser. Videre fremhevet han at det fantes flere måter å nå et mål på. For eksempel at det kan være flere måter å oppnå et terapeutisk resultat på eller at et system er mer enn summen av delene. I en familie vil helheten være mer enn hvert enkelt individ (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 28). Kybernetikk ser på prosesser som opprettholdende av systemets organisering og hvordan organiseringen endres. Innen kybernetikk anses informasjon, sirkularitet, feedback, punktuering, kart og terreng som viktige begreper (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 28). Kybernetikk skiller mellom første ordens kybernetikk og annen ordens kybernetikk, hvor første ordens kybernetikk gir en beskrivelse av hvordan et system fungerer, mens 2. ordens kybernetikk tar stilling til hvordan vi vet det vi vet, og at det ikke er mulig å plassere seg selv utenfor et sosialt system. I motsetning til første orden ser annen orden på endringsprosesser som kan oppstå i familien til tross for forstyrrelser utenfra (Schjødt & Egeland, 1992, s. 69). Alle er delaktige i et sosialt system og det vil ikke være mulig å plassere seg utenforstående i en observatørrolle (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 70).

Forandring vil skje gjennom hele livet i alle levende systemer. Til tross en kontinuerlig endring kan et system opprettholde sin struktur gjennom en veksling mellom stabilitet og forandring. Stabiliteten opprettholdes via systemets organisering og deltakernes forestilling om seg selv. En familie struktur vil med tiden forandres, og i noen tilfeller kreves en mer omfattende forandring enn til andre tidspunkt. I hvor stor grad en familie er i stand til en omstilling, henger sammen med hvilken fleksibilitet det er i systemet (Jensen, 2016, s. 38).

Systemisk forståelse blir sett på som et nytt paradigme, som representerer et brudd med en lineær forståelse og et individfokus. Det systemiske perspektivet blir sett på som en introduksjon av sirkulære prinsipper og et relasjonsperspektiv, et paradigmeskifte. Fra det mekaniske til et systemisk paradigme hvor fokuset ikke lenger er å lete etter en årsak, men å se helhet i sammenhengen (Jensen, 2009, s. 17). Bateson hevdet at endring må skje i samspill, gjennom samarbeid mellom mennesker og at det ikke er mulig å påvirke mennesker til endring (Schjødt & Egeland, 1992, s. 73). Bateson (1972) vektla videre at kontekst var et sentralt begrep innen systemisk forståelse av sammenhengen, og hevder at et fenomen må bli sett i sammenheng med der den oppstår (s. 409).

2.2 Familieterapiens historie

Familieterapiens historie kan være vanskelig å definere, imidlertid har systemteori og kommunikasjonsteori i stor grad påvirket med en holdning til begreper og teorier for å forstå mennesker og grupper. Historien bak familieterapien opprinnelse handler derfor hovedsakelig om å se familiene gjennom forskjellige briller, hvor alle syn kan være nyttige hver for seg eller samlet sett (Jensen, 2016, s. 85)

Dallos og Draper (2015) presenterer i sin bok «An introduction to family therapy, systemic theory and practice» en introduksjon av familieterapiens historie som fordeles inn i første, andre og tredje fase. I hver fase blir innflytelsesrike personer, det kulturelle landskapet og ideer og begreper knyttet til tidsperioden blir gjenfortalt (s. 26). En reise som beskriver utviklingen som har oppstått innen familieterapifeltet gjennom årene. Denne utviklingen vil være viktig for dette studiet med tanke på holdninger i møte med familie innenfor og utforskning av endringsprosesser.

Den første fasen blir ansett å være fra 1950-1970 årene (Dallos & Draper, 2015, s. 26). Frem til 1960- tallet ble psykoanalyse grunnlaget for det terapeutiske arbeidet i møte med ulike psykiske lidelser, hvor prinsippet handlet om et individuelt fokus (Torsteinsson, 2019, s. 26). Denne forståelsen kan bli plassert innenfor det mekaniske paradigmet, et tankesett som fremhevet kun deler av helheten og kan ses i sammenheng med en årsak-virkning tenkning og første ordens kybernetikk. Et paradigme blir ansett som enhver tids gjeldende vitenskapelige rammer (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 64-66). I denne fasen ble terapeuten ansett som ekspert, med en tanke om å kunne skape endring, finne årsak til problemet og gjøre noe med det (Dallos & Draper, 2015, s. 31).

Som en motbølge til det mekaniske paradigmet vokste det frem ulike systemteorier som fremhevet at «helheten er mer enn summen av delene» (Torsteinsson, 2019, s. 26). Fra et lineært årsak-virkning paradigme til et sirkulært feedback paradigme, hvor interaksjoner mellom mennesker vektlegges. Dette skiftet betegnes som det systemiske paradigmet (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 72). 1980-tallet forklares som en overgang fra første til annen ordens kybernetikk, fra å observere, tolke og konstruere et system utenfra til å sette søkelyset mot observatøren og dens funksjon i det som ble observert (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 70). På samme tidspunkt presenterte den chilenske biologen Humberto Maturana

begrepet multivers, som beskriver at det finnes flere versjoner av virkeligheten. Både annen ordens kybernetikk og multivers ses i sammenheng med systemisk forståelse, hvor virkeligheten forstås i lys av relasjoner, sirkularitet og helhet (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 71).

Erfaring med at endringer ikke kunne videreføres og opprettholdes i sin opprinnelig relasjonelle sammenheng ved behandlingslutt forårsaket et nytt tankesett (Torsteinsson, 2019; Dallos & Draper, 2015). Familien ble nå sett på som et selvregulerende, homeostatisk system. Hvor individuell behandling av for eksempel et barn ble sett på som nytteløst å behandle uten sitt opprinnelige system. Et viktig begrep er feedback, og forstås som hvordan informasjon kunne tilbakeføres til et system for muliggjøring av nødvendige korrigeringer. Denne forståelsen bidro ikke kun med en viktig måte å praktisere på men ble også et viktig sprang, fra en lineær forståelse til at kybernetikken vektla at årsakssammenhengen var en del av kontinuerlig sirkulære prosesser (Dallos & Draper, 2015, s. 27). Sirkulære prosesser blir ansett som en av hovedideene i dette tidsrommet, en forståelse om at personer i et system kontinuerlig påvirkes av hverandre på flere nivåer (Dallos & Draper, 2015, s. 33).

Denne tidsperioden knyttes til strukturell familieterapi og strategisk familieterapi med Salvador Minuchin og Jay Haley (Dallos & Draper, 2015, s. 29).

Den andre fasen representerer tiden fra midten av 1970-tallet til midten av 1980-tallet og ses som en viktig bevegelse innen det familierapeutiske feltet. Denne tiden kjennetegnes med en mer filosofisk forståelse, og fremhever ideen til Kant. Han understreket at kunnskap om verden ikke kunne være en konstruksjon, og stilte spørsmål ved forestillingen om en objektiv virkelighet. Videre skjedde det en utvikling i den kulturelle bevegelsen mot individualisme, indre utforskning, personlig vekst og kreativitet. Men den mest betydningsfulle utviklingen skjedde i Milano på 1970-tallet. Palazzoli og teamet (Milano-skolen) lot seg inspirere av Bateson sine ideer knyttet til kommunikasjonsprosesser opp mot familier (Dallos & Draper, 2015, s. 65).

Et annet viktig skifte fra denne tiden omhandlet terapeutenes tilnærming. Terapeuten inntar ikke lenger en ekspertrolle, men fokuserte på å samarbeide sammen med familiene om å finne mer konstruktive måter å håndtere situasjonen de stod ovenfor på. Terapeutene ble nå sett på som en del av systemet. I terapirommet forsøkte terapeuten å vise nysgjerrighet

til å forstå klientens verden ut ifra deres eget perspektiv gjennom å vise empati (Dallos & Draper, 2015, s. 66).

Den tredje fasen springer ut i midten av 1980 årene og frem til 2000- tallet. Denne tiden kjennetegnes ved en oppmerksomhet knyttet til sosiale og kulturelle kontekster med en ide om å fremme terapeutenes og familienes tro. I den tredje fasen av systemisk familieterapi blir sosialkonstruksjonistiske teorier trukket frem (Dallos & Draper, 2015, s. 87-89).

Sosialkonstruksjonisme fremhevet betydningen av kontekst, og bevisstgjøring rundt hvordan kontekst internaliseres i dynamikken. Innflytelsesrike personer knyttet til denne tiden er Harlene Anderson og Michael White (Dallos & Draper, 2015, s. 92).

2.2.1 Strukturell familieterapi og terapeutens posisjon

Historisk sett knyttet strukturell familieterapi til Salvador Minuchin. Som en motreaksjon til et individuelt fokus på 1960-70 - tallet ble problemet flyttet fra iboende egenskaper til Relasjonelle vansker. Minuchin lanserte i den forbindelse begrepet, «den psykosomatiske familie» (Le Grange & Eisler, 2008, s. 161). Individet ble sett på som en del av en sosial kontekst, derfor måtte problemet bli forstått og løst i den sammenheng (Minuchin, 2012, s. 2). Innen en systemisk tankegang har strukturell familieterapi et prinsipp om at for å forstå mennesker må man forstå dens kontekst. Og det handler om å forstå helheten av den sosiale eller relasjonelle kontekst (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 100-101). Retningen fokuserer på å identifisere og endre uhensiktsmessige mønstre i en familiedynamikk, og gjenetablere hierarkiet i en familie (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 104). Videre påpekte Minuchin og hans kollegaer «at et barn trives når foreldre, eller andre omsorgspersoner kan samarbeide i å passe på dem (Dallos & Draper, 2015, s. 45).

Innen strukturell familieterapi vil terapeuten ha en aktiv rolle og blir ansett som en ekspert med kontroll på hva som skal skje i timen, «det terapeutiske lederskapet» (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 110). Terapeuten blir sett på som en endringsagent, i posisjon til å kunne skape endring og innflytelse hos familiesystemet og dens dysfunksjon. Minuchin hevder at terapeuten ikke vil innta en nøytral funksjon (Dallos & Draper, 2015, s. 68). Men vekta å skape allianse (joining) med alle familiemedlemmene. Dette ble beskrevet som en prosess for å skape tillit som første ledd i endringsarbeidet (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 110). Mest fremtredende for denne tilnærmingen handler om å være vitne til at problemet

utspiller seg for så å endre familiens struktur som igjen vil føre til endring (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 108).

2.2.2 Strategisk familieterapi og terapeutens posisjon

Strategisk familieterapi vektlegger å fokusere på å løse familiens problemer gjennom å jobbe med kommunikasjonsstrategier og endre deres adferdsmønstre. I motsetning til strukturell familieterapi med et fokus på å identifisere problemet fokuserte strategisk tilnærming på å endre adferdsmønstre i en familie og problemet ble sett på som dysfunksjonelle handlings- og kommunikasjonsmønstre (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 176).

En strategisk terapeut vil ha fokus på å identifisere og utforske uhensiktsmessige mønstre, det for å kunne hjelpe til med å skape endring. Problemer blir ikke forstått som individuelt, men som følge av samspill mellom mennesker og situasjonen. En annen viktig tilnærming handler om å gjøre mindre av det som ikke fører til ønsket resultater og mer av det som fungerer (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 176-177).

2.2.3 Systemisk familieterapi og terapeutens posisjon

I overgangen fra først til annen ordrens tenkning utviklet systemisk familieterapi seg, Milanomodellen. Terapiformen tar utgangspunkt i at familiene er en del av et større system som fokuserer på samspillet mellom familiemedlemmene i deres sosiale og kulturelle kontekst. Tilnærmingen vektlegger at det ikke er enkeltpersoner som er problemet, men at problemet har kommet til familien. At det handler om å utforske det dysfunksjonelle samspill mellom familiemedlemmene og deres omgivelser. Formålet med systemisk familieterapi handler om å forbedre kommunikasjonen og samspillet mellom familiemedlemmene til en bedre fungering. Et sentral intervensjon handler om å stille sirkulære spørsmål, for å hjelpe familien til å utvide deres forståelse og perspektiv rundt situasjonen (Torsteinsson, 2019, s. 30-31).

Grunnprinsipper knyttet til terapeutens rolle innen den systemiske tilnærmingen henger sammen med sirkularitet, hypoteser og nøytralitet (Selvini et al., 1980). Milano-teamet var også de første til å innføre terapeutisk enveisspeil i terapirommet. Det for muligheten til å innhente flere perspektiver rundt situasjonen (Torsteinsson, 2019, s. 31).

Nøytralitet handler både om en teknikk men også en holdning hos terapeuten. Terapeuten skal fremstå som ikke-dømmende og jobber aktivt med å ikke gi inntrykk av å ha tatt noen av familiemedlemmenes parti. Det foreligger et nøytralt forhold til endring da terapeuten fokuserer på at beslutninger skal tas av familiemedlemmene selv (Cecchin, 1978). Cecchin (1978) utvidet nøytralitetsbegrepet til nysgjerrighet. Gjennom nysgjerrighet vil terapeuten aktivt søke etter å utforske fremfor å konkludere med endelige beskrivelser (Cecchin, 1978).

2.2.4 Narrativ tilnærming og terapeutens posisjon

Narrativ tilnærming innenfor systemisk forståelse omhandler menneskers livshistorier og det er gjennom disse historiene mennesker skaper mening med livet. Flere viktige begreper definerer denne tilnærmingen, eksternaliserende samtale, dekonstruksjon, narrative og tykke og tynne beskrivelser. Innen denne tilnærmingen vil Michael White være en sentral person (White, 2007).

Ofte vil «problemhistoriene» dominere og være grunnen til at mennesker oppsøke hjelp. Disse fortellingen blir definert som «tynne historier», da andre fortellinger blir marginalisert. Historiene vil ofte gi lite rom for variasjon eller bevegelse og ofte kan de oppleves som en «sannhet» om sin identitet. Terapeutens rolle vil være å utforske om det foreligger andre sammenhenger til den «tynne beskrivelsen» og finne alternative historier om hvem personen også er (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 203).

Eksternaliserende samtaler er en viktig del av narrativ praksis. Og handler om å skape allianse mot et problem eller skape avstand mellom person og problem. Hovedideen bak eksternalisering samtale handler om å definere «problemet som problemet» istedenfor å tenke at for eksempel spiseforstyrrelsen er en del av barnet, og at spiseforstyrrelsen plasseres utenfor barnet ved hjelp av ulike teknikker. En narrativ terapeut vil forsøke å skape beskrivelser rundt «problemets» innflytelse på barnet eller familien for så å jobbe sammen mot. Problemet representerer ikke lenger en «sannhet» om noens identitet (White, 2007, s. 14).

White (2007) hevder at terapeuten vil ha en innflytelsesrik rolle inn i terapirommet. Ikke på grunn av bestemmelser som skal gjøres men å aktivt fungere som en stillasbygger som muliggjør for klienten til å fortelle mer utfyllende og bredere historier om sitt liv. Som også omhandler områder som har fått lite oppmerksomhet (White, 2007, s. 234).

2.2.5 Samarbeidsorientert tilnærming og terapeutens posisjon

Samarbeidsorientert tilnærming anses som et tankesett og filosofisk holdning hvor verdi, relasjoner, erfaringer, væremåte står sentralt. Anderson (2003) hevdet at det handler om hvordan mennesker erfarer, tolker og forstår seg selv, personer rundt seg og verden på (s. 20).

Terapeutens rolle vil hovedsakelig handle om å være en samtalepartner i møte med klienter med en ikke-vitende tilnærming (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 153). Og hjelpe personen til å realisere hvilke muligheter som finnes i sitt liv (Anderson, 2003, s. 20). Ikke- vitende posisjon er et kjent begrep innenfor systemisk forståelse og er en posisjon som er mye diskutert (Holmberg & Sundet, 2021). Bagge (2007) skriver i sin artikkel at ikke- vitende posisjon er en selvfølgelighet i møte med andre, da man ikke kan vite noe om den andre personen. Og påpeker videre at både klient og terapeut er eksperter på ulike måter, men at begge parter bringer med seg noe inn i terapirommet (Bagge, 2007).

2.3 Familien som et system

Vi er alle født inn i en sammenheng, som for eksempel i en familie. Det er gjennom disse relasjonene vår oppfatning av verden blir til (Vinsten Christiansen & Lorås, 2021, s. 163). I et systemisk perspektiv menes det at helhet er mer enn summen av delene, og at en familie er mer enn seg selv. Helheten i en familie vil også innebære alle ideene, drømmene, betydningene og forventningene fra hvert enkelt familiemedlem. Et familieperspektiv vil derfor være av betydning for alle familiemedlemmene, da alles stemme kan bli hørt og verdsatt. Det handler om å skape et felles grunnlag for samspill og kommunikasjon som kan vise seg å være særlig viktig ved kriser og store belastninger (Vinsten Christiansen & Lorås, 2021, s. 131).

Et familiesystem kan defineres på mange ulike måter og gjennom tiden har forståelsen av en familie endret seg betraktelig, fra den tradisjonelle sammensetningen av familiemedlemmer til den mer moderne. Uavhengig av familiens sammensetning sees en familie på som et sosialt unikt system, med egne strukturer og kommunikasjonsmønstre (de Flon, 2019, s. 16). Priest (2021) sin definisjon på et familiesystem handler om å forstå hvordan en familie samhandler med hverandre. Hvordan relasjonene i et familiesystem vil se annerledes ut sett innenfra en familie enn samhandling sett utenfra. Han deler forståelsen av en familie inne

i to hypoteser, det autonome og adaptive systemet. Det autonome system forstås som at en familie vil søke balanse som vedlikeholder familien fungering. For eksempel, når et barn blir syk vil familien forsøke å finne en balanse til å håndtere situasjonen på en best mulig måte. Det adaptive system vektlegger hvordan familien er tilpasningsdyktig, familien vil reagere på faktorer både innenfra og utenfra systemet (Priest, 2021, s. 11).

2.4 Spiseforstyrrelse i samfunnet

En studie fra Folkehelseinstituttet basert på norske helseregistre (Surén et al., 2022) bekrefter en betydelig økning av spiseforstyrrelse hos barn og unge i Norge, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det ble registrert en økning kort tid etter at tiltak knyttet til pandemien ble iverksatt og omhandlet i hovedsak jenter i alderen 6-16 år. Restriksjonene rundt barn og unges sosiale liv og skolegang har trolig bidratt til økningen.

Spiseforstyrrelse blir ansett som en alvorlig psykisk lidelse og er en samlebetegnelse på flere ulike tilstander, der unormal spiseatferd og et forstyrret forhold til mat og kropp utgjør det viktigste symptomet. Sykdommens alvorlighetsgrad varierer fra milde til alvorlige tilstander og er potensielt dødelig (Rø et al., 2020, s. 43). Hvordan symptomene kommer til uttrykk vil være avgjørende for hvilken diagnose spiseforstyrrelsen kategoriseres etter. De ulike kategoriene beskrives som, anoreksi nervosa, bulimi nervosa og overspisingslidelse. Anoreksi anses som den psykiske lidelsen med høyest dødelighet. Ved anoreksi vil hovedsymptomet være begrenset inntak av mat og redusert kroppsvekt som følge av lavt inntak. Kjentegn for denne formen for spiseforstyrrelse handler om et tankesett som stort sett fokuserer på mat og kalorier (Rø et al., 2020, s. 47). Bulimi nervosa kjennetegnes av episoder med overspising etterfulgt med kompenserende atferd for å unngå vektoppgang, som oppkast. Hyppig oppkast kan føre til fysiske konsekvenser, ubalanse i elektrolytter, dehydrering, problemer med mage og tann og tannproblemer og overspising handler om å konsumere en stor mengde mat samtidig (Rø et al., 2020, s. 46).

En spiseforstyrrelse debutterer vanligvis i ungdomstiden, i en tid hvor utvikling av egen identitet danner grunnlaget for videre sosialt og familiært samspill. Et fokus og overopptatthet av vekt og mat blir ofte sett i sammenheng med utfordringer knyttet til hverdagen til ungdommen. Det kan også være utfordrende å forholde seg til egne tanker og følelser. Symptomer på spiseforstyrrelse kan føre til sosial isolasjon og

personlighetsforandringer, som lav selvfølelse, ensomhet, tristhet og tvangstanker. Disse reaksjonene blir ofte merkbare for personer som lever sammen med ungdommen. Hvilke symptomer som kommer til syne vil variere og kan komme til uttrykk på ulike måter. I noen tilfeller vil symptomene være vanskelig å oppdage da ungdommen etterstreber en tilsynelatende vellykket ytre, til tross for et indre følelsesmessig kaos (Rø et al., 2020, s. 43).

2.5 Spiseforstyrrelse i familien

Når et barn eller ungdom har utviklet spiseforstyrrelse vil det påvirke samspillet og livene innad i en familie. På 1870- tallet ble diagnosen anoreksi kategorisert inn i diagnosesystemet, og på den tiden ble familien sett på som et skadet miljø, med et fokus på å skjerme barnet med spiseforstyrrelse fra sine foreldre (Skårderud, 2000, s. 170).

Le Grange og Eisler (2008) gir en innføring i familiens betydning i et historisk perspektiv. De påpekte at frem til midten av 1900- tallet ble ikke familien sett på som nyttige i behandling av anoreksi; fokuset handlet om å fjerne familien fra pasienten for å kunne oppnå effektiv behandling. Denne perioden var preget av å finne dysfunksjonelle trekk ved familiens struktur og kommunikasjonsmønstre som en forklaring på psykisk lidelse og spiseforstyrrelse (Røer, 2006, s. 54).

I dag er familiens rolle i behandling av spiseforstyrrelse hos barn og unge basert på andre premisser, familien blir ansett som den viktigste ressursen i behandling (Rø et al., 2020, s. 158). Videre påpekes det at det første møtet med behandlingsapparatet anses som avgjørende for et godt videre samarbeid. Å bli møtt med god kunnskap om spiseforstyrrelse og hvordan familien rammes som følge av sykdommen er avgjørende. Familien opplever å bli satt i en situasjon de ikke føler de mestrer og blir handlingslammet. En spiseforstyrrelse er en kompleks sykdom som kan være utfordrende å forstå for foreldre uten kunnskap (Rø et al., 2020, s. 35). Når en foreldre mister troen på at de er viktige for barnet eller er «gode» nok til å hjelpe sitt barn, vil forelderen i mindre grad forsøke å hjelpe sitt barn og føle seg hjelpeløs i situasjonen (Hagen et al., 2019, s. 34).

Når et familiemedlem blir rammet av spiseforstyrrelse viser forskning nå dokumentert effekt av å benytte seg av familierapi, og i særlig grad når det gjelder pasienter under myndighetsalder med en anorexia nervosa (Rø et al., 2020, s. 158). Effekten har vist seg størst hos den nevnte pasientgruppen når sykdomsforløpet har hatt en varighet på under tre

år. Arbeidet rundt familien handler hovedsakelig å se familien som et samlet system og det rettes mindre fokus mot enkeltindividet eller direkte mot sykdommens adferd, symptomet. Det handler om å skape en bevisstgjøring rundt familiens ressurser og eventuelle begrensninger opp imot behandlingen de tar del i. Hvordan blir familien påvirket av, og hvordan mestrer de utfordringene som kan oppstå som følge av spiseforstyrrelse hos et familiemedlem (Thune-Larsen, 2004).

2.6 Familiebasert behandling (FBT)

Familiebasert behandling for barn og unge med spiseforstyrrelse har en lang historie og trekker seg tilbake til da familierapien ble etablert som behandlingsform på 50-60- tallet. Salvador Minuchin, Mara Selvini Palazzoli og Helm Stierlin anses som sentrale personer i arbeidet med spiseforstyrrelse (Rø et al., 2020, s. 157).

Helsedirektoratet (2017), nasjonale faglige retningslinjer anbefaler sterkt at barn og unge med spiseforstyrrelse bør få familiebasert behandling. I 2017 ble nye nasjonale anbefalinger lansert og viser til dem som nyttige verktøy for helsepersonell for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelse. Anbefalingen legger vekt på at familien trekkes inn i behandlingen og at familiebasert behandling er førstevalget. Videre hevdes det et ytterligere behov for økt kompetanse om familiebasert behandling ved ulike institusjoner som poliklinikk og psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

Den anbefalte behandlingsformen tar utgangspunkt i to manualer som begge er utviklet for å benytte i samarbeid med familier hvor et barn har en spiseforstyrrelse. De to manualene heter; Familierapi for anoreksi (FT-AN) og Familiebasert terapi (FBT). Begge manualene er utviklet ut ifra arbeidsformen som ble praktisert ved Maudsley i London. På 1980-tallet startet arbeidet med å systematisk evaluere og videreutvikle familierapi for spiseforstyrrelse og modellen integreres med mange ulike familierapeutiske behandlingstilnærminger. Elementer fra Minuchins strukturelle terapi, systemiske intervensjoner fra Milano-teamet, strategisk teori med Jay Haley og den narrative tilnærmingen utviklet av Michael White og David Epston. Den manualbaserte tilnærmingen FBT er godt anvendt innenfor behandlingsmiljøene og det foreligger god evidens knyttet til virkningen av FBT (Rø et al., 2020, s. 158; Asen & Scholz, 2011, s. 11).

Begge manualene bygger på samme prinsipper, hvor hovedprinsippet er at familien er den viktigste ressursen i behandling av anoreksi. Behandlingen går ut på å mobilisere frem egenskaper i familien som kan bidra til å støtte barnet i kampen mot spiseforstyrrelsen. Dette tankesettet understreker at familien ikke er årsak til sykdommen. Videre handler om å hjelpe foreldrene til å se til at barnet får i seg tilstrekkelig med mat. Et tredje og avgjørende prinsipp handler om å skille mellom problem og person, eksternalisering. Denne intervensjonen kreves mye av terapeuten. FBT tar utgangspunkt i tre faser hvor hver av fasene krever ulike ferdigheter hos både terapeutene og foreldrene (Rø et al., 2020, s. 159).

Det familierapeutiske feltet er stadig i utvikling og innenfor familiebasert behandling kommer det stadig ulike gruppebaserte systemiske modeller med et overordnet fokus på varierte kontekster, som kan bidra til å skape endring og oppdage nye fokus i familiesamspillet (Bele, 2005). Familiebasert terapi (FBT) viser til ulike systemteoretiske tilnærminger hvor det vektlegges et nært samarbeid mellom terapeut og familier med et fokus om at foreldre er de viktigste bidragsyterne for endringsarbeid og fremhever foreldrene som den viktigste ressursen i arbeidet rundt tilfriskning av sitt barn med.

2.7 Flerfamilieterapi (FFT)

I følge Asen et al. (2006, s. 11-13) ble ideen bak å behandle flere familier sammen for første gang realisert i USA på 1940-50 tallet. Den amerikanske psykiateren Laqueur blir ansett som grunnleggeren bak denne terapiformen. Laqueur ble oppmerksom på hvilken stor ressurs familiene kunne være for hverandre, han inkluderte derfor familiene inn i behandling allerede på 50-tallet, da i arbeidet med pasienter med schizofreni. Med en oppfatning av at å samle flere familier sammen kunne skape en positiv endring i adferdsmønstre og nye rollerelasjoner hos pasientene. Det handlet om å finne andre måter å håndtere problemet på uten å bli avhengig av sykehus, leger og terapeuter. Noe som ble bekreftet, ikke bare hos pasientene men også hos de ansatte (Asen et al., 2006, s. 12-14).

Flerfamilieterapi som behandlingsmetode ble i norsk kontekst allerede benyttet på psykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus på 1970- tallet (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 255). Flerfamilieterapi (FFT) og er bygd opp på lignende prinsipper som familiebasert terapi (FBT) nevnt tidligere. I motsetning til FBT anvender FFT de ulike fasene opp mot flere familier i lignende situasjon eller erfaringer (Asen, 2002). Grunnleggende for det terapeutiske

arbeidet handler om at terapeutene fokuserer på familiens ressurser, forbedring og endring og strategier for å oppnå generell mestringfølelse og bedring for familien som et helhetlig system (Kvakland et al., 2016).

Terapeutene fokuserer på åtte punkter i møte med familiene (Asen et al., 2006, s. 42).

1. overvinne følelsen av emosjonelle og sosial isolasjon
2. anerkjenne og forstå sykdommen
3. ansvarlig gjøre og reorganisere familien rundt sykdommen
4. støtte omkring deres holdninger
5. refleksjon over fortid, nåtid og fremtid
6. selvrefleksjon
7. stimulere realistisk optimisme og håp
8. samarbeid mellom det terapeutiske teamet og familiene

Flerfamilieterapi (FFT) tar utgangspunkt i begreper og praksis som bygger på en systemisk forståelse hvor arbeidet ikke kun rettes mot en familie, men mot flere familier samlet i en gruppe. Metoden skiller seg fra en tradisjonell individuell familieterapi og har som hovedmål å gjøre familiene og de enkelte familiemedlemmene i stand til å utforske sin egen oppfattelse og i større grad synliggjøre de iboende ressurser. Dette er en metode som forskningsmessig har blitt dokumentert i arbeid med barn og unge og deres familier når det foreligger tegn på emosjonelle, atferdsmessige og psykosomatiske utfordringer (Rø et al., 2020, s. 168).

Flerfamilieterapi er utviklet med en grunntanke om at familier hjelper familier, hvor et viktig element handler om å skape håp og endring (Asen & Scholz, 2011, s. 11). Flerfamilieterapi kan benyttes i mange ulike sammenhenger og kan gjennomføres med ulik varighet og i ulike kontekst. Hovedmålet med flerfamilieterapi handler om å bringe familien sammen med andre familier (Asen & Scholz, 2011, s. 19). Jeg har i dette studiet valgt å vise fremgangsmåten til flerfamilieterapi i norsk sammenheng.

Gruppen kan bestå av mellom 5-9 familier som kan innebære å være opp 40 personer i rommet hvis alle familiemedlemmene ønsker å delta. Samlingene er fordelt på fem eller flere ganger og innebærer elleve hele dager. Hver gruppe ledes av 4-5 terapeuter og har en

varighet på 4- 9 måneder. Den første samlingen går alltid over fire dager, det for at familiene skal bli godt kjent og hvordan spiseforstyrrelsen påvirker familiens fungering. Rammene for disse dagene har et fastsatt program. Utover det gir FFT mulighet for en variert arbeidsform og gruppeinndelinger. Gjennom en dag vil gruppekonsultasjonen variere fra mindre til større grupper, som foreldregruppe, mammagruppe, pappagruppe, søskengruppe, ungdomsgruppe, blandede familier eller i storgruppe med alle familiemedlemmene (Rø et al., 2020, s. 168-169).

Flerfamilieterapi er delt inn i fire faser (Kvakland et al., 2016):

1. å skape allianse
2. å utforske og utfordre spiseforstyrrelsen og dens påvirkning på familien
3. samspillet i familien, relasjon og kommunikasjon.
4. fremtiden, forberede et liv uten spiseforstyrrelse

2.7.1 Flerfamilieterapi ved Regional seksjon for spiseforstyrrelse (RASP)

Ved RASP sin poliklinikk tilbys flerfamilieterapi for unge med spiseforstyrrelse og deres familier og har vært et tilbud siden 2007. Behandlingen bygger på Family-Based Therapy, Maudsley modellen, som er en form for gruppeterapi hvor flere familier kommer sammen over en gitt periode. Behandlingsformen fokuserer på å støtte foreldrene til å håndtere sykdommens symptomer. For den aktuelle pasientgruppen er familiebasert behandling en anbefalt metode.

Flerfamilieterapi ved RASP bygger på grunnprinsippene til familiebasert terapi (FBT), inspirert av Maudsley- modellen og kan anses som en intensivering av behandlingsformen. Terapeuten starter med å skape en trygg allianse med foreldre og ungdommen, for så å hjelpe familien til å utfordre spiseforstyrrelsen. Deretter blir fokuset rettes mot det relasjonelle samspillet i familien og avslutningsvis rettet arbeidet mot å utforske og forbedre et liv uten spiseforstyrrelse. Den terapeutiske modellen ved RASP er bygd opp under fem prinsipper (Kvakland et al., 2016):

1. agnostisisme er en viktig del innen flerfamilieterapi, det handler ikke om å finne årsak til hvorfor sykdommen har oppstått. Redusere skyld og beskyldninger. Bryte uheldige mønstre;

2. symptomfokus, handler om å forstyrre spiseforstyrret adferd og heller fokusere på normalisering av spisemønstre;
3. konsultativ terapeutisk holdning, øke foreldrestruktur og troen på egen mestring;
4. øke foreldrenes handlekraft, repositionere foreldrenes autoritet og øke foreldrenes tro på egen kompetanse;
5. eksternalisering av sykdom, separere sykdom fra person. Alliere seg med den friske personene og senke kritikk innad i familien.

2.7.2 Terapeutens rolle i FFT

Terapeutisk allianse vil i denne sammenheng handle om å etablere et godt samarbeid med barnet og deres familie. Uavhengig av terapeutisk ståsted og behandlingskontekst vil det foreligge noen fellesfaktorer for terapi. Med det menes faktorer som er virksomme på tvers av ulike terapeutiske tilnærminger. I møte med behandling av spiseforstyrrelse vises den terapeutiske alliansen som en viktig faktor for utfall av behandlingen (Rø et al., 2020, s. 101-102). For å jobbe med spiseforstyrrelse i en familie må en terapeut være nødt til å kjenne til denne helheten, et multivers (Røer, 2006, s. 52-53). Et multivers og annen ordens kybernetikk kan i en systemisk forståelse sammenfattes som å forstå virkeligheten i lys av relasjoner, helhet og sirkularitet (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 71).

Terapeutene som deltar i flerfamilieterapi har ikke kun en «sittende» posisjon, det kreves stadig bevegelser og arbeidet handler om å aktivt bygge bro mellom familiene. Etter at familiene har bygget seg opp en relasjon opptrer terapeutene seg gradvis mindre og mindre tilgjengelig. Dette for å signalisere at familiene skal søke støtte, bekreftelse og dele erfaringer med hverandre. En systemisk terapeut vil unngå å feste blikket sitt mot en person, blikket vil heller bevege seg frem og tilbake i rommet. Gjennom å opptre «stolløs» forstås som å bevege seg inn og ut av handlingene som en dans mellom terapeutene og familiene. Denne tilnærmingen vil tydeliggjøre terapeutens metaposisjon: om et fugleperspektiv, å observere og lokalisere interaksjonsmønstrene innenfor og mellom familiene (Asen & Scholz, 2011, s. 19). Terapeutens skiftende posisjon har i denne sammenheng blitt inspirert av den strukturelle familieterapi (Minuchin, 2012, s. 3).

2.8 En terapeutisk posisjon

Mason (2019) utviklet en modell for å hjelpe familier til å føle seg i stand til å eksperimentere til å gjøre endringer i livet. Modellen beskriver å oppholde seg i ulike posisjoner og vektlegger at en trygg-usikker posisjon kan bidra til utvikling. Videre hevder han at det ikke handler om en teknikk men en holdning. Den handler om å hjelpe foreldrene til å føle seg trygge nok til å utforske noe som oppleves usikker.

Når foreldre oppholder seg i en utrygg-usikker posisjon oppleves livet som kaotisk, og det råder stor usikkerhet rundt hvordan fremtiden blir. Håpet er i liten grad til stede, da fortvilelse og lammelse rundt hverdagslige følelsesmessige forhold dominerer. Evnen til å gjøre vurderinger i forhold til sitt eget liv kan være fraværende på grunn av maktesløshet og lav selvtillit. Det er ingen eller liten tro på muligheten til å påvirke sitt eget liv eller andres. Følelsen av at belastningene samlet sett er for tyngende og påvirker muligheten til å utvikle fortellinger som igjen gir mulighet for håp og motstandskraft. Mason hevder at det å oppholde seg i denne posisjonen, utrygg-usikker, kan være svært belastende for foreldrene (Mason, 2019).

Gjennom tiden har Mason (2019) erfart at en trygg-usikker posisjon gjentatte ganger har ført til større nysgjerrighet og følelsen av håp. Når en familie står i en utfordrende situasjon over tid kan det være vanskelig å omstille seg til å se for seg ideen om at endring kan oppstå. Vanligvis foreligger det en tanke om at det må finnes hjelp som kan lindre symptomene når for eksempel en familie eller et familiemedlem oppsøker hjelp for deres del. Mason hevder at endring kan oppstå i en trygg-usikker posisjon. Videre påpeker han at endringene skjer gjennom gjentakende handling over tid. For at endringen skal være nyttig er det avgjørende at det foreligger en forpliktelse til eksperimentet og at det kun fokuserer på de små tingene fremfor de store.

2.9 Følelser

Det relasjonelle båndet mellom terapeut og foreldre anses som en genuin mellommenneskelig relasjon, der både gode og vonde følelser vil påvirke fremgangen i samtalen. Det relasjonelle båndet mellom foreldre og terapeut spiller en viktig rolle for veiledning av foreldre og behandling av barnet (Hagen et al., 2019, s. 206).

Å være foreldre til et barn med psykiske lidelser kan være svært krevende, og frykten for å bli «avslørt» for at de ikke har gjort en god nok jobb er stor. Årsakssammenhengen rundt psykiske lidelser er sammensatt og kan oppstå i et komplekst samspill mellom biologi og miljø. Ofte er kunnskap og ferdigheter rundt å håndtere følelsesmessige ubehag, sårbarhet og sinne fraværende. Manglende erfaring med å bli møtt og sett på følelser kan bidra til emosjonell sårbarhet og uhensiktsmessige strategier for følelseshåndtering og kan overføres fra generasjon til generasjon (Hagen et al., 2019, s. 54-55).

Når et barn uttrykker at noe er vondt eller vanskelig, er det naturlig for foreldre å forsøke å trøste, gi råd, fikse eller realitets orientere sitt barn. Med et ønske og gode intensjoner om å kunne hjelpe sitt barn ut av smerten eller dempe de vonde følelsene. Foreldre kan føle seg hjelpeløse og rådvile overfor situasjonen og det kan være vanskelig å vite hva man kan si (Hagen et al., 2019, s. 57).

Emosjoner innen systemisk forståelse har tidligere hatt liten eller ingen oppmerksomhet fra flere kjente teoretikere innen feltet. Følelser i terapirommet ble ansett som forstyrrende og terapeuter ble frarådet å utforske følelser i terapi for å unngå å la seg distrahere fra et systemisk syn. Emosjoner ble vurdert som irrelevante for endringsprosesser. Følelser ble ansett som noe som var knyttet til individet og derfor uhensiktsmessig i møte med relasjonelle og interseksjonelle mønstre. Med tiden endret forståelsen av emosjoner seg for de fleste teoretikerne og i dag anses følelser som relevant for terapeutisk endring. Fokuset på emosjoner varierer fra de ulike familierapeutiske tilnærmingene og i takt med tiden vi lever i (Bertrando & Arcelloni, 2014). Bertrando og Arcelloni (2014) reflekterer rundt terapeutenes egen emosjonelle posisjon og hvordan emosjoner kan påvirke dannelsen av egne hypoteser og holdning til klienten.

For at samtale med foreldre og barn skal ha betydelig effekt og mulighet for å skape endring i samspillet, forutsetter det at relasjonen og alliansen mellom foreldre og terapeuten er en trygg arena. Gjennom det relasjonelle båndet anerkjenner terapeuten, foreldrenes emosjonelle og relasjonelle vansker. Avgjørende for en god allianse mellom foreldre og terapeuten handler om at terapeuten selv står trygt i møte med sine egne følelser og innehar god kunnskap om egne følelser, emosjonelle sår og triggerer. God følelseshåndtering

hos terapeuten bidrar til økt allianse, som kan bringe trygghet, nysgjerrighet og interesse og håp inn i samtalen (Hagen et al., 2019, s. 207-208).

2.10 Relevant forskning om temaet

I søket etter relevant litteratur omkring temaet ble det benyttet flere ulike kombinasjoner. Til tross for at dette studiet tar for seg FFT i norsk sammenheng, vurderte jeg det nyttig å innhente forskning fra feltet utover den norske kontekst. Det på bakgrunn av at det har vært gjennomført flere studier som kan bidra til å besvare denne oppgaven. Søkeord som: flerfamilieterapi (multi-family therapy), spiseforstyrrelse (eating disorders), foreldrenes erfaringer (parental experience) ble benyttet. Hovedsakelig ble databaser som Oria, VID:Open og Google Scholar brukt. I tillegg til søk i databasene oppsøkte jeg kompetanseenheten ved RASP for ytterligere litteratur eller tips til nyere forskning.

I dag finnes det flere randomiserte studier som styrker familiebasert tilnærming, studier fra Sverige og USA viser til at intensiv familiebehandling med tidlig vektoppgang er avgjørende for en god langsiktig prognose. Og flere empiriske studier viser til at familiebasert behandling (FBT) kan være effektivt for å oppnå normale spisemønstre med foreldrenes støtte, som igjen vil gi et godt utfall av behandlingen (Kvakland et al., 2016).

I en studie av Denhag et al. (2021) med tjuefire jenter med anorexia nervosa og deres foreldre, ble det gjort en undersøkelse om foreldrenes omsorgsbyrde endret seg under deltagelse i FFT som tilleggsterapi. Et av målene var å studere om det opplevdes av endring i omsorgsbyrden hos foreldrene før og under behandling i FFT. Videre ble det undersøkt om det foreligger ulike opplevelser av omsorgsbyrde hos mødre og fedre. Det fremkommer i studiet at begge foreldrene hadde betydelig reduksjon av følelsen av omsorgsbyrde i etterkant av FFT, hvor det ble sett i sammenheng med reduksjon av undervekt hos deres døtre. Studien viste også en reduksjon av skyldfølelse for årsaken til sykdommen under sin deltagelse, i tillegg var det en sammenheng mellom positivt behandlingsresultat og mindre sosial isolasjon (Denhag et al., 2021). Escoffié et al. (2022) gjennomførte en kvalitativ pilotstudie omkring familiemedlemmenes erfaringer gjennom deltagelse av FFT. Et felles resultat for alle familiemedlemmene som hadde deltatt, handlet om at det var nyttig å komme sammen med andre og jobbe mot et felles mål. Det ble gitt beskrivelser rundt følelsen av å være mindre isolert gjennom å være sammen med andre som står i lignende

utfordringer. Videre ble det funnet resultater som beskrev endring i familienes kommunikasjonsmønstre, hvor tillit ble vektlagt (Escoffié et al., 2022). Til tross for at sistnevnte studie relaterer seg til barn og unge med bulimia nervosa og deres familiemedlemmer, oppleves studien å ha en overføringsverdi til dette forskningsprosjektet da resultatet la frem endring som kan skje.

En empirisk evaluering av FFT for anorexia nervosa gjennomført i London av Salamiou et al. (2017) trekker frem en bedring av pasientens vekt, humør, selvtillit og spiseforstyrrelse psykopatologi gjennom studiets varighet på seks måneder. Intervensjonene terapeutene benyttet tok for seg et bredt spekter av teknikker. Ulike gruppeøvelser, rollespill, ikke-verbale, kreative teknikker og strukturerte øvelser ble introdusert for å fremme nye perspektiver og erfaringer hos familiene. Det for å fremme tillit og en åpen kommunikasjon i gruppen, som kan bidra til å støtte og lære av hverandre.

En kvalitativt studie fra Nord-Sverige ble foreldrenes erfaring fra FFT undersøkt. Totalt deltok fjorten foreldre til barn anoreksi. Studiet viser til gjeldende terapeutiske retningslinjer om å benytte familieorientert terapi for barn og unge under 18 år med ny oppstått anoreksi. Det viktigste funnet fra foreldrenes erfaringer handlet om muligheten til å snakke med andre i lignende situasjon og dele erfaringer og kamper de har stått i. Videre resulterte studiet i ny innsikt og perspektiver som forbedret familiedynamikken (Engman-Bredvik et al., 2016).

Nyere forskning støtter opp under å benytte grupper i et behandlingsforløp, og viser til det relasjonelle og speilingens mulighet, og betydning for læring og utvikling. Til tross for at forskning om gruppeterapi viser til gode resultater, hevder Bjerke (2018) at det ikke er godt nok kjent kunnskap for fagmiljøet og terapeuter. Kunnskapen omkring nytte-effekten av å behandle i grupper varierer både innenfor helsepolitikken og for ledere innen psykisk helse og rusbehandling (Bjerke, 2018, s. 43).

Helsedirektoratet (2019) henviser til en metaanalyse på sin nettside som tar utgangspunkt i flere behandlingsstudier, basert på «Maudsley-modellen». I den systematiske oversiktsartikkel delt av Helsedirektoratet under anbefalingen om familiebasert behandling, utforskes om familiebasert behandling for spiseforstyrrelse har en bedre effekt en individuell terapi. En gjennomgang av flere randomiserte studier som involverte ungdom med spiseforstyrrelse og familierapi, var det kun tre som oppfylte inklusjonskriteriene for

metaanalyse. Resultatet fra metaanalysen indikerer at det ikke var signifikante forskjeller ved å benytte FBT eller individuell behandling ved behandlingsslutt. Til tross for lite forskjeller rundt effekten av behandlingen ved slutt, viste det seg å være betydelige fordeler å benytte FBT ved 6-12 måneders oppfølging etter behandlingsslutt. En potensiell forklaring på dette kan handle om at ungdommer som benyttet individuell terapi ikke lenger hadde støtte fra sin behandler og dermed raskt gikk tilbake til spiseforstyrret atferd. Mens ungdommen som ble behandlet med FBT fortsatt hadde støtte fra behandler og gjennom sine foreldre. I FBT får foreldrene kunnskap og verktøy som de kan benytte for å hjelpe sitt barn i mange år fremover. En annen faktor handlet om at ungdommen som fikk behandling gjennom FBT fortsatte å gjøre fremgang i vektøkning etter at behandlingen var avsluttet. Alle studiene som har blitt belyst i denne metaanalysen har benyttet tilnærmingen rundt FBT fra Maudsley-modellen (Couturier et al., 2013).

Studiene nevnt over viser til at familiebasert terapi (FBT) og flerfamilieterapi (FFT) er en nyttig terapeutisk behandlingsform av spiseforstyrrelse i et familie- og generasjonsperspektiv. Flere av studiene påpeker videre at effekten av flerfamilieterapi vil gi best resultater som et supplerende tilbud i tillegg til individuell behandling. Videre viser resultatene til at det har vært en positiv opplevelse å delta for foreldrene og at det er registrert få som droppet ut av behandlingen. Et viktig felles funn for alle studiene var reduksjon av omsorgsbyrde hos foreldrene som følge av ulike terapeutiske intervensjoner.

3. Metode

Valg av metodisk tilnærming henger sammen med problemstillingens ordlyd og hva som ønskes å forskes på (Thagaard, 2018, s. 53). Johannessen et al. (2021) skriver at samfunnsvitenskapelig metode har til hensikt å innhente kunnskap om hvordan verden ser ut, og mener videre at det er nødvendig å gå metodisk til verks for å oppnå kunnskapen. En metode kan forstås som å følge en bestemt vei mot mål for å innhente kunnskap om hvordan den sosiale virkeligheten kan forstås. Valg av metode vil gi en oversikt over mulige fremgangsmåter (s.21). Dette forskningsprosjektet ble utført gjennom kvalitativ forskningsmetode. For analyse er systematisk tekstkondensering (STC) anvendt, en metode for tverrgående analyse av kvalitative data gjengitt av Malterud (2018).

I første del av dette kapitlet blir det gitt en innføring i grunnprinsippene i vitenskapelig kunnskap og dens filosofiske røtter, videre gis et innblikk i valg av metode. Avslutningsvis blir en gjennomgang av analyse trinnene i systematisk tekstkondensering gjort rede for.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Kriteriene for vitenskapelig kunnskap handler ikke om å følge en bestemt måte å gjennomføre forskningen på, men tar utgangspunkt i normative forutsetninger innen en bestemt historisk, sosial og kulturell ramme. Gjeldende forståelse av vitenskapelig kunnskap vil endres med tiden og det vil derfor ikke være en sannhet til fremgangsmåten (Malterud, 2018, s. 16).

Med en vitenskapsteoretisk forståelsesramme som utgangspunkt blir fortolkende teorier som fenomenologi og hermeneutikk vektlagt. Det er denne forståelsen som danner grunnlaget for den informasjonen som utvikles gjennom denne forskningsprosessen (Thagaard, 2018, s. 19). Data som blir utviklet gjennom forskningsprosessen må også bli sett i sammenheng med den forforståelsen forskeren bringer med seg inn i prosjektet (Thagaard, 2018, s. 33).

3.1.1 Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonisme er en filosofisk retning innen psykologi og samfunnsvitenskap som vektlegger at mennesker konstruerer sin virkelighet gjennom samspill med andre

mennesker. Det som betraktes som vår verden avhenger av de sosiale relasjonene vi er en del av (Gergen, 2010, s. 13). Retningen vektlegger at det verken foreligger en sannhet eller usannhet, men hevder at språklige interaksjoner gir kunnskap og mening gjennom menneskelige interaksjoner. Vår verden blir konstruert gjennom kommunikasjon med andre (Gergen, 2010, s. 15-16). Selv om kunnskap innenfor denne retningen betraktes som sosialt konstruert, menes det ikke at kunnskap gjennom forskning er ugyldig, det handler om en erkjennelse om at det finnes flere sannheter om «vår» verden (Gergen, 2010, s. 84).

3.1.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Dette kvalitative studiet bygger på teorier forankret innen et fenomenologiske og hermeneutisk tradisjon, to tradisjoner som er nært sammenvevd (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 381). Målet med denne oppgaven vil derfor være å utforske meningsinnholdet rundt sosiale fenomener som fremkommer fra deltakerne som deltar i studiet. Deltakernes opplevelse vil bli sett i sammenheng med deres referanseramme (Thagaard, 2018, s. 36).

Det fenomenologiske perspektivet knyttes til den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) (Thoresen et al., 2020, s. 22). Fenomenologisk forskning handler om å komme frem til mest mulig «rene» beskrivelser, som menes at beskrivelsene rundt fenomenet ikke er farget av forforståelse, teorier eller verdier. Fenomenet skal fremstå på en mest mulig «original» måte. Alle forstyrrelser som kan påvirke særegent ved fenomenet bør forskeren vikes fra (Thoresen et al., 2020, s. 28).

Erfaringene som blir gjengitt fra foreldrene og terapeutene i fokusgruppene blir gjenfortalt ut ifra hvordan hver enkelt erfarte sin deltagelse og derfor vil ulike fortellinger bli gjenfortalt. Husserl definerer *livsverden* som et sentralt begrep innen fenomenologien og betegner den verden vi lever i, det som i hverdagen blir tatt for gitt, som man er fortrolig med (Nyeng, 2017, s. 26) Forskerens rolle er å utforske noe individuelt og unikt, gjennom å se på mønstre eller gjentakende beskrivelser (Thoresen et al., 2020, s. 25).

Fenomenologien handler om å søke etter subjektive opplevelser, i dette tilfellet er målet å få en dypere innsikt i deltakernes erfaringer og innsyn i deres livsverden etter sin deltagelse i flerfamilieterapi. Ved at forskeren setter «lyskasteren» mot de fenomener som blir gjenfortalt, gir muligheten til å rette større oppmerksomhet rundt hvilke erfaringer personene har og hva som blir formidlet. Innen den fenomenologiske tradisjon handler det

om å forstå verden gjennom mennesker og hvordan meningsinnholdet i en tekst blir analysert, tolket og rapportert (Johannessen et al., 2021, s. 165).

Begrepet hermeneutikk handler om forståelse- og fortolkningslære, med en idè om at det ikke kun finnes en sannhet, men at ulike fenomener kan tolkes ulikt på flere nivåer. Videre vil meningen kun forstås i den sammenheng den oppstår i, som en del av en helhet. Som forsker vil tolkningen av tekst bli sett på som en dialog, hvor oppmerksomheten rettes mot meningsbærende enheter i teksten (Thagaard, 2018, s. 37).

Den hermeneutiske spiral handler om at det aldri vil være en endelig forståelse eller kun en sannhet, men heller en åpen prosess som til enhver tid er i utvikling og kan fremstå på nye måter i ulike perioder. Det vil kontinuerlig skje en bevegelse mellom del og helhet av teksten som igjen kan bidra til dypere innsikt og meningsforståelse (Krogh, 2014, s. 70). Den hermeneutiske spiral gir et godt bilde av min prosess gjennom dette studiet. Jeg opplever at jeg har vært i en kontinuerlig prosess, hvor endringer har skjedd som følge av ny og dypere innsikt omkring for eksempel et fenomen. En vekselvis bevegelse fra del til helhet utviklet et nytt bilde og forståelse av teksten som igjen endte opp med den «helhet» som blir beskrevet i denne oppgaven.

3.2 Kvalitative metode

Kvalitativ forskningsmetode representerer en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. Innen medisin, helsefag og sosialfag er det nødvendig med forskningsbasert kunnskap, som kjennetegnes ved at kunnskap er innhentet og systematisert i samsvar med grunnleggende krav innen vitenskapelige kultur (Malterud, 2018, s. 15). Forskning er en måte å utvikle og systematisere vitenskapelig kunnskap på. Vitenskap kjennetegnes ved at det ikke kan sjekkes gjennom et enkelt regnestykke eller en prosedyre. Det handler om en holdning til hvordan kunnskap har blitt håndtert og systematisert. Forskeren er derfor nødt til å gi god innsikt i hvordan kunnskapen er innhentet, dette kalles intersubjektiv (Malterud, 2018, s. 18).

Thagaard (2018) beskriver kvalitative metoder som noe som rettes mot de fenomenene som ligger til grunn for det som blir studert, og at kvalitativ tilnærming derfor kan knyttes til fortolkende teorier som hermeneutikk, fenomenologi. Under forskningsprosessen til en kvalitativ metode vil den vitenskapsteoretiske fortolkningsrammen danne grunnlaget for den

forståelsen vi utvikler (Thagaard, 2018, s. 19). En viktig målsetning handler om å oppnå en forståelse av sosiale fenomener mellom forskeren og deltakeren (Thagaard, 2018, s. 11).

Innen medisin og helsefag har det positivistiske paradigmet særlig hatt betydning, hvor positivismen representerer en grunnforståelse om at verden består av stabile fenomener. Fenomenene kan observeres, måles og sammenfattes som objektive fakta på lik linje som forutsetningene rundt kvantitativ forskningsmetode (Malterud, 2018, s. 27).

Kvalitativ metode gjenspeiler de endringene som skjer i samfunnet og utvikler seg deretter (Thagaard, 2018, s. 11). Kvalitativ metode tar utgangspunkt i forstå, ikke å forklare, målet vil være å gi en beskrivelse av hva som har blitt forstått (Malterud, 2018, s. 39). Kvalitativ metode tar utgangspunkt i teori som vektlegger menneskelige erfaringer, fortolkninger og utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener i den sammenheng den befinner seg i (Malterud, 2018, s. 36). Innen kvalitativ forskning skilles det mellom en deduktiv og induktiv tilnærming, hvor den deduktive tilnærmingen trekker slutninger fra det allmenne til det enkeltstående. Mens en induktiv tilnærming innen det fortolkende paradigmet handler det om å trekke slutninger fra det enkeltstående og ut til det allmenne, hvor funnene skal kunne være overførbare eller gi ny innsikt som kan benyttes i en annen sammenheng enn i den kontekst studiet ble gjennomført i (Malterud s. 27).

3.2.1 Kvalitative forskningsintervju

For at det kvalitative datamaterialet kan kalles vitenskapelig kunnskap må materialet fra notater og lydopptak bli bearbejdes, transkriberes og analyseres (Malterud, 2018, s. 139). Det finnes flere ulike måter å innhente kunnskap på, det er derfor viktig at forskeren velger en metode som oppleves relevant for problemstillingen, samtidig som forskeren må kunne argumentere for hvorfor den metoden oppleves som mest hensiktsmessig å benytte (Halkier, 2016, s. 9).

Jeg har valgt å innhente kvalitative data fra to gruppesamtaler, også kalt fokusgrupper. Hensikten med å benytte seg av fokusgrupper er å observere samhandlingen mellom de ulike deltakerne som vil gi en annen innsikt i et fenomen enn om jeg hadde benyttet meg av individuelle intervjuer (Malterud, 2018, s. 138-140). Kombinasjonen av å benytte seg av interaksjoner fra en gruppe opp mot et allerede bestemt emne av en forsker, kjennetegner en fokusgruppe. Kombinasjonen er godt egnet for å produsere empirisk data. Fokusgruppens

hensikt er å samle kvalitative data om et tema fra en mindre gruppe mennesker (Halkier, 2016, s. 10).

Fokusgrupper innhenter empirisk data omkring et emne forskeren har valgt ut på et gruppenivå og vil gjenspeile hvordan det sosiale livet utspiller seg i gitte samspill.

Fokusgruppen blir ansett som et effektivt og et kreativt verktøy for datainnsamling. Denne tilnærmingen kan medføre både styrker og svakheter sammenlignet med å benytte andre metoder. Denne metoder er derfor avhengig av hvilke teoretiske perspektiver som blir benyttet (Brinkmann & Tanggaard, 2018, s. 133-134).

Når forskeren samler kvalitative data gjennom fokusgrupper vil det foreligge en bestemt måte å gjennomføre det på. Gruppen vil ledes av en moderator, hvor rollen i større grad vil være mer styrende enn ved et individuelt intervju. Det er også viktig å påse at alle deltakerne kommer til ordet og at moderatoren overholder å belyse temaet som skal belyses. Grunntanken rundt å samle inn data gjennom fokusgruppen vil være å utnytte merverdien av å samle informasjon fra samhandling mellom flere deltagerne. Denne tilnærmingen egner seg godt når forskeren ønsker innsikt i deltakernes erfaringer, holdninger og synspunkter. Det er ønskelig å sette sammen en så homogen gruppe som mulig og vanligvis består fokusgruppene av fem til åtte deltaker. Årsaken til at det er ønskelig med en homogen gruppe er fordi det er ønskelig å ha fokus og vektlegge de felles erfaringene deltakerne sitter på (Malterud, 2018, s. 138).

Med utgangspunkt i masterprosjektets problemstilling falt valget på å benytte fokusgruppe. Med tanke på at alle deltakerens har erfaring med gruppesammensetning og erfaring med å ha en barn med anoreksi, opplevdes det som hensiktsmessig å benytte en lignende form i lignende kontekst for å innhente kunnskap om fenomenet.

3.2.2 Utforming av intervjuguide

Til dette forskningsprosjektet ble en semistrukturerte intervjuform benyttet. Intervjuguiden har til formål å identifisere og utdype forskjellige temaer, temaene springer ut fra det problemstillingen ønsker å belyse. I første omgang ble spørsmål rundt sentrale dilemmaer utarbeidet, videre ble det lagt underspørsmål, det for å kunne dekke opp eller utfylle de forskjellige temaene (Johannessen et al., 2021, s. 111). Intervjuguiden vil i denne sammenheng være dynamisk, med det menes at rekkefølgen omkring temaer eller

spørsmålene som er utarbeidet ikke var «låst». Det er muligheter til å være fleksibel i møte med deltakerne formidler (Malterud, 2018, s. 133).

Før ferdigstilling av intervjuguidene, gjennomført jeg en test fokusgruppeintervju med foreldre som står i lignende situasjon som deltakerne som skulle delta i dette studiet (Halkier, 2016, s. 51). Tema i testgruppen var tilsvarende som den tentative intervjuguiden. Tanken bak testintervjuet var å gjøre meg noen erfaringer som kunne være nyttig for kommende fokusgrupper, samt øve meg på min rolle som moderator. En moderator skal sørge for å skape et trygt rom hvor deltakerne setter ord på sine erfaringer, holdninger og refleksjoner omkring et bestemt tema. Sett i lys av sosialkonstruksjonistisk tilnærming vil det forstås som at empirisk data i en kvalitativ metode kommer fra samspillet mellom deltakerne seg imellom og mellom moderator og deltakerne (Halkier, 2016, s. 52). I etterkant av testintervjuet gjorde jeg meg noen erfaringer som resulterte i noen endringer i intervjuguiden.

Intervjuguidene inneholdt begge en innledning, åpningsspørsmål og nøkkelspørsmål (Se vedlegg 1 og 2).

3.2.3 Utvalg og rekruttering av deltakere

I kvalitative studier er det helt nødvendig at forskeren retter et skarp blikk mot utvalgets egenart, da det vil ha betydning for hvordan kunnskap utvikles og dens overførbarhet (Malterud, 2018, s. 57-58). I dette studiet har jeg valgt en utvalgsstrategi, med et ønske om at utvalget kan gi et rikt og relevant data for videre analyse, med formål om at materiale inneholder data omkring de fenomener som forskes på. Utvalget i dette studiet representerer en homogen sammensetning, hvor deltakerne innehar et felles erfaringsgrunnlag som utgangspunkt for samtalen. De har alle erfaring rundt det å delta i flerfamilieterapi, enten som foreldre til barn med spiseforstyrrelse eller gjennom sin deltagelse som terapeut (Malterud, 2018, s. 138-139).

Utvelgelse av deltagere til dette studiet baseres på en strategisk utvelgelse, der deltakerne har egenskaper og kvalifikasjoner som på beste måte kan svare på problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54-46). Rekrutteringsarbeidet startet etter at søknaden til Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt SIKT, ble godkjent. I første omgang avtalte jeg et møte med de ansvarlige for FFT, hvor vi hadde en samtale om mulighetene for å gjennomføre

forskningsprosjektet der. Med positiv respons, utarbeidet jeg to informasjonsskriv (vedlegg: 3) med tilhørende samtykkeskjema. Med bistand fra de ansvarlige for flerfamilieterapi ved RASP og ekspedisjonen på huset startet rekrutteringsarbeidet av foreldrene. Det ble foreslått å legge ved informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring ved neste innkalling til en avsluttende FFT gruppe. Ekspedisjonen var behjelpelig med jobben. Videre var jeg nødt til å ha «is» i magen med tanke på om det var noen av foreldrene som ønsket å delta. Gjennomføring av fokusgruppen var lagt til samme dag som avslutning av FFT. I rekruttering av terapeuter var kriteriene at det skulle være terapeuter som hadde hatt en funksjon og erfaring med flerfamilieterapi. Jeg fikk tak i kontaktinformasjonen av flere som hadde deltatt eller ledet en gruppe og startet med å henvende meg til mulige kandidater.

Til dette forskningsprosjektet ble det rekruttert ni deltakere til fokusgruppen med foreldrene og fire deltakere i fokusgruppen med terapeutene. Antall deltakere ble vurdert som tilstrekkelig til dette forskningsprosjektet.

3.2.3 Gjennomføring av fokusgruppene

Begge fokusgruppene ble gjennomført i november 2022. I forkant av begge fokusgruppene hadde aktuelle deltagere fått utlevert informasjonsskriv samt et samtykkeskjema.

En fokusgruppe kjennetegnes med at den ledes av en moderator med en ikke-styrende intervjustil. Hovedformålet med fokusgrupper er å få frem de ulike synspunktene om et fenomen fra deltakerne i gruppen. Helt i starten presenterer moderatoren temaet som skal diskuteres. En viktig oppgave for moderatorer er å se til at alle i gruppen får kommet med sine refleksjoner eller tanker rundt temaet og fokuset vil være å tilrettelegge for at ulike synspunkter blir diskutert. Det er ikke til formål at gruppen skal komme til enighet eller komme frem til løsninger knyttet til det som blir diskutert (Kvale et al., 2015, s. 179-180).

Anbefalingene rundt gjennomføring av fokusgruppen er en varighet på en time til halvannen, og mellom fem til åtte deltagere. Det kan også være lønnsomt å ha med en observatør inn i gruppen, som kan bistå med å notere ned hovedmomenter fra samtalen, navnefester replikker for at det blir lettere å gjenkjenne hvem som sier hva og for å gjenskape stemning og forhold som ikke kommer frem ved en lydfil (Malterud, 2018, s. 138-140). I etterpåklokskapens navn har jeg gjort meg noen tanker om at jeg burde ha søkt NSD, om å ha med en observatør inn i gruppene eller benytte meg av film.

Fokusgruppen med foreldrene hadde en varighet på 58 minutter. I fokusgruppen med terapeutene var det fire som hadde anledning til å være med, en måtte melde frafall. Gruppen med terapeutene hadde en varighet på 54 minutter.

Dagen for gjennomføring av fokusgruppen med foreldrene ble lagt til deres siste samling ved FFT, det fordi familiene kommer fra ulike steder i landet og på det tidspunktet var samlet. Tidligere på dagen, fikk jeg mulighet til å presentere meg selv og informere om forskningsprosjektet for alle i stor gruppen. Da fikk foreldrene mulighet til å bli «litt» kjent med meg og stille eventuelle spørsmål. Min umiddelbare opplevelse var at flere var positive til å delta og de hadde lest informasjonsskrivet som var sendt som vedlegg fra ekspedisjonen og noen hadde signert samtykkeskjema. Det ga meg en pekepinn på ca. hvor mange av foreldrene som ønsket å delta. Jeg fikk også informert om hvor fokusgruppen skulle gjennomføres og at jeg var nødt til å ha samtykke fra eventuelle tredjepersoner.

Det er viktig at moderatorer informerer deltakerne godt om samtalens formål slik at forventningene samsvarer med gjennomføringen (Malterud, 2018, s. 139). Rommet som ble benyttet var godt kjent for foreldrene fra tidligere gruppeøvelser. Samtalerommet var innredet med stoler plassert i ring med et bord i midten. Fokusgruppen med terapeutene ble gjennomført i samme rom som foreldrene på et annet tidspunkt.

Før lydopptaket startet fikk begge fokusgruppene en introduksjon om prosjektets formål og hensikt, «retningslinjer» for gjennomføringen av gruppene ble også formidlet. For at en fokusgruppe skal oppleves vellykket kreves det en god introduksjon (Halkier, 2016, s. 55).

I tråd med gjennomføring av fokusgruppen forsøkte jeg å gi en oppsummering av de viktigste samhandlingsmessige hovedpunktene deltakerne delt i gruppen mens lydopptaket fortsatt spilte inn (Malterud, 2018, s. 139).

3.2.4 Transkribering

For å få nærhet til materialet valgte jeg å transkribere lydopptakene fra begge fokusgruppene fra tale til tekst selv. Det var en tidkrevende prosess, samtidig som jeg ble godt kjent med materialet. Jeg hadde også gjort meg noen notater i forkant av lydopptaket og underveis i fokusgruppene som også ble behandlet (Malterud, 2018, s. 139). Overveielser som ble gjort underveis ivaretok meningsinnholdet på en gyldig og pålitelig måte. Gjennom

arbeidet med transkripsjonene var jeg også opptatt av å gjenspeile lojaliteten til det opprinnelige materialet, slik at deltakernes erfaringer og mening ble formidlet (Malterud, 2018, s. 77). Vårt talespråk er som regel mer oppstykket og uformelt enn skriftspråk, det vil derfor skje en fordreining av det totale bildet når tale blir til tekst. Non-verbal kommunikasjon, ansiktsuttrykk og stemning i rommet er noen faktorer som forsvinner i overgangen til tekst (Malterud, 2018, s. 78).

I arbeidet med å transkribere ble jeg også kjent med mulige svakheter rundt spørsmålene fra intervjuguiden. For eksempel opplevde jeg at spørsmålene i stor grad ledet til min hypotese omkring fenomenet og at det var vanskelig å finne motsetninger. Å lede en gruppe til å formidle fortellinger knyttet til fenomenet, samtidig sørge for at deltakerne opprettholdt samtalen med hverandre var tidvis noe utfordrende. Jeg gjorde meg noen erfaringer med at samtalen mellom deltakerne raskt kunne ta en helt annen vending eller at henvendelser kom i min retning. Jeg ble derfor nødt til å legge notatblokken til siden for å se til at samtalen noen lunde opphold seg innenfor ønskelig tema. I arbeidet med transkripsjonen legger jeg merke til hvordan jeg ved noen anledninger måtte innta en mer «styrende» rolle for å komme tilbake til temaet.

3.2.5 Forforståelse og refleksivitet

Malterud (2018) skriver at forforståelsen handler om ryggsekken forskeren bringer med seg inni forkant av forskningsprosjektet, og at forforståelsen hele tiden vil påvirke hvordan prosessene utspiller seg. De ulike valgene vil være preget av forskerens forforståelse. Videre påpeker Malterud at forforståelsen har betydning og motivasjonen for valg av tema som ønskes å forskes på, og at forforståelse består av en ryggsekk fylt opp med personlige erfaringer, faglig erfaringer og nysgjerrighet, interesser og hypoteser og antagelser. Denne ryggsekken vil påvirke måten data i dette forskningsprosjektet blir samlet inn, forstått og tolket (Malterud, 2018, s. 44-46). Uavhengig av valg av forskningsmetode eller forskningsprosjekt som foreligger, vil forskeren påvirke hvordan prosjektet blir gjennomført gjennom prosessene og resultatene (Malterud, 2018, s. 41).

I et forskningsprosjekt vil refleksivitet være en aktiv holdning, en posisjon som forskeren selv aktivt må oppsøke og vedlikeholde. Holdningen er avgjørende at forskeren ikke tar til takke med kun den kunnskapen som blir gitt eller forventer at noe revolusjonerende skal dukke

opp. Det handler om å søke etter konfrontasjoner mot egne forestillinger og posisjoner, samtidig som en forsker må være innstilt på å måtte forkaste konklusjoner og resultater som i utgangspunktet ga mening. Det handler om å vise evne til å sette spørsmålsteget ved egne beslutninger og gi et klart innblikk i forskerens hypoteser og forforståelse (Malterud, 2018, s. 19).

3.3 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Validitet knyttes til om studiets tolkninger er gyldige og avhengige av hvor grundig tolkningene blir fremstilt (Thagaard, 2018, s. 210). Overveielse rundt validitet i en fokusgruppe blir ekstra viktig da det kan ha innvirkning på om det er for mange eller for få som deltar, eller om temaet som blir diskutert går for tungt eller for overfladisk. En større gruppe kan bidra med betydelig bredde hvis temaet er tilstrekkelig avgrenset og moderatorer ser til at alle kommer til ordet i rimelig forstand (Malterud, 2018, s. 139). Thagaard (2018) retter et fokus på om oppgaven er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte og knytter det til reliabilitet (s.187).

I dette studiet har jeg forsøkt å ivareta validitet og reliabilitet på en hensynsfull måte gjennom å gi en detaljert beskrivelse av forskningsstrategi og analysemetoden. På bakgrunn av valgt tematikk, var jeg kjent med at min forelesning til FFT kunne påvirke både validiteten og reliabiliteten. På bakgrunn av mine erfaringer og tolkninger rundt det å lede gruppesamtaler med foreldre, har jeg vært nødt til å legge min forforståelse til side, og forsøkt å være nysgjerrig å finne fenomener som kan gi et bilde utover mine hypoteser og antagelser omkring FFT.

3.4 Etiske vurderinger

I dette forskningsprosjektet stilles det krav til å følge lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), som innebærer at jeg som forsker må ivareta og håndtere innsamlet opplysninger om personer på en forsvarlig måte som sikrer deltakernes trygghet og sikkerhet (Johannessen et al., 2021, s. 49).

Dette forskningsprosjektet ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) den 15.09.22 med referansenummer 858480 (Vedlegg: 5). Før godkjenningen lå til grunn var jeg nødt til å melde inn tredjepersoner, som i dette tilfellet omhandlet at barn måtte registreres i særlig kategorier av personopplysninger (Vedlegg 4). For barn under 16 år ga

foreldrene informasjon og samtykke på vegne av barnet. For barn over 16 år ble det informasjon og utarbeidet et eget samtykkeskjema (Personopplysningsloven, 2018).

Alle deltakerne som deltok i dette forskningsprosjektet og tredjepersoner har fått informasjon om studiet og signerte samtykkeerklæring. Videre ble det gitt informasjon om prosjektets varighet og mulighetene for å trekke sitt samtykke. Alt av datamaterialet har blitt anonymisert. Intervjuene fra begge fokusgruppene vil bli senest slettet innen 31.12.23.

3.5 Analyse av data

I dette studiet har jeg valgt å benytte meg av analysemetoden systematisk tekstkondensering (STC). STC er inspirert av Amedeo Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse og modernisert av Kirsti Malterud. Til forskjell fra Giorgis sin psykologiske fenomenologiske analyse har STC en ambisjon om å utforske og presentere den «viktigste» kunnskap fra menneskers erfaringer og livsverden, den tar ikke høyde for å avdekke alle gjeldende potensielle fenomener. STC bygger på prinsipper om å være en beskrivende og utforskende metode, gjennom en tematisk tverrsaksanalyse. Denne metoden kan brukes til ulike typer kvalitative data, som for eksempel datamateriale fra fokusgrupper (Malterud, 2012). I en tverrgående analyse blir informasjon fra flere deltagere sammenfattes, likhetstrekk, forskjeller, variasjoner i erfaringer, holdninger og følelser fra flere deltakere fortolkes og analysert opp mot hverandre blant annet for å få nye beskrivelser om et fenomen som igjen kan være relevant for feltet (Malterud, 2018, s. 92-93).

3.5.1 Analysemetode

På bakgrunn av Malterud (2018) sin tolkning av STC, har jeg valgt å følge hennes analysemetode for mine kvalitative data, med en trinnsvis strategi for å besvare oppgaven (Malterud, 2012). Da denne masteroppgaven har en fenomenologisk tilnærming vil min tilnærming i analyseprosessen være opptatt av meningsinnholdet i teksten gjennom begreper, koding og kategorisering som blir gjenfortalt av deltakerne, videre vil jeg søke etter en dypere mening i materialet (Johannessen et al., 2021, s. 170). De fire trinnene i STC vil bli beskrevet under de neste punktene.

Gjennom analyseprosessen besluttet jeg å gjennomføre to separate analyser, en for foreldrene og en for terapeutene. Begge analysene vil bli besvart med utgangspunkt i forskningsspørsmålene som ble stilt under gjennomføringen av fokusgruppene.

- Forskningsspørsmål til foreldre: Hvordan opplever foreldre endringsprosess i flerfamilieterapi?
- Forskningsspørsmål til terapeutene: Hvordan opplever terapeutene endringsprosess i flerfamilieterapi? Og hvilken kompetanse oppleves som relevant i møte med familiene?

3.5.1.1 Helhetsinntrykk – fra kaos til temaer

Første del av analyseprosessen startet med å lese gjennom transkripsjonene fra begge fokusgruppene opptil flere ganger. Totalt hadde jeg 48 sider med transkripsjon fra begge fokusgruppene. I første omgang tok jeg for meg fokusgruppen med foreldrene, deretter terapeutene. Etter gjennomlesing av materialet fikk jeg et generelt helhetsinntrykk. På dette tidspunktet så jeg etter foreløpige temaer som kunne belyse fenomener opp mot forskningsspørsmålene knyttet til hver fokusgruppe og problemstillingen. Gjennom denne prosessen gjorde jeg meg notater underveis, samtidig som jeg forsøkte å unngå å systematisere de foreløpige funnene, ved å sette min forforståelse og referanseramme i en midlertidig parentes. Etter å ha gjort en gjennomlesing av tekst fra transkribering, sett fra et fugleperspektiv, satt jeg igjen med et første utkast til foreløpige temaer knyttet til forskningsspørsmål (Malterud, 2018, s. 99-100). For å gi et inntrykk av arbeidet som ble gjort under første runde i analyseprosessen vises kodegruppene som ble utarbeidet i materialet fra fokusgruppen med foreldrene: (1) *Det første møte* (2) *Et nytt perspektiv* (3) *Nye verktøy* (4) *Vi er ikke alene* (5) *Å se fremover* (6) *Å bli møtt med kunnskap* (7) *Forventninger*.

3.5.1.2 Meningsbærende enhet – fra foreløpig temaer til koder og sortering

Neste steg i prosessen handlet om å identifisere meningsbærende enheter som kunne belyse de foreløpige temaene fra forrige trinn. Gjennom en grundig gjennomgang av teksten, linje for linje ble materialet systematisert og sortert med en tanke om å gi en beskrivelse av hva deltakerne var opptatt av. I STC vil ikke hele teksten være meningsbærende enhet, det er viktig å skille relevant tekst fra det som fremstår irrelevant (Malterud, 2012). Gjennom en grundig og systematisk gjennomgang av materialet hadde jeg som fokus å trekke ut både felles erfaringer fra deltakerne, men også ulikhetene for å kunne belyse ulike sider fra fokusgruppene. På dette tidspunktet hadde jeg flyttet analyseprosessen til fjells, foran meg satt jeg med lapper og tusjer i ulike farger. De

overordnede temaene ble skrevet ned og kategorisert og sortert i ulike fargekoder. Denne delen av prosessen opplevdes som svært krevende da jeg gjentatte ganger var nødt til å gå frem og tilbake og materialet opplevdes som svært overveldende.

3.5.1.3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I følge Malterud (2012) handler analysens tredje trinn om å abstrahere (kode) den sorterte informasjonen som har blitt utviklet i de to foregående trinnene, gjennom å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. På dette stadiet reduseres empirisk data til et dekontekstualisert utvalg og meningsbærende enheter sorteres under kodegrupper på tvers av materialet. Materialet representerer ikke lenger opprinnelig tekst fra transkripsjon, men er organisert og redusert til noen få kodegrupper med tilhørende subgrupper. Videre fokuserte jeg på de meningsbærende enhetene og sitatene jeg hadde klippet ut fra opprinnelig tekst. Etter å ha lest sitatene gjentatte ganger, begynte arbeidet med å sortere sitatene inn i subgrupper som igjen ga en beskrivelse av hovedkategorien (vedlegg 6). På dette tidspunktet blir teksten tolket ut ifra faglig perspektiv og ståsted. Det handler om å skape rom for flere mulige tilnærminger og tolkninger. Når subgruppene var etablert, representerer det analyseenheten. Videre ble STC sitt metodiske grep i analysetrinnet laget, et kunstig sitat. Et kunstig sitat, også kalt kondensat ble skrevet til hver av subgruppene. Under hvert kondensat som ble det også utformet et «gullsitat» som på best mulig måte illustrerer den abstraherte kunnskapen (Malterud, 2018, s. 107-108). Eksempel på kondensat som ble utarbeidet ut i fra to av subgruppene:

1. Subgruppe: Før og nå.

Kondensat: «Det er min skyld at min datter har blitt syk, hva er det jeg har gjort feil?»

2. Subgruppe: Berg og dalbane av følelser

Kondensat: «Foreldrene trenger hjelp til å skjønne at de er det viktigste til å hjelpe sitt barn».

3.5.1.4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begrep og resultat

I siste og fjerde analysetrinn skal resultatene sammenfattes, bitene skal settes sammen igjen ved hjelp av rekontekstualisering. En analytisk tekst for hver av kodegruppene og subgruppene ble utarbeidet, ved hjelp av kondensatet og gull sitatet fra forrige trinn. På det tidspunktet gjorde jeg vurderinger om gull sitatene representerte mangfoldet fra

fokusgruppene. Syntesene ble validert opp mot opprinnelig tekst. Jeg ble derfor nødt til å gå tilbake til materialet for å se til at alle deltakerne ble tilstrekkelig sitert. I gjennomlesningen på nytt la jeg merke til at en av deltakerne i fokusgruppen med terapeutene ble i større grad referert til i forhold til de andre. Jeg ble derfor nødt til å gjøre noen justeringer i forhold til fremstillingene som ble illustrert. Etter det ble hver kodegruppe sammenfattet med en overskrift (Malterud, 2018, s. 108-110). Endelig overskrifter fra fokusgruppen med foreldrene ble: (1) «En forskjell som utgjør en forskjell» (2) Livet er mer enn spiseforstyrrelse. Endelig overskrifter fra fokusgruppen med terapeutene ble: (1) Et lys i tunnelen (2) De «usynlige» fasilitatorene.

4. Presentasjon av funn

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere de funn jeg har identifisert gjennom analyseprosessen med en induktiv tilnærming i tråd med et fortolkende paradigme. Empirisk data fra deltagerne i fokusgruppene vil bidra til å belyse oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Funnene er identifisert basert på systematisk tekstkondensering (STC) og er en tolkning av hva jeg har ansett som meningsbærende enheter opp mot gitt fenomen. I drøftingsdelen vil hovedfunn fra begge analysene bli drøftet opp mot hverandre og nevnt teori for å besvare problemstillingen:

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi (FFT) bidra til at foreldre med barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Funn fra fokusgruppe med foreldre.

Tabell 1: Hovedkategorier og subgruppe fra fokusgruppe med foreldre

Hovedkategori 1: En forskjell som utgjør en forskjell	
Subgruppe 1: Før og nå	Subgruppe 2: Vi er ikke alene
Hovedkategori 2: Livet er mer enn spiseforstyrrelse	
Subgruppe 1: Dette er en forpliktelse	Subgruppe 2: Å se fremover

4.1 En forskjell som utgjør en forskjell

Foreldrene som deltok i fokusgruppen beskriver at de over en lengre periode har stått i en belastende, fastlåst og utfordrende situasjon. Det skildres ulike nyanser omkring hvordan situasjonen har preget livene deres. Foreldrene beskriver hvordan familiedynamikken har endret seg som følge av sykdommen og hvordan familien i større grad har isolert seg fra sine omgivelser. Det fremkommer i materialet at alle foreldrene har stått eller står i en lignende og gjenkjennbar situasjon, samtidig beskrives ulikheter knyttet til opplevelsen av endring

gjennom sin deltagelse. Foreldrene som deltok i fokusgruppen ga et variert bilde av deres nåværende situasjon, og forhistorie før oppstart av samlingene varierte fra poliklinisk oppfølging lokalt, tidligere døgninnleggelse og «behandling» hjemme.

Med tanke på oppgavens fokus knyttet til endringsprosess mener jeg Bateson (1972) sitt utsagn, en forskjell som gjør en forskjell er en passende tittel på en av hovedkategoriene i dette studiet. Om ny kunnskap og erfaring utgjøre en forskjell for deltakerne (Johnsen og Torsteinsson, 2012. s.29).

4.1.1 Før og nå

Alle foreldrene fortalte historier som ga et bilde av ulike endringer som har kommet til syne gjennom deres deltagelse i FFT. Fra tiden da sykdommen inntraff familien til der de står nå blir beskrevet som en gradvis endring mot en ny forståelse og tilnærming rundt sykdommens adferd. En far uttrykket seg med at det ikke var gjort ved *«et knips i fingeren, men at endringene kom sakte»*. Og flere foreldre satte ord på at de «små» tingene som tidligere ikke har hatt betydning, nå fikk større oppmerksomhet. En mor påpekte hvordan det hadde hjulpet henne å ha fokus på mye annet enn måltider og måltidsstruktur, ting som for lengst hadde blitt neglisjert i familien, som for eksempel å dra på hytta eller ha besøk var noe som ble nevnt.

«...vi skulle snakke om noe som hadde vært bedre siden sist. Og da ble det automatisk mer positivt»

På spørsmål om hvilke forventninger foreldrene hadde i forkant av samlingene, ga foreldrene et sprikende svar, alt fra ingen til store forventninger. Noen presiserte, lite eller ingen forventninger knyttet til deres syke datter, men forventningene til seg selv som foreldre var store. Det illustrerer et bilde av at foreldrenes varierende tanke om forventninger kan tolkes som at de er på et ulikt sted i prosessen, og at det knyttes ulike tanker omkring hvilken effekt deres deltagelse ville ha. Historiene som ble presentert er fylt av tyngende følelsesmessige utsagn, men også fortellinger om håp, et ønske om mer kunnskap og bedring. Utover de umiddelbare forventningene som ble gitt, satt flere ord på et behov for å få tips og hjelp fra terapeutene, fra de andre i gruppen, eller et ønske om nye verktøy og kunnskap i møte med sykdommen og situasjonen de står overfor.

En far utrykte seg slik: *«Forventningene var at hun skulle bli frisk. Sånn sier jeg det bare rett ut. Det var det som var forventningene. Veien dit eller hvordan vi skulle komme dit var ukjent for meg. Så jeg visste jo egentlig ikke så mye da. Så det var både det å lære og i det hele tatt at hun skulle bli frisk».*

Når foreldrene forteller om tiden før oppstart av samlingene, beskrives tiden som fylt med usikkerhet og følelsen av manglende evne til å være god nok. I flere av historiene skildres ulike beskrivelser om hvordan foreldrene har gått på tå, i frykt for å forverre de allerede vanskelige følelsene som kommer til uttrykk hos det syke barnet. Flere av foreldrene setter ord på følelsen av å ha mislykket som foreldre, en ensom kamp som ingen andre kan kjenne seg igjen i og følelsen av å ha mistet håpet. En mor forteller: *«Jeg trodde, eller håpet, å håpe er mer riktig å si. At det skulle ha en effekt.. på ungdommen.. Men jeg trodde egentlig ikke det».* En annen mor beskrev tiden før deltagelse som er nytt steg på veien og en tredje mor hadde tanker om at det kunne være nyttig å snakke med andre, spesielt andre mødre».

Gjentagende for alle foreldrene som deltok i fokusgruppen var at de delte en felles erfaring med at de selv opplevde seg som tryggere i sin rolle som foreldre nå enn før deltagelsen i flerfamilieterapi. Det fremkommer i materialet at flere foreldre på ulike måter har forsøkt å håndtere situasjonen hjemme, men at sykdommens adferd og behov for tid har ført til følelsen av å ikke være tilstrekkelig for å kunne hjelpe sitt barn. Flere endeløse kamper blir satt ord på, og en annen mor deler en bekymring hun hadde. Om det hun holdt på med var barnemishandling, var det innenfor å holde sin datter oppe gjennom natten for å se til at hun fikk i seg tilstrekkelig med mat. En far forteller *«.. Så det var en sakte prosess i disse samlingene, også gjorde det både mor og meg tryggere av å høre hva andre også stod i.. Assa, fader. Det er jo andre som opplever akkurat det samme, sitte her og se på den brødsleven, eller hva det måtte være da. Det var veldig godt. Så vi ble sakte, men sikkert tryggere alle sammen. Det var ikke mandag, sånn og sånn.. så endret ting seg for vår del, det gikk sakte, men sikkert».*

En mor forteller om sine tanker rundt prosessen de stod i: *«Kanskje vi klarte å skifte litt fokus, og kanskje vi var blitt tryggere på oss selv.. tryggere på oss selv og det vi holdt på med».*

Tryggheten som foreldrene setter ord kan forstås som å ha gitt mulighet til et endret fokus for flere, fra å fortsette og gjøre ting som oppleves lite hensiktsmessig og heller ikke ført til noen endringer, til å forsøke noe annet. En mor forteller hvordan hun nå legger merke til de «positive» tingene ved sin datter, at hun ser mer enn bare sykdommen. En annen mor viser til og trekker paralleller til andre ting som angår ungdomstiden, at hun har kjent seg i en skvis. Hva er hva? Og flere foreldre kunne kjenne seg igjen i at relasjonene til deres barn hadde endret seg i takt med sykdomsbildet, og at endringene hadde bydd på utfordringer i deres relasjonelle samspill. Foreldrene har kjent på at de ikke klarer å opprettholde kontakten med barnet sitt som de tidligere har hatt. At fokuset omkring mat og måltider har overskygget det meste.

Videre forteller foreldrene om det å våge å ta opp andre ting enn det som omhandlet sykdommen som noe krevende. En far beskrev at det hadde vært mye lettere å snakke med de andre ungdommene enn sin egen datter og refererer til en av øvelsene på samlingene. Flere av foreldre kunne kjenne seg igjen i at øvelser sammen med andres barn hadde vært nyttig, og legger til at de hadde blitt overrasket over hvor kloke og smarte de faktisk var når øvelsene skulle presenteres i storgruppa med alle familiene samlet. Videre påpekte en mor hvor godt det var å høre tilbakemeldinger om sin datter fra andre foreldre etter øvelsen. En mor fortalte at hun også hadde opplevd øvelsen som nyttig, at hun nå våget å ta opp andre ting enn det som har vært fokuset over en lengre periode. Og at det hadde vært en god erfaring.

«Tørre å si i fra, tørre å spørre».

På bakgrunn av foreldrenes historier har ærlighet fått en ny plass i deres relasjon til deres døtre. De fleste setter ord på at det ikke lenger oppleves like skummelt å skulle være ærlig og snakke sammen om hvordan ting egentlig er, blir forstått eller misforstått. En far uttrykker seg følgende: *«Jeg tror det er viktig.. det med kommunikasjonen. Vi har jo blitt tvunget til å være ærlige da.. Ta opp ting for å få dette til å fungere. Det tror jeg hun (datteren) har satt pris på også. Jeg tror det har gjort henne mer åpen.. og spør om ting og vært mer ærlig selv».* Gjennom å våge, beskriver foreldrene hvordan de har fått mulighet til å kommunisere med sine barn på en annen måte, en måte som kan føre til større forståelse for hverandre. Og flere foreldre ser tilbake på en tid hvor deres døtre ikke involverte eller

delte noe med dem, men at de nå opplever det som mer naturlig å ta opp ting, både hverdagslige og sykdomsrelaterte temaer og være mer åpen med hverandre. Tidligere kommunikasjon blir beskrevet som en kamp, en kamp mot barnet og ikke mot spiseforstyrrelsen. «ikke nødvendigvis kampen, men den dialogen» legger en far til.

Flere av utsagnene til foreldrene kan ses i sammenheng med de emosjonelle belastningene foreldrene har stått overfor i en lengre periode. Å mislykkes i å kunne hjelpe sitt barn mot sykdommen og rådvillheten i hva som kan være til hjelp. Foreldrenes maktesløshet kan forstås som en desperasjon og et inderlig ønske om hjelp, og det å kunne være til nytte for sitt barn. I materialet fremkommer det at foreldrene har forsøkt og hjelpe barnet sitt ut av sykdommen og finne nye måter som kan dempe vonde og vanskelige følelser hos barnet.

En mor (4) forteller; *En viktig endring for meg, jeg har hvertfall blitt bedre til å ikke gå i problemløsnings modus.* Videre utdyper moren:

«om hun hadde en dårlig dag eller det var ting som var vondt og vanskelig brukte hun maten til å regulere det, men i løpet av denne prosessen har hun kunne kommet å sagt at i dag er jeg veldig stresset for middag, eller sånne ting. Jeg har møtt henne på de følelsene. Uten å, ja løse noe eller løpe etter henne med forslag. Så vi har jo en bedre kommunikasjon og åpenhet mellom oss to. Hun vet at hun kan komme å fortelle ting, også er vi ferdig. Det trenger ikke å løses, det er godt å lette på trykket da. Så det har hvert fall jeg lært. At jeg ikke trenger å fikse ting hele tiden, men bare å møte de der de er» (Mor 4).

Mors beskrivelse kan tolkes som at hun har fått en opplevelse av å være nærmere sin datter. At hennes omstilling rundt tilnærming ikke lenger trenger å sitte på en løsning, men heller være der for henne gjennom å støtte, anerkjenne og ufarliggjøre de vanskelige følelsene.

En annen mor fortalte om en lignende erfaring etter sin deltagelse. Hun forteller om et verktøy som har vært nyttig for henne: *«lytt, ikke fiks.»*. Beskrivelsene fra disse to mødre gir et bilde av at det har skjedd endringer knyttet til tilnærming til deres døtre og deres rolle som foreldre. Å erfare at de ikke lenger trenger å løse de emosjonelle utfordringene gjennom fysiske handlinger eller løsninger, men heller finne frem de allerede iboende egenskapene som det å gi omsorg, blir beskrevet som noe godt.

4.1.2 Vi er ikke alene

Foreldrene forteller om hvordan de over tid har hatt mindre kontakt med sine omgivelser og i større grad isolert seg omverden. Sosiale sammenkomster og planlagt aktiviteter blir satt ord på som fraværende i deres hverdag. En far forteller at han ikke ønsket å få besøk av noen, og heller ikke dra på besøk. Fokuset var å komme seg gjennom dagen og neste måltid. Fra en hverdag preget av sosial isolering til plutselig å være en del av et større fellesskap blir gjenfortalt som en positiv spiral, at det å stå sammen bidro til at man følte seg sterkere, til tross for mange mørke dager. Fellesskapet i de ulike sammensetningene ble et trygt rom etter kort tid. Gjennom å dele personlige og utfordrende temaer med andre bidro til at de ble raskt kjent med hverandre. Felles for alle foreldrene som deltok i FFT var beretningene om hvordan spiseforstyrrelsen hadde preget livene deres på ulike måter, videre ble det fremhevet hvordan gruppen hadde skapt rom til å snakke om utfordringene og dele ting som oppleves som krevende og at det var godt å kunne dele det med noen. Følelsen av å ikke føle seg alene, at det finnes flere som stod i noe lignende eller at det var noen å snakke med som kunne forstå. Beskrivelser omkring hvordan en ny sammensetning, i en ny kontekst, hadde gitt rom for noe annet blir gjengitt som en gjensidig betydningsfull prosess, hvor deltakerne har jobbet sammen mot et felles prosjekt. En mor legger vekt på: «Å få til noe sammen».

Å treffe andre i lignende situasjon ble gjenfortalt av en mor: «*Det er fælt å si det, men man får litt trøst i at andre også har det fælt*». De andre foreldrene fortalte også lignende erfaringer omkring det å komme sammen med andre familier som stod i noe lignende som noe oppløftende. En annen mor fortalte «*Det at man ikke er alene, at man fikk den relasjonen til de andre foreldrene*». En tredje mor delte: «*Det å dele med andre og høre de andre historiene gjorde også.. at, det var både godt og vondt å være her*». Erfaringene om det å komme sammen ble sett på som en nyttig erfaring for de fleste foreldrene.

Foreldrene i gruppen beskriver hvordan de har hatt muligheten til å snakke sammen uten følelsen av å utlevere eller si noe feil på vegne av sin datter. FFT blir ansett som et trygt rom hvor det gis mulighet til å snakke om det de faktisk står i, uten å ta hensyn til at det er noe man ikke burde si eller snakke om. Følelsen av å ikke føle seg alene og at det er flere som oss, det er flere som også strever med det samme var felles opplevelse for foreldrene.

Blant fedrene ble ulike beskrivelser rundt det å være åpen overfor sine omgivelser. En far fortalte at han ikke ønsket å involvere sine venner eller bror, da de ikke kom til å forstå fullt og helt hva de stod i. En annen far fant god støtte i sin bror, og satt stor pris på å kunne prate med han selv om han ikke hadde samme erfaring som seg selv rundt hvordan sykdommen påvirker familien som helhet. En tredje far beskrev at han godt kunne snakke med sine venner eller bror, men at de ikke kan forstå hvordan sykdommen kan utspille seg: *«Jeg kan godt snakke med broren min eller en kamerat. Men de skjønner det ikke. De har ikke kjent på den ubeskrivelige, merkelige følelsen når du ser barnet ditt oppføre seg helt crazy»*. Videre fortalte faren at det har vært mer utbytte i å prate med noen i lignende situasjon, men påpekte samtidig: *«ja takk, til begge deler»*.

Å møte andre foreldre i lignende situasjon samt forståelse og kunnskap fra terapeutene var noe alle foreldrene satte ord på som noe betydningsfullt og tryggheten det førte til ble gjentatte ganger satt ord på. Ulike begreper beskrev det å komme sammen med andre *«et fellesskap, å få til noe sammen, å treffe andre i lignende situasjoner, tips og triks»*. Noe som kan vitne om at det å komme sammen med andre foreldre i lignende situasjon oppleves som trygt og mindre ensomhet. Foreldrene kjente raskt på følelsen av tilhørighet i gruppen med de andre familiene, og presiserte videre hvilken betydning mamma og pappa gruppene hadde hatt.

Deltakerne fortalte at samlingene inneholdt varierte oppgaver og øvelser for familien, felles i «stor» gruppen eller i ulike konsultasjoner. I materialet fremkommer det at mammagruppen og pappagruppen har hatt stor betydning for foreldrene. En far forteller om sin opplevelse av pappagruppen *«For meg var de pappagruppene helt gull. At man kunne dele tanker, erfaringer og positive ting og negative ting med andre pappaer som er i samme situasjon. Det var lettere enn om jeg skulle snakket med en venn eller et familiemedlem, for man blir så isolert når man står i det..»*. Far sitt utsagn kan tyde på et savn og et behov for å snakke sammen med noen. Videre vektlegges det at fokuset i mammagruppen hadde handlet om å gi et språk til de små endringene som faktisk hadde skjedd og ikke det som fortsatt var vanskelig og utfordrende. *«Vi skulle snakke om det som hadde vært bedre siden sist»*.

Fellesskapet blir beskrevet som noe betydningsfullt for alle deltakerne, hvor opplevelsen av trygghet, samhold og vennskap utviklet seg. En mors beskrivelse av fellesskapet: En mors

beskrivelse, «Ganske forskrudd fellesskap, samtidig som vi var inne på. Felles skjebne, felles trøst». Til tross for sammensetningen satte en mor ord på: «Det er ganske rart da, at alle vi er nye for hverandre, ni familier, totalt forskjellige. At vi skulle treffes og at vi er sammen om dette her. Vi har klart å kommunisere med alle sammen. Det sier noe om at alle følte at i denne situasjonen vi stod i, følte vi et behov for å kommunisere». Videre ble det satt ord på at samholdet også hadde hatt betydning mellom samlingene. Noen hadde opprettet kontakt med hverandre utenom samlingene, andre hadde hatt relasjonene med seg i tankene, som igjen hadde gitt kraft til å fortsette det arbeidet de var i gang med til tross for vanskelige og utfordrende dager hjemme. Alt for å kunne komme tilbake til neste samling å si at, ja vi forsøkte eller, det fikk vi faktisk til selv om det på det tidspunktet virket utenkelig. Det er tydelig at fellesskapet var med på å videreføre de ulike prosessene de hadde påbegynt og tillært seg gjennom samlingene.

4.2 Livet er mer enn spiseforstyrrelse

Som tidligere presentert i materialet kommer det tydelig frem at det å ha et familiemedlem med spiseforstyrrelse har stor innvirkning på familiene. Foreldrene har beskrevet hvordan familiens livssituasjon har endret seg og hvordan mye annet har måttet bli satt på vent.

4.2.1 Dette er en forpliktelse

Å delta i FFT blir beskrevet fra flere foreldre som en forpliktelse hvor de ble «tvunget» til å ha fokus på andre ting enn sykdommen under samlingene. En mor forteller hvordan terapeutene vektla å ha fokus på de positive tingene og heller snakke om hva som hadde vært bedre siden sist: «Og da ble det automatisk et mer positivt.. ja. Selv om man hadde en dårlig dag, så hadde man faktisk noe hyggelig å dele». Med tanke på forventningene som tidlig ble beskrevet ga foreldrene et bilde av et tunnelsyn hvor sykdommen i stor grad påvirket hverdagen og at mye annet ble nedprioritert og uhensiktsmessige mønstre ble i liten grad lagt merke til. Flere av foreldrene setter ord på at de har vært nødt til å løfte blikket. «Forpliktelsene» foreldrene satte ord på ble gjengitt som en motivator. Til tross for tanker om at, dette orker jeg ikke å være med på forteller en mor følgende: «Det er et mål vi har lyst til å gjennomføre. Selv om.. Hvert fall tenkte jeg mange ganger at jeg ikke orker å gjøre det. Ikke snakk om. Så gjennomførte vi det allikevel».

På bakgrunn av materialet kan det tolkes som at foreldrene hadde et stort behov for støtte og kunnskap om sykdommen. Flere setter ord på hvordan de har forsøkt å selv finne frem til informasjon og kunnskap om sykdommen, men at de i liten grad har lyktes i det. Felles for alle familiene er at de over en lengre periode har vært tilknyttet et hjelpeapparat. Foreldrene viser til at tidligere støtte fra hjelpeapparatet ikke har vært tilstrekkelig nok for foreldrene og heller ikke ført til ønsket resultat. Gjentakende fortellinger om at mat er medisin blir gjenfortalt som noe som har bidratt til et snevert fokus i møte med sykdommen og gjennom det har mye annet forsvunnet.

Å finne styrken og god nok informasjon ble beskrevet som en håpløs og umulig oppgave. I materialet kommer det frem at foreldrene hele veien forsøkte å gjøre det beste for sitt barn og sin familie. At de har strukket seg langt for å opprettholde familiedynamikken til tross for sykdommens adferdsmønster og behov. Alle foreldrene har forsøkt å kjempe en kamp mot spiseforstyrrelsen. På veien har denne kampen ført til fastlåste mønstre som har blitt tyngre og tyngre å bære. Og resultatet har heller ført til følelsesmessige belastninger og fastlåste mønstre.

Å forstå sykdommen er noe alle foreldrene setter ord på som noe viktig. Det at terapeutene var så tydelige og hadde kunnskap og erfaring om hvordan en spiseforstyrrelse tenkte var av stor betydning for foreldrene. Terapeutene i FFT blir beskrevet som stødige og kunnskapsrike og bekreftelse på at, sånn skal dere ikke ha det og anerkjennelse i at dere er gode nok som foreldre opplevdes som betydningsfullt for alle i gruppen.

4.2.2 Å se fremover

I møte med de nye perspektivene beskriver foreldrene hvordan de har fått verktøy til å identifisere og endre negative mønstre i møte med sykdommen og deres syke barn. Et nytt fokus har gjort foreldrene mer handlekraftige. Ferdighetene foreldrene beskriver kan forstås som at de har utviklet seg gjennom sin deltagelse, som har bidratt til at de kan takle utfordringene på en annen måte og ser på seg selv som et viktige bidragsytere. En av foreldrene setter ord på at han har fått en fornyet kraft.

En mor forteller om det å gå fra å være samarbeidspartner med sin mann til å være ektefelle igjen, og legger videre vekt på at de generelt har blitt mye rausere med hverandre og i familien. Felles for alle foreldrene var et skiftet fokus. Foreldrene delte at de nå våget å

snakke om mulighetene fremover, noe de tidligere ikke hadde turt å gjøre. Temaer som å bestille sommerferie for familien, begynne å jobbe igjen, finne tilbake til hobbyer eller andre sosiale aktiviteter med familie og venner var noe som ble nevnt.

Videre legger en mor til at hun nå kjenner på: «troen at det skal gå bra». Flere av foreldrene reflekterer videre rundt hvor langt de har klart å komme gjennom denne prosessen og ser seg tilbake på hvordan ting var med en humoristisk tone. En mor nevner: «Herregud så flinke vi er, så mye vi har fått til».

Å høre foreldrene dele deres prosess fra de begynte til nå kan tolkes som om at de har fått en nytt perspektiv i møte med sykdommen. Fra å føle seg mislykket og lite handlekraftig til å erfare at de faktisk kan klare å hjelpe sin datter, blir oppsummert på følgende måte:

«Det er faktisk oss» .

Funn fra fokusgruppe med terapeuter

Tabell 2. Hovedkategori og subgruppe fra fokusgruppe med terapeutene

Hovedkategori 1: Et lys i tunnelen	
Subgruppe 1: Berg og dalbane av følelser	Subgruppe 2: Sammen på en ny måte
Hovedkategori 2: De «usynlige» fasilitatorer	
Subgruppe 1: Teori og praksis	Subgruppe 2: Ikke takk oss, takk hverandre

4.3 Et lys i tunnelen

Metaforen, lys i tunnelen handler om at det finnes et håp, et håp om at noe annet eller noe nytt kan skje. Eller finne løsninger til de utfordringene man står ovenfor. I dette tilfellet handler det ikke om å finne en løsning, eller ett enkelt svar på hva som er riktig og galt å gjøre, snarere motsatt. Det handler om å gå veien sammen. Å sammen finne de iboende egenskapene, ressursene, kvaliteter innad i familien og troen på seg selv og sin familie igjen.

4.3.1 Berg og dalbane av følelser

Da de fire terapeutene forteller om deres opplevelse omkring endringsprosesser som oppstår under samlingene i FFT, kommer det frem en del fellestrekk, og flere fenomener forstås som gjenkjennbare for de fire terapeutene. På spørsmål om deres erfaring rundt den første tiden sa en terapeut: *«Alle sammen er jo kjemperedde i starten»*. En annen terapeut vektla at familiene lever i en unntakstilstand og begreper som bekymringer, ensomhet, utslitte, skyldfølelse, utrygghet og følelsen av skam ble satt ord på. Dårlig samvittighet var noe alle terapeutene gjenga som beskrivende for foreldrene, at de ofte har mye dårlig samvittighet for sine syke barn, søsken og partnere. En tredje terapeut formulerte seg følgende: *«Og dårlig samvittighet gjør de så lite handlekraftige, mer motløs kanskje.. Så de går rundt med mye dårlig samvittighet de foreldrene»*.

De fremhevet følelsesmessige belastninger knyttet til å være foreldre til et barn med spiseforstyrrelse. En terapeut ordlegger seg følgende: *«Som foreldre mister man troen på seg selv, og er så skamfull fordi du har vært så mye sint og irritert og.. Kan du ikke bare spise? Eller, du ødelegger familien. De hører også at det er flere som også har gjort de samme dumme tingene»*. I tilknytning til utsagnet reflekterer terapeutene videre over at det er flere foreldre som har kjent på lignende følelser i andre grupper også. At det er flere fedre som har sagt og gjort de samme tingene eller mødre som ikke orker mer. En annen terapeut forteller *«Fra de starter, da er de veldig skamfulle «De i foreldregruppen kan være ganske skamfulle ovenfor seg selv.. Jeg husker bare mammaen som sa at hun ble så glad når hun så en annen mamma som hadde kloremarker på hånden»*. En av terapeutene beskriver det som et kjent fenomen når et barn er alvorlig syk og hevder videre at: *«Det er flere fedre som har vært sinte og flere mødre som ikke har orket noe mer. Det er naturlige ting som skjer med deg når du har et alvorlig sykt barn. At det ikke betyr at det er deres skyld at barnet deres er sykt.. eller at det er deres skyld at barnet ikke har blitt bedre. Men at det er en naturlig følelse som kommer når de får lov til å dele det med noen andre.*

En av terapeutene forteller hvordan de bevisst bruker god tid på første samling til å bli kjent med hverandre og hvordan sykdommen utspiller seg i hver enkelt familie. Å bruke god tid til å bli kjent med hverandres historier i starten er noe terapeutene påpeker som noe viktig. En av terapeutene forteller: *«Det at de først bruker god tid på å bli kjent og snakke om hvordan hver enkelt har det.. Så finner de kanskje noen gjenkjennelser, men også får de en enorm*

omsorg for hverandre i gruppen. Og at.. Jeg har hvert fall tenkt mye på tiden de bruker på å snakke om hvordan problemene ser ut i hver enkelt familie. For de både til å erkjenne at man har et problem. Men også se at det er flere som strever med det samme eller lignende».

De første to dagene av FFT blir brukt til å bli godt kjent med hverandre og hvordan spiseforstyrrelsen ser ut hos de forskjellige familiene. En av terapeutene anser de dagene som tunge for familiene, og påpeker at det er en hensikt med det: *«Det er jo for at de skal bli opptatt av hvor mye vansker det skaper. Sånn at man får lyst til å gjøre noe med det da.. Når man hører de andre som også har de.. Det er jo for å skape et fellesskap og mobilisering».*

En annen terapeut utfyller med: *«For å ta stilling mot problemet, for å gjøre noe med det».*

Slik jeg tolker det, anerkjenner alle terapeutene de emosjonelle belastningene og bagasjen familiene og foreldrene bringer med seg inn i FFT- konteksten. De har kunnskap og erfaringer knyttet til det å leve med sykdom i familien og gir rom for å sette ord på det «usagte» og de vanskelige følelsene. En av terapeutene utdyper det å leve med spiseforstyrrelse i familien: *«Det er viktig å få frem at.. ja.. Det er sjeldent at man blir frisk av en spiseforstyrrelse med god stemning hele veien.. Det har kanskje ikke skjedd, da er det kanskje ikke en spiseforstyrrelse?»*

I forbindelse med utsagnet terapeuten fortalte en av de andre terapeutene om et ordtak hun brukte å si til familiene: *«The comfort zone is a beautiful place, but nothing ever grows there.. Det sier vi til dem».* Disse to utsagnene tolkes som at terapeutene er godt kjent med at sykdommen vil sette det relasjonelle samspillet på prøve og at veien mot en «friskere» og mer «normal» hverdag krever en enorm innsats fra alle familiemedlemmene og at det kan oppstå konfliktfylte situasjoner underveis i forløpet.

Til tross for beskrivelsene gitt ovenfor, vektlegger samtlige terapeuter trygghet og fellesskap som avgjørende for at endring kan oppstå. Uavhengig av hvor de er i prosessen, med et kort eller lengre sykdomsbilde, hevder alle at mulighetene ligger i hverandre. At trygghet utvikles i fellesskap. En av terapeutene beskrev det sånn: *«Også at de ser at flere strever med det samme, eller noe lignende.. sånn at.. Ja, det blir en sånn trygghet rundt de, at til og med de fine menneskene der strever jo.. med det samme som oss, eller noe. At det ikke, det blir mindre skam eller skyld. Hvert fall den omsorgen de gir til hverandre».*

Beskrivelser av endringer som kommer til syne gjennom terapeutenes opplevelse av foreldrenes deltagelse tolkes fra følelsen av motløshet og lite handlekraftig til: «*De blir mer begeistret for seg selv på en måte..*». og «*De får sånn styrket tro på seg selv og som familie.. Hvem er egentlig vi, hva er vi gode for. En fornyet kraft inn i hver enkelt familie. Som gjør at de kanskje, de vil være med å styrke troen på seg selv kanskje*».

4.3.2 Sammen på en ny måte

«*De er så ensomme i det. Det er ingen andre som skjønner hva de holder på med. Hva de lever i lissom*».

De fire terapeutene fortalte alle verdien av å samle flere familier sammen i samme rom. Og påpekte hvordan familiene ble nødt til å kommunisere sammen på en annen måte enn hva de tidligere var vant til gjennom å være flere familier samlet. De fremhever at familiene blir nødt til å se hverandre i et annet lys og løfte blikket. Og at de på den måten «*tvinges*» til å ta hverandres perspektiv.

En terapeut ordlegger seg følgende: «*Å det sier de jo, at det å bare møte andre som står i det samme, fordi at det er mange rundt dem som har medfølelse, eller.. Men det er ingen som skjønner akkurat hvordan det er.. Og det er liksom det å møte andre som skjønner hva de står i, det er ganske styrkende for endring i dem da*».

Å bruke erfaringene fra de ulike prosessene familiene står i ble formidlet av en terapeut på følgende måte: «*At det er litt håp i, at det er noen som har kommet litt lengre i prosessen som de andre. At det er noen som har gått gjennom det samme, som har fått resultater*» Slik jeg forstår det kan det tyde på at terapeutene opplever det som effektivt at familiene nødvendigvis ikke er på samme sted, men heller ta nytte av familienes erfaringer, at det kan skape håp i at det kan bli bedre. En annen terapeut snakket om det på denne måten: «*Det at de kjenner hverandre gjør det tryggere å.. ja.. støtte hverandre, men også tørre å utfordre hverandre*».

En av terapeutene forteller om det å komme sammen i en annen kontekst for familiene: «*At de blir litt imponert over hverandre, de ser hverandre i et annet lys*»

«*Fra at de er ganske så bekymret og stille når de kommer og utrygge i rollen sin.. til at de blir tryggere og tryggere og med mer humor. Og det hjelper..*

4.4 De «usynlige» fasilitatorer

«Vi skal gjøre oss selv usynlige og uviktige».

Terapeutene i denne kontekst reflekterer rundt deres egen rolle og gir en beskrivelse av hvordan de benytter seg av ulike intervensjoner i møte med dynamikken i gruppen. De henviser til teori, forskning og erfaringer fra deres tidligere grupper som nyttige verktøy i møte med familiene. Og hvordan de veksler mellom en fremoverlent og aktiv terapeut til å trekke seg mer ut. En av terapeutene setter ord på: *«Tenker at vi underveis har et ganske bevisst forhold til hva vi gir oppmerksomhet til og hva vi ikke gir oppmerksomhet til. For eksempel, at vi ønsker å forsterke noe og dempe noe annet.»*

4.4.1 Teori og praksis

Alle fire terapeutene forteller at de har lang og bred erfaring innenfor feltet, FFT og spiseforstyrrelse og flere har deltatt på samlingene siden tidlig oppstart av FFT gruppene i Norge. De deler deres ulike bakgrunn og viser til at de har et nettverk både i Norge, Skandinavia og London. Flere av terapeutene har gjennomført et opplæringsprogram i familiebasert behandling og flerfamilieterapi. En terapeut forteller: *«Også samarbeider vi med gjengen fra Maudsley og de andre som har gjort det i Norden».*

Utover den faglige forankringen innen FBT og FFT, formidler en terapeut bakgrunnen for terapien i FFT: *«Sånn faglig, så er det jo hele, hele teorien er jo bygd opp rundt systemisk teori».*

Videre blir det satt ord på at de benytter ulike tilnærminger og gruppeøvelser på samlingene. En av terapeuten vektlegger at det å ta stilling til problemet er avgjørende for videre prosess. For å jobbe mot å ta stilling mot problemet forteller en terapeut: *«Vi jobber mye med eksternalisering»*, og forteller videre at det handler om å få spiseforstyrrelsen litt ut av ungdommen. I arbeidet rundt å eksternalisering av problemet fremhever en annen terapeut: *«Å skape et felles problem for hele gruppen, som skal få handlekraft til å gjøre noe med det. Etter at vi har rotet mye i problemet.. Går vi rett til å tenke frem.. For hva er.. da kan man se litt tydeligere forskjellene i det de står i og deres drømmer.. (..) Og sammen tror jeg at gruppen kan skape håp.. på en måte.. jobbe felles mot håp og drømmen».*

En tredje terapeut forklarer det på følgende måte: *«Og da er den eksternaliseringen, ungdommen har jo mange gode og kloke tanker. Spiseforstyrrelsen gjør jo at det baller seg til når man står i kampen på en måte. Og det at dem blir, og ikke sant, når vi bruker mixet grupper og de gir tilbakemeldinger fra de mixete gruppene og ungdommen på en måte har.. eh.. sagt ting i gruppen og det blir presentert, da blir dem jo virkelig rørt.. Assa. Herlighet, har barnet mitt snakket så fornuftig. Det skjer ikke hjemme, men når de snakker med andre foreldre, så har de jo en del kloke tanker, som ikke. Og det at de får med seg det hjem og det styrker jo ungdommen også til å... Jeg har jo kanskje noe... å komme med.. Som ikke nødvendigvis er helt spiseforstyrret».*

En av terapeutene setter ord på hvordan hun jobber med å gjøre foreldrene mer handlekraftige: *Det er jo oppe at mammagruppen ikke må bli et klagekor. Det er noe vi jobber ekstremt mye med i foreldregruppen, at det ikke skal bli sånn».*

Også en annen terapeut fremhever hennes tilnærming til foreldregruppa: *«Jeg har også måttet være så direkte i en foreldregruppe, pappagruppe. At vi ikke kan ha en «sutregruppe». Vi bruker sånne ord. For å gjøre dere handlekraftige er vi nødt til å snakke på en annen måte. Vi skal gjerne ta imot det dere er misfornøyde med, men det må bli i et annet forum».*

Det terapeutene setter ord på her kan tolkes som at de har erfaring med å håndtere foreldrenes fortvilelse rundt situasjonen de står i og at de gjennom «tydelige» tilbakemelding om gruppens hensikt, fremhever en av terapeutenes rolle. At språkets betydning er avgjørende for å synliggjøre flere fokus som igjen gir mulighet for mer handlekraftige foreldre.

En annen terapeut vektlegger hvordan foreldrene gjennom prosessen har fått et språk til å kunne være til nytte for hverandre i gruppen: *«Når vi for eksempel jobber med den der tidslinjen, ett år frem i tid, også skal de gi hverandre råd.. Hva kan dere ha med dere av gode tips på veien. Så de blir jo veldig godt kjent med hverandre og.. øve seg på å gi hverandre positive råd for eksempel..».*

Videre blir det satt ord på hvordan deres tidligere erfaringer fra andre grupper kan ha effekt i møte med familiene. En terapeut forteller: *«Vi vet hvordan spiseforstyrrelsen tenker, vi vet*

hvordan spiseforstyrrelsen virker på en familie. Vi har møtt så mange familier, og det tror jeg er veldig godt for dem. Kjenne på det at vi kan liksom.. Vi kan referere til forskning, vi kan.. vi har en teori og en tanke bak det vi gjør. For det skaper trygghet og erfaring».

En annen terapeut setter ord på: «da oppdager de også at de har lært mye i prosessen da.. De har faktisk lært så mye at de kan gi andre råd».

4.4.2 Ikke takk oss, takk hverandre

To av terapeutene forteller om at de ofte får spørsmål fra foreldrene om et ønske verktøy til å håndtere situasjonen utenom samlingene. Og at de etter flere henvendelser har ansett en verktøykasse som et nyttig hjelpemiddel for familiene. Ikke fordi terapeutene selv har utviklet en, men at det har blitt en del av FFT, at alle familiene selv skal lage hver sin verktøykasse for så å presentere den for de andre familiene. Gjennom presentasjonen utfordres de andre familiene til å: «Å hente frem ressurser hos hverandre». Videre blir det satt ord på at:

«Og det med verktøykassen, det har blitt en veldig strategi vi bruker fordi de vil jo så gjerne ha et verktøy. De vil ha verktøy når de går hjem. Og det er en veldig fin ting, for da får du liksom familiene til å eie den verktøykassen selv.

Som beskrevet over gjør terapeutene seg mest mulig usynlige og uviktige, samtidig som det vektlegges at det skal gjøres en skikkelig jobb. «Vi er veldig bevisst på å gjøre oss mest mulig usynlige, gjennom at vi ikke skal være der i pausene. Vi skal tilbake på rommet vårt. De skal finne styrken i hverandre og seg selv, og ikke bli avhengige av oss. Det er jo kjempe viktig, at de ikke skal bli avhengig av terapi. De skal finne styrken i seg selv, til å klare seg selv da».

Det terapeutene forteller om her forstås som at det krever kunnskap og erfaring rundt det å lede en gruppe med flere familier og at det ligger lite til tilfeldighetene. At de har erfaring med at det er effektivt at foreldrene oppsøker hverandre fremfor de som «eksperter» på feltet. Videre kan det tolkes som at foreldrene har blitt mer handlekraftige og at fellesskapet i gruppen har blitt en trygg arena til å søke støtte.

«Når de avslutter FFT skal de egentlig ikke takke oss, de skal takke hverandre. Vi skal jo være sånne usynlige fasilitatorer».

4.5 Oppsummering av funnen

For meg ble trygghet den viktigste endringen som kommer til syne fra begge fokusgruppene. Opplevelse av endring gjennom deltagelse i flerfamilieterapi blir gjengitt på ulike måter fra alle deltakerne. Felles for alle deltakerne fra begge fokusgruppene vektla større trygghet, enten ved å kjenne på en større trygghet som foreldre eller terapeutenes oppfatning av at foreldrene fremstår tryggere. Gjennom drøftingen vil ulike tolkningene av endringer som har ført til trygghet bli diskutert.

5. Drøfting av funn

Hensikten med dette studiet har vært å undersøke opplevelse av endring gjennom deltagelse av flerfamilieterapi hos foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter. Fokuset med oppgaven er sterkt knyttet til min interesse om hvordan systemiske perspektiver kan bidra til endringsprosess hos foreldre til et barn spiseforstyrrelse i møte med helsevesenet og hvilken funksjon terapeutene har. Hovedgrunnen til valget har vært å innhente datamaterialet fra to fokusgrupper med et ønske om et utvidet bilde av hva som har vært av verdi eller mindre hensiktsmessig, og hvilket arbeid som ligger til grunn. Kunnskap fra flere perspektiver kan gi et utvidet bilde av totalen. Videre har studiet til hensikt å bidra med mer forskningsbasert kunnskap sett med ulike briller. I dette kapittelet vil resultater også ses i lys av teori og forskning som har blitt presentert i teoridelen.

I møte med Bateson (1972) sitt utsagn «en forskjell som utgjør en forskjell» vil jeg i denne oppgaven utforske nettopp det, hva jeg som forsker tolker som en stor nok endring av betydning for deltakerne.

Jeg har valgt å kategorisere diskusjon av funnene inn under fire punkter. 1. utrygghet, 2. litt mindre utrygg, 3. tryggere, 4. større trygghet. Hvert av avsnittene representerer en prosess som gjenspeiler deltakernes fortellinger knyttet til endringene som har oppstått gjennom deres deltagelse og de terapeutiske intervensjonene. Videre vil jeg inkludere de fire fasene som den terapeutiske modellen FFT vektlegger; allianse, utfordre sykdommen, samspillet i familien og utforske og forberede et liv uten anoreksi (Kvakland 2016).

I arbeidet med drøftingen har jeg fra tidligere av god erfaring med å skrive og tegne ned visuelle tanker for å få et helhetsinntrykk over hva jeg ønsker å vektlegge og få frem. Dette ble nyttig i dette tilfellet også (Vedlegg 7).

5.1 Utrygghet

Tidligere ble ikke familien ansett som nyttige i behandling av barn med anoreksi. De ble snarere sett på som årsak til problemet og et skadet miljø (Skårderud, 2000). Dette tankesettet skriver Le Grange og Eisler (2008) også noe om, at det ikke var mulig å oppnå effektiv behandling av barn uten å fjerne foreldrene fra pasienten. Gjentakende for alle foreldre i dette studiet var en følelse av. « hva har jeg gjort galt eller det er min skyld at mitt

barn har blitt syk?» Dette kan ses i sammenheng med det Kvakland et al. (2016) beskriver i deres artikkel. At foreldrene ofte er opptatt av å finne årsakssammenhengen til hvorfor sykdommen har fått utvikle seg og at foreldrene stiller spørsmål ved sin egen egnethet som foreldre. Dette tanke settet kan knyttes tilbake til årsak-virkning-tenkning. Kan denne oppfatningen fortsatt være dominerende i vår tid, at foreldre blir oppfattet som årsaken til at barnet har blitt syk? I flerfamilieterapi anses foreldrene som en ressurs for et vellykket behandlingsforløp og nødvendig for tilfriskning hos deres barn.

Innen terapi og endring kan kybernetikk og homeostase være relevant. Som for eksempel når familiene opplever problemer med å håndtere spiseforstyrrelse, vil det skape en ubalanse i deres system (Johnsen & Torsteinsson, 2012). I dette tilfellet kan familiene og dens familiemedlemmer forstås som det selvregulerende system som vil forsøke å opprettholde balanse og stabilitet innad i systemet. Det kan også tenkes at tidligere erfaringer, negativ feedback har vært med på å motsette seg input fra omgivelsene. Noe som kan tolkes som at det har vært manglende utvikling i tidligere behandlingsforløp. Og som kan forklare varierende grad av forventninger hos foreldrene i forkant av flerfamilieterapi. Til tross for varierende forventninger fra foreldrene påpekte terapeutene at det er nødvendig at foreldrene er motivert til å delta aktivt i behandlingen for at det skal være nyttig for endring.

Et viktig prinsipp innenfor flerfamilieterapi handler om en agnostisk holdning. Fokuset handler ikke om å finne årsaken til hvorfor sykdommen har utviklet seg, men heller hva som kan være opprettholdende faktorer. Innen systemteoriens fokus på endring vil det ikke foreligge et fokus på å finne årsak, men heller å se etter alternative muligheter innen den gitte rammen. En viktig intervensjon for terapeutene er å minske skyldfølelsen hos foreldrene (Kvakland et al., 2016). Denhag et al. (2021) viser til deres studie at foreldrene følte på et ansvar for barnets spiseforstyrrelse, men at gjennom å møte andre foreldre i lignende situasjon reduserte følelsen av skyld og skam, som igjen bidro til en mer effektiv behandling. Når foreldrene forteller om større trygghet har jeg en oppfatning av at det i første omgang handler om begrepet, agnostisk holdning. At foreldrene har blitt møtt med kunnskap om at de ikke er årsaken til sykdommen, men heller blitt møtt med anerkjennelse fra terapeutene. Noe som kan sees i sammenheng med den «andre fasen» i familieterapiens

historie, hvor terapeutenes nysgjerrighet og empati ble en viktig del inn i terapirommet (Dallos & Draper, 2015).

De første dagene på samlingen blir gjengitt som tyngre dager for familiene av terapeutene, og at dagene medfølger følelsesmessige reaksjoner og tilbakeholdenhet. Dette kan forstås som at den dominerende fortellingen foreldrene bringer med seg inn til første samling er «problemhistorien» som over en lengre periode har satt sitt preg på familiesystemet og har blitt en sannhet om hvem de er som familie (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Et viktig element i narrativ terapi omhandler at menneskers livserfaringer representerer et mer fylldigere bilde av hvem de er enn hva den «tynne» beskrivelse (White, 2007). I tråd med fortellingene som blir presentert i dette tilfellet kan det forstås som at foreldrene i forkant av samlingen har tilegnet seg å glemme andre egenskaper ved seg selv og at den dominerende fortellingen om familiens identitet i stor grad handler om spiseforstyrrelsen og dens adferd.

Følelsen av å ha mislykkes i å hjelpe sitt barn var gjenkjennbart hos flere av foreldrene og det blir beskrevet som en vond følelse å bære. Videre nevnte flere en ensomhet kamp som ingen kunne kjenne seg igjen i. Bertrando og Arcelloni (2014) hevdet at følelser i terapirommet ble ansett som et forstyrrende element og ikke gunstig for en endringsprosess. Med tiden har dette synet endret seg, emosjoner ble ansett som relevant for terapeutisk endring. Hagen (2019) mener videre at manglende erfaring med å bli møtt på følelser kan føre til uhensiktsmessige strategier. En kombinasjon av å møte andre familier i lignende situasjoner og kompetente terapeuter skapte muligheter for det videre samarbeidet.

Videre var min nysgjerrighet omkring betydningen av det første møtet, om nye erfaringer kan gi en positiv opplevelse? Rø et al. (2020) hevder at det første møtet har betydning for det videre samarbeidet i terapirommet. I likhet med flerfamilieterapi sin holdning til det første møtet, er terapeutene opptatt av å etablere tillit og bygge allianse med familiene i gruppen. Det handler om å skape et trygt rom for familiene til å dele og utforske sine utfordringer. På det tidspunktet kreves det en mer tilstedeværende og aktiv terapeut. (Kvakland et al., 2016). Minuchin (2012) påpekte også betydningen av å bygge allianse med alle familiemedlemmene for å skape tillit og hevdet at det var avgjørende som første ledd i endringsprosess. Ut ifra terapeutenes fortellinger kan det forstås som at gruppen på et tidlig

tidspunkt ble en trygg arena for familiene og terapeutene påpekte at de så en endring i gruppedynamikken de første dagene. Effekten av å komme sammen med andre familier beskrives som en god opplevelse.

Sett i lys av systemisk forståelse finnes det mange gyldige versjoner av virkeligheten, et multivers. Hvor alle de ulike versjonene er avhengig av en observatør. Som jeg forstår det vil terapeutene være viktige aktører i møte med familiene og avgjørende for at flere versjoner av deres versjoner av virkelighet kommer til syne. Og at det blir nødvendig å se til at det mer foretrukne versjoner for mulighet for endring vektlegges. Både innenfor annen ordens kybernetikk og begrepet multivers sies det at virkeligheten kan forstås i lys av relasjon, sirkularitet og helhet (Jensen & Ulleberg, 2019). Terapeutene vil derfor ha en sentral del i det «anorektiske» system og det vil ikke være mulig for terapeuten å plassere seg utenfor systemet.

5.2 Litt mindre utrygg

Foreldrene i dette studiet forteller om en gradvis og «usynlig» tilpasning etter sykdommens behov, og at det kan være vanskelig å skille «normal» utvikling og sykdom. Spiseforstyrrelse blir ansett som en kompleks og alvorlig sykdom som oftest debuterer i ungdomstiden. Det kan være utfordrende for systemet rundt ungdommen å oppdage sykdommens symptomer, da ungdomstiden er kjent for en tid for utvikling og endring. Og oftest vil ungdommen forsøke å etterstrebe et vellykket ytre (Rø et al., 2020). Engman-Bredvik et al. (2016) skriver at det er krevende å være foreldre til en tenåring med anoreksi og hevder at familien som helhet har en tendens til å omorganisere seg etter sykdommens behov.

Minuchin (2012) lanserte begrepet «psykosomatisk familie» som omhandlet å flytte fokuset til å se individ i en kontekst med sosiale relasjoner og familien. Samhandling i familien ble på det tidspunktet ansett som en mulighet for endring (Le Grange & Eisler, 2008). Og med tiden ble familierapi gradvis etablert som en behandlingsmodell i møte med anoreksi, med pionerterapeuter som Palazzoli, Stierlin og White i spissen (Dallos & Draper, 2015). Til tross for at arbeid med flere familier i gruppe har vært en kjent og effektiv tilnærming i møte med anoreksi, kan det tyde på at både kunnskap og erfaring rundt å involvere familien i behandling av anoreksi fortsatt et ukjent fenomen på feltet. Nasjonal faglige retningslinjer for spiseforstyrrelse og Bjerke (2018) påpeker begge at det er behov for ytterligere

opplæring av helsepersonell i møte med denne problematikken (Helsedirektoratet, 2017). Ved flere anledninger har jeg blitt fortalt fra foreldre at de har blitt møtt med: «*mat er medisin*» og at deres erfaring er at det ikke har vært godt nok for tilfriskning i praksis. Dette kan forstås som at det foreligger tilfeldigheter rundt hva slags behandling som blir praktisert ved ulike instanser og at det trengs mer kunnskap på feltet. I materialet forteller en av terapeutene at de har fokus på mat og de fire måltidene, men at flerfamilieterapi handler om mye mer enn mat. Familiene får støtte fra terapeutene til å bryte uheldige mønstre som har oppstått og gjenetablere familiens egen kompetanse. Dette utsagnet ønsker jeg å fremheve fordi det kan tolkes som at behandling av spiseforstyrrelse generelt rettes mot symptomet, mens flerfamilieterapi hovedsakelig vektlegger ulike terapeutiske teknikker og øvelser som det viktigste i behandlingen, hvor hovedfokus handler om å forbedre familiedynamikken og kommunikasjonen innad i familiene og mellom familiene. Dette tar meg tilbake til betydningen av å bli møtt med kunnskap om sykdommen. Og at terapeutenes erfaring og kunnskap blir referert til som betydningsfullt i møte med foreldrene og følelsen av ivaretagelse og trygghet.

Å bli møtt av helsepersonell med erfaring og kompetanse rundt hvordan anoreksi påvirker en familie har vært av stor betydning. Og flere av foreldrene setter ord på sin taknemlighet rundt å møte så stødige terapeuter på samlingene. Ut i fra et sosialkonstruksjonistisk perspektiv kan det forstås som at familiene og terapeutene i fellesskap har fått en ny oppfatning over situasjonene og at de står sammen mot problemet (Gergen, 2010). I materialet forteller en av terapeutene at de har kunnskap om hvordan spiseforstyrrelse påvirker en familie og hvordan spiseforstyrrelsen tenker. At terapeutene besitter kompetanse og lang erfaring kan tolkes som at det har bidratt til større trygghet hos foreldrene.

I en strukturell sammenheng vil fastlåste mønstre og mangel på endring vedkjennes en dysfunksjonell familiestruktur. Minuchin hevdet at å reorganisere familiens hierarki og posisjoner til hverandre vil være grobunn for mulighet for endring hos familiene (Minuchin, 2012). Terapeutens rolle vil være viktig i arbeidet med å restrukturere familiens samhandlingsmønstre, hvor målsettingen vil være å hjelpe foreldrene til å hjelpe sine barn. I dette tilfellet kan denne tilnærmingen sees i sammenheng med andre fase i flerfamilieterapi. Hvor familiene blir utfordret til å utfordre sykdommen og ta stilling til hvordan sykdommen

har påvirket familien og deres funksjon til hverandre. I arbeid med familier og spiseforstyrrelse kan denne intervensjonen forstås som at terapeuten vil støtte foreldrene til å kunne støtte sitt barn, i for eksempel under et måltid eller ved vanskelige følelser. Det fremkommer i materialet at foreldrene har fått større tro på seg selv og hentet tilbake iboende egenskaper i rollen som foreldre og kan videre tolkes som noe terapeutene har klart å tilrettelegge for.

Å være terapeut i flerfamilieterapi innebærer å sjonglere mellom mange ulike tilnærminger. Historisk sett hadde den tradisjonelle terapeuten en «ekspertrollen», som var ansvarlig for endringsprosessen som oppstod (Dallos & Draper, 2015). Terapeutene forteller om at de på et tidlig tidspunkt er nødt til å understreke at gruppen ikke kan være en sutregruppe. Dette utsagnet kan forstås som en bevisst handling og kan forstås som en språkssystemisk tilnærming. Hvor terapeuten vil være opptatt av hvordan, i dette tilfellet foreldrene omtaler problemet, og at det vil være avgjørende for hvordan foreldrene forholder seg til det. Anderson (2003) hevder videre at problemet skapes og løses gjennom språket og at det er gjennom språket menneskers oppfatning og holdning kan forstås på andre måter. En språkssystemisk terapeut vil derfor identifisere og utforske hvordan språket påvirker familienes dynamikk.

Til forskjell fra andre behandlingstilbud handler flerfamilieterapi om å samle flere familier sammen og skape en terapeutisk kontekst som gir mulighet til å dele erfaringer, samarbeide og støtte hverandre i fellesskap. I flerfamilieterapi deltar to gruppeledere og tre medterapeuter til hver av samlingene, noe som kan trekkes mot systemisk tilnærming, Milano-modellen. At flere terapeuter vil gi flere perspektiver på situasjonene som igjen kan utgjøre en forskjell.

Felles for alle foreldrene i dette studiet var at de kunne identifisere seg med hverandres historier, noe flere ikke hadde erfart fra sine omgivelser tidligere. Flere fant trøst i at de ikke var de eneste som hadde «mislykkes» som foreldre. Liknende opplevelse ble delt av foreldrene som deltok i Escoffié et al. (2022) sitt studie. En felles opplevelse for foreldrene handlet om at de fant det nyttig å treffe andre i lignende situasjoner og jobbe sammen mot et mål. Noe som kan sees i sammenheng med Bateson sin tanke om at endring må skje i samspill med andre.

Til tross for at flere foreldre satte ord på periodene mellom samlingene som svært krevende, og at de til tider kjente på følelsen av å gi opp, gjorde de ikke det. Motivasjonen til å ikke gi opp lå i at de kjente på en forpliktelse til opplegget de var en del av og at de ikke hadde lyst til å komme tilbake til gruppen uten å ha forsøkt eller måtte fortelle de andre at de ikke hadde gjort hjemmeoppgaven. Noe som resulterte i en god opplevelse. Dette samsvarer med det Mason (2019) skriver i sin artikkel, at en forpliktelse i en terapeutisk kontekst vil skape større mulighet for endring. Samtidig kan det tolkes som en bekreftelse på at hjemmeoppgavene og «verktøyene» hver enkelt familie har jobbet frem i fellesskap under samlingene har hatt effekt. Terapeutene delte historien om hvordan «verktøykassen» ble til. Et resultat av flere henvendelser foreldre om triks og tips til å ta med seg hjem. Noe som resulterte i at de implementerte en egen øvelse for at familiene selv utviklet en egne verktøykasse. Dette kan tolkes som at terapeutene innehar en fleksibilitet og dynamisk tilnærming til å tilpasse seg etter behov og ønsker, samtidig som det bekrefter ideen bak flerfamilieterapi.

Som sagt benytter terapeutene flere intervensjoner som kan hjelpe foreldre til å støtte barna på en mer effektiv måte. Terapeutene vektlegger hvordan de jobber mot å skille sykdommen fra barnet. Innen narrativ praksis kalles det å eksternalisere. Det for å minimere kritikk innad i familien og hjelpe foreldrene til å løfte blikket å se andre sider ved barnet som ikke er spiseforstyrret. Når en mor forteller om at terapeutene var opptatt av at de skulle ha fokus på de positive tingene og det man faktisk fikk til kom andre sider ved barnet frem. Som tidligere nevnt fremkommer det at foreldrene har en forståelse av at de har forsøkt alt i sin makt for å hjelpe sitt barn til å hankses med sykdommen, uten følelsen av å ha lyktes. Denne opplevelsen kan knyttes til White (2007) sin samtaleteknikk, stillasbyggende samtale. Denne form for samtale kan være nyttig når det kan være utfordrende å se andre muligheter. Terapeuten vil bidra til å bygge stillas, og innhente andre som kan delta til å bygge. Flere av terapeutene forteller om en intervensjon hvor de tilrettelegger for at foreldrene kan ta stilling mot problemet, noe jeg tolker som stillasbyggende samtale. At det handler om å mobilisere seg til å finne en kraft mot sykdommen sammen i fellesskap.

5.3 Tryggere

I den tredje fasen i flerfamilieterapi fokuseres det på samspillet i familien, denne fasen anses som en aktiv fase for terapeutene. Under hver samling foreligger det spesifikke behandlingsmål og terapeutene bruker et bredt spekter av ulike teknikker for å introdusere ulike perspektiver og erfaringer, det for å fremme en mer åpen kommunikasjon og utvikling av tillit i en gruppe (Asen, 2002; Salaminiou et al., 2017).

Det ble beskrevet en enorm omsorg for hverandre i gruppen blant foreldrene, og de fikk stor betydning for hverandre i denne prosessen. At familiemedlemmene på tvers av roller og alder kunne snakke sammen i gruppen på en måte de ikke hadde gjort før. Dette gjenspeiler hovedideen bak flerfamilieterapi, at familiene skal søke støtte i hverandre og at terapeutene trekker seg gradvis mer og mer ut (Kvakland et al., 2016). Videre kan det ses i sammenheng med det terapeutene setter ord på, at det er foreldrene som skal være de viktigste for sine barn og stole på seg selv som foreldre.

Dette viser til at terapeutene aktivt jobber mot å bygge bro mellom familiene (Asen & Scholz, 2011). Terapeutene benytter ulike terapeutiske intervensjoner og teknikker for å hjelpe familiene til å oppnå sine mål. Og at familiene i større grad skal søke støtte, bekreftelse og dele erfaringer med hverandre. Dette kan ses i sammenheng med hvordan terapeutene beskriver hvordan de aktivt jobber mot at foreldrene skal finne styrke i hverandre og at terapeutene gradvis trekker seg mer og mer ut. Ikke- vitende posisjon handler om å være nysgjerrig på familienes egen opplevelse og legge til side sine egne fortolkninger. Det handler ikke om at terapeutene skal forkaste sin kunnskap, men heller bruke den til å veilede og støtte familiene til å ta egne valg. Cecchin (1978) hevder at nysgjerrighet hos terapeuten er en viktig del inn i terapirommet. Nysgjerrighet handler om å ikke lete etter endelige beskrivelser, men å fortsette stille spørsmål (Bagge, 2007).

Gjennom prosessen forteller foreldrene om en gradvis endring i sin rolle som foreldre. Og med tanke på refleksjonene som ble gitt i forkant av samlingene kan tolkes som at foreldrene har beveget seg fra en utrygg til mer tryggere, både for seg selv som foreldre, men også i deres tilnærming rundt sykdommen og deres barn. Gjentakende i materialet setter alle foreldrene ord på at trygghet har vært en viktig del i deres prosess. Trygghet i at de ikke følte seg like alene, trygghet i at det finnes hjelp å få, trygghet i at de ikke blir ansett

som årsak til sykdommen og en følelse av å være tryggere i seg selv som foreldre var beskrivelser foreldrene vektla. Denne endringen kan sees i sammenheng med Mason (2019) sin trygg-usikker-posisjon. Det kan tolkes som at foreldrene ved hjelp av støtte fra terapeutene har klart å bevege seg bort fra en utrygg-usikker posisjon, hvor livet oppleves som usikkert og kaotisk til en trygg-usikker posisjon. Dette kan sees i sammenheng med terapeutenes ønske om å styrke og øke kompetansen i foreldrerollen gjennom en konsultativ terapeutisk holdning. En systemisk terapeut forsøker å gi ny informasjon og mening for å skape endring gjennom å bringe frem ulike hypoteser rundt symptomets funksjon i familien og ikke sitte på en løsning (Selvini et al., 1980).

Til tross for ulikheter i familiene har alle hatt en opplevelse av å kunne identifisere seg med hverandres fortellinger, noe som åpnet opp for å kunne dele tanke og følelser de som regel hadde holdt for seg selv. Det ble fortalt at de fant styrke og trøst i hverandre. Og at de fikk en enorm omsorg ble utviklet etter kort tid. Dette samholdet kan forstås som at håpet om endring har kommet tilbake. Terapeutene vektlegger også at familiene rask oppleves som tryggere gjennom de første dagene på samlingen og fremhever fellesskapet som en viktig faktor. Når foreldrene fortellinger om positive erfaringer som har skjedd siden forrige samling, kan det innenfor narrativ tilnærming forstås som at foreldrene deler rikere og fylldigere historier fra deres liv og at det ikke lenger er problemhistorien som dominerer.

5.4 Større trygghet

Siste fase i flerfamilieterapi handler om å utforske og forbedre et liv uten spiseforstyrrelse og styrke samarbeidet innad i familiene. Familiene skal ha tilegnet seg kompetanse som de kan benytte i møte med livets opp og nedturer fremover. På bakgrunn av det foreldrene deler, kan de forstås som at deres deltagelse har vært en nyttig erfaring. Dette kan ses i sammenheng med at flerfamilieterapi kan muliggjøre for nye perspektiver, som igjen kan utløse ny informasjon (Asen, 2002). «*En forskjell som gjør en forskjell*» (Bateson, 1972).

Foreldrene gir beskrivelser som kan forstås som at de har funnet tilbake et håp om endring.

Dette henger sammen med det terapeutene forteller. At de kontinuerlig observerer gruppen fra en metaposisjon, hvor de trekke seg mer og mer ut i forhold til hvordan familiene og gruppen fungerer sammen. Videre vektlegger terapeutene at familiene ikke skal bli avhengig av oss. Kvakland et al. (2016) vektlegger at terapeutene skal se på familiene som ekspert på

sykdommen og deres liv. Videre vektla alle terapeutene betydning av å trekke seg unna i pausene, ikke kun for deres egen del og men at det er viktig å samles underveis for å planlegge forløpet videre.

Funnene knyttet til endring har blitt beskrevet på ulike måter og på flere nivåer av alle deltakerne. Og flere av funnene som har blitt presentert i dette studiet samsvarer i stor grad med flere av funnen til Denhag et al. (2021), Escoffié et al. (2022), Engman-Bredvik et al. (2016) og Salaminou et al. (2017) når det kommer til foreldrenes deltagelse. Spesielt har jeg blitt oppmerksom på temaene, høy tilfredshet og lavt frafall, å møte andre i lignende situasjon, reduksjon av skyld og skam og tryggere i sin rolle som foreldre.

Dette kan forstås som at terapeutenes intervensjoner har vært vellykket. Et av målene til terapeutene har vært å styrke foreldrenes tillit til seg selv og troen på at de kan gjøre en forskjell. Foreldrene beskriver økt mestringstro gjennom at de nå tenker at de er viktige og nødvendige for barnet sitt og tilfriskning. Videre beskriver foreldrene hvordan det har utviklet nye vennskap i gruppen og at de kan fortsette å være motivatorer for hverandre etter at flerfamilieterapi-gruppen er avsluttet. En mor avsluttet fokusgruppen med å dele grunnen for at de ønsket å delta i dette studiet. *«dette var viktig for oss og for vårt barn. Hvor skal man finne den informasjonen man trenger, hvor skal man finne den styrken. Så dette har vært viktig for oss».*

På lik linje som det moren ovenfor satte ord på, reflektere terapeutene omkring deres deltagelse i dette studiet, og oppsummerer det som en god opplevelse for de også. Det at de hadde kunne snakke sammen og reflektere rundt sitt arbeid i en annen kontekst opplevdes som nyttig og noe de skulle fortsette å gjøre fremover. Å kunne reflektere sammen rundt arbeidet de gjør i møte med familiene og hvordan det er å inneha den rollen. Kvakland et al. (2016) skriver at de har erfaring med at å drive flerfamilieterapi kan være både morsomt, givende og krevende.

Asen (2011) hevder det kreves en enorm innsats fra både terapeutene og de som deltar i en flerfamilieterapi. Samtidig vil jeg påpeke at denne form for behandling ser ut til å ha vært nyttig i møte med det utvalget dette studiet representerer. Videre har jeg gjort meg noen tanker om hvor nytteeffekten kan ligge, handler det om terapeutenes kunnskap og

erfaringer, i familienes motivasjon til endring i konteksten eller alt samlet sett. Jeg vil hevde, som (Torsteinsson, 2019) skriver at, «helhet er mer enn summen av delene».

6. Veien videre

Gjennom dette arbeidet har jeg blitt presentert for et mangfold av ulike perspektiver og fortellinger, og er takknemlig for at jeg har fått lov til å ta del i deltakerens opplevelse av flerfamilieterapi. Hovedfokuset for dette studiet har vært å utforske opplevelsen av endringsprosesser gjennom deltagelse.

6.1 Mulige svakheter ved studiet

Om flerfamilieterapi er en effektiv behandlingsmetode eller ikke kommer an på flere faktorer, som problemets egenart, familiens motivasjon og terapeutens kompetanse. Et viktig faktum vil også være som Asen og Scholz (2011) selv påpeker at det er viktig å ikke idealisere flerfamilieterapi som den eneste riktige behandlingsformen, da det kan være flere grunner til at denne behandlingsformen ikke passer for alle familier (s. 207). I arbeidet med dette studiet har jeg forsøkt å legge min forforståelse til side, men har erfart at det har vært krevende til tider. Noe som henger sammen med grunnen til at jeg valgte å forske på flerfamilieterapi. Jeg mener på ingen måte at det vil være den eneste riktige behandling i møte med spiseforstyrrelse, men jeg må være transparent å si at jeg er nok en som gjerne vil se de positive effektene av flerfamilieterapi.

Videre har det vært krevende å ivareta flere «stemmer» og ulike synspunkter og vinklinger. Jeg har forsøkt som forsker å få frem fortellingene til foreldre, terapeuter, viktige bidragsyttere på feltet, relevant teori og forskning og mine personlige refleksjoner. Ved noen anledninger har jeg følt at jeg har hatt for mye å holde styr på.

Det er også viktig å presisere at deltakeren fra begge fokusgruppene ikke representerer det store bildet av foreldre og terapeuter som tidligere har deltatt i flerfamilieterapi. Det vil derfor være uheldig å anta at funnene vil være gjeldende for andre. Likevel vil jeg påstå at funnene som er vist til her kan være nyttig kunnskap i møte med familier og spiseforstyrrelse.

Med tanke på utvalgets egenart kan det tenkes at begge gruppene var en sammensveiset gjeng som kjente godt til hverandre. Noe som bidro til flerstemthet fremfor at motsettende fortellinger kom til syne. Eller handler det om at jeg som forsker ikke fanget det opp? Det er

også verdt å nevne at det var ingen familier som «droppet ut» av behandlingen, det kunne derfor vært interessant å utforske opplevelsen av familier som falt ut. Med tanke på neste punkt, hadde det vært utrolig spennende å se hvordan en annen forsker hadde tatt fatt på dette studiet med samme utgangspunkt.

6.2 Tanker om videre forskning på feltet

Da familiebasert terapi (FBT) og flerfamilieterapi har vist seg å være effektivt i behandling av spiseforstyrrelse vil jeg hevde som (Couturier et al., 2013) at det vil være klokt å styrke effektiviteten og implementeringsstrategier av denne type behandling i samfunnet. Det vil være behov for forskning som tar for seg implementering av flerfamilieterapi i praksis i ulike behandlingsformer og opplæring av terapeuter. Videre hadde det vært interessant å utforske mer langsiktige resultater og hvordan flerfamilieterapi har hatt innvirkning på familiene over tid. Engman-Bredvik et al. (2016) hevdet i deres studie at flerfamilieterapi ser ut til å være nyttig terapeutisk behandling av anoreksi i en nordeuropeisk setting. Det kunne derfor også vært hensiktsmessig å utforske effekten i ulike populasjoner.

6.3 Siste ord

I arbeidet med dette studiet har jeg tilegnet meg kunnskap om at flerfamilieterapi kan være en verdifull tilnærming i møte med familier og spiseforstyrrelse som et supplerende behandlingstilbud. I dette tilfellet har det vist seg å være en effektiv måte for familiene til å utfordre seg selv og jobbe sammen mot et felles mål i en gruppe med flere familier. Videre har jeg fått større kjennskap til hvilken rolle terapeutene har som fasilitatorer. De har fremstått som eklektiske, dynamiske og kunnskapsrike og anses som medskaper i en terapeutisk kontekst.

Ut i fra et systemisk og sosialkonstruksjonistisk perspektiv mener jeg at flerfamilieterapi anerkjenner at enkeltpersoner alltid vil være en del av et større system. Et tankesett som ivaretar en helhetlig forståelse i møte med familiene.

Mennesker trenger mennesker.

Litteraturliste

- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi : et postmoderne perspektiv*. Reitzel.
- Asen, E. (2002). Multi-family groups multiple family therapy: an overview. *Journal of family therapy*, 24(1), 3-16.
- Asen, E., Dawson, N. & McHugh, B. (2006). *Flerfamilieterapi: Nye veje i familiearbejde*. Hans Reitzel Forlag.
- Asen, E. & Scholz, M. (2011). *Flerfamilieterapi i praksis: begreper og teknikker*. Hans Reitzels Forlag.
- Bagge, R. F. (2007). Refleksjoner omkring begrepet «ikke-vitende posisjon». *Fokus på familien*, 35(2), 113-126. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2007-02-04>
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Paladin.
- Bele, M. (2005). Flerfamilieterapi – En gruppebasert modell på en dagenhet for barn i psykisk helsevern. *Fokus på familien*, 33(3), 177-191. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2005-03-04>
- Bertrando, P. & Arcelloni, T. (2014). Emotions in the Practice of Systemic Therapy. *Aust N Z J Fam Ther*, 35(2), 123-135. <https://doi.org/10.1002/anzf.1051>
- Bjerke, S. N. (2018). *Gruppeterapi: grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Gyldendal.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2018). *Kvalitative metoder : en grundbog* (1. utg.). Hans Reitzel.
- Cecchin, G. (1978). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An initiation to curiosity. *Family process*, 26, 405-413. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1545-5300.1987.00405.x?casa_token=tnjOy9xiUUwAAAA:l8xS-b7NiAj3GUPaRP53LbuMLw5Tt4LGbSMvVYbdU9CZFafllu_tHhpIGbIMpFKJVEw-sChRGqmYma4
- Couturier, J., Kimber, M. & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Eat. Disord*, 46(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>
- Dallos, R. & Draper, R. (2015). *An introduction to family therapy: systemic theory and practice* (4. utg.). Open University Press.

- de Flon, H. (2019). Hva er familierapi? : kapittel 1. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familierapi* (s. 15-24). Fagbokforlaget.
- Dennhag, I., Henje, E. & Nilsson, K. (2021). Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. *Eating disorders*, 29(5), 463-479. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678980>
- Engman-Bredvik, S., Carballeira Suarez, N., Levi, R. & Nilsson, K. (2016). Multi-family therapy in anorexia nervosa-A qualitative study of parental experiences. *Eating disorders*, 24(2), 186-197. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1034053>
- Escoffié, A., Pretorius, N. & Baudinet, J. (2022). Multi-family therapy for bulimia nervosa: a qualitative pilot study of adolescent and family members' experiences. *Journal of eating disorders*, 10(1), 1-91. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00606-w>
- Gergen, K. J. (2010). *En invitation til social konstruktion*. Mindspace.
- Hagen, A. H. V., Austbø, B., Hjelmseth, V. & Dolhanty, J. (2019). *Emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre: en lærebok for terapeuter og veiledere* (1. utgave. utg.). Gyldendal.
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. udg. utg.). Samfundslitteratur.
- Helsedirektoratet. (2017). *Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelse bør tilbys barn og unge med spiseforstyrrelse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser/familiebasert-behandling-spesifikt-for-spiseforstyrrelser-bor-tilbys-til-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser>
- Holmberg, Å. & Sundet, R. (2021). Ikke-vitende posisjon» i familierapeutisk praksis - muligheter og utfordringer i dagens samfunn. *Fokus på familien*, 49(4), 265-284. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2021-04-03>
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt: Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jensen, P. (2016). *Ansikt til ansikt: kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg. utg.). Gyldendal.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg. utg.). Abstrakt forlag AS.

- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familieterapi*. Universitetsforl.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvakland, A.-L., Rø, Ø., Skjønhaug, J., Søndergaard, S. & Hinderaker, E. (2016). Bruk av flerfamilieterapi i behandling av barn og ungdom med spiseforstyrrelser. *Fokus på familien*, 44(4), 328-345. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-04-06>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Le Grange, D. & Eisler, I. (2008). Family Interventions in adolescent Anorexia Nervosa. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18, 159-173.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (Bd. 4. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Mason, B. (2019). Re-visiting safe uncertainty: six perspectives for clinical practice and the assessment of risk. *Journal of family therapy*, 41(3), 343-356. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12258>
- Minuchin, S. (2012). *Families and family therapy*. Routledge.
- Nyeng, F. (2017). *Hva annet er også sant? En innføring i vitenskapsfilosofi*. Fagbokforlag.
- Personopplysningsloven. (2018). *Behandling av særlige kategorier av personopplysninger i arbeidsforhold* (6). <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38/§6>
- Priest, J. B. (2021). *The science of family systems theory*. Routledge.
- Rø, Ø., Hage, T. W. & Torsteinsson, V. W. (2020). *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En håndbok* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Rør, A. (2006). *Spiseforstyrrelser: symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Salaminiou, E., Campbell, M., Simic, M., Kuipers, E. & Eisler, I. (2017). Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: an open study of 30 families. *Journal of family therapy*, 39(4), 498-513. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12075>
- Schjødt, B. & Egeland, T. A. (1992). *Fra systemteori til familieterapi*. Paludans forlag.
- Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing - circularity - neutrality: Three Guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19, 3-12. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x>

- Skårderud, F. (2000). *Sterk svak: håndboken om spiseforstyrrelser*. Aschehoug.
- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A. & Hart, R. K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open*, 5(7), e2222079-e2222079.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22079>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2018). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Torsteinsson, V. W. (2019). Familieterapiens historie. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i familieterapi* (s. 25-39). Fagbokforlaget.
- Vinsten Christiansen, J. C. & Lorås, L. (2021). *Samtaler i relasjonelt arbeid* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- White, M. (2007). *Kart over narrativ praksis*. Pax forlag.

Intervjuguide – for foreldre – Takknemlig for deres deltagelse.

Innledning:

- Velkommen til fokusgruppe (Min rolle som moderator, hvem jeg er og kontekst for fokusgruppen).
- Dele ut navneskilt til alle. Skape et trygt rom med større nærhet til informantene.
- Informasjon (båndopptak, samtykke, taushetsplikt, tidsperspektiv).
- Rammer for gruppen: opptatt av deres erfaringer, refleksjoner og følelser knyttet til deres deltagelse i FFT-gruppen, det finnes ikke «riktige» eller «feil» svar. Lytte til hverandre, en og en tar ordet, tåle stillhet/pauser som kan oppstå også er det viktig at alle får mulighet til å komme til ordet.
- Kort introduksjon om forskningsprosjektet og hensikt med studie, referere til infoskriv.
- Undersøke om noe er uklart eller om det er noen spørsmål.

Åpningsspørsmål:

- Felles for alle i gruppen er at dere kjenner til hverandre fra før av gjennom FFT-gruppe som følge av at dere har et barn/ungdom med utfordringer knyttet til mat.
- Si kort hva du heter og en beskrivelse av ditt familiesystem.
- Hvem er dere utover det? Invitere alle deltakerne til å si noe i gruppen («Bryte isen»).

Nøkkelspørsmål: Nysgjerrig på

- Hvilke forventninger hadde dere i forkant av FFT-gruppen?
- Hvordan har det vært å møte andre foreldre i lignende situasjon?
- Hvilke erfaringer har din deltagelse i FFT-gruppen gitt deg?
- Har dere opplevd noen endringer for deres egen del? Hvordan har dere merket disse endringene (kan dere gi noen eksempler)?
- Har dere opplevd noen endringer i familien underveis eller etter dere deltok i FFT-gruppen? Hvordan har dere merket disse endringene (kan dere gi noen eksempler)?

- Hva har vært mest nyttig? for deres familie? For deg?
- Hva har vært utfordrende for deres familie? For deg?
- Kunne noen rundt dere merke noen endringer i deres familie og i deg?
- Hvordan ville du beskrevet din deltagelse i FFT-gruppen til noen andre foreldre som skal delta med tre ord?
- Opplevde du et vendepunkt under samlingene?
- Var det noe som ble betydningsfullt?

Avslutning:

- Sette av minimum ti minutter til.
- Utforske om det er noen som sitter inne med noe som kunne vært relevant eller om det er noen som ønsker å legge til noe.
- Hvordan var det å delta i denne fokusgruppen?
- Gi en kort oppsummering, tilbakemelding om hva jeg ble mest opptatt av/rørt ved.
- Takk for deres deltagelse

Intervjuguide – for terapeutene

Innledning:

- Ønske velkommen
- Velkommen til fokusgruppe (Min rolle som moderator, hvem jeg er og kontekst for fokusgruppen).
- Dele ut navneskilt til alle. Skape et trygt rom med større nærhet til informantene.
- Informasjon (båndopptak, samtykke, taushetsplikt, tidsperspektiv mm).
- Rammer for gruppen: Opptatt av deres erfaringer, refleksjoner og opplevelser knyttet til deres rolle i FFT-gruppen og hvilke erfaringer dere har knyttet til endring hos foreldrene.
- Det finnes ikke «riktige» eller «feil» svar. Lytte til hverandre, en og en tar ordet, tåle stillhet/pauser som kan oppstå også er det viktig at alle får mulighet til å komme til ordet, oppfordrer til å gi uttrykk for egne meninger til tross for andres opplevelser, holdninger knyttet til tema.
- Kort introduksjon om forskningsprosjektet og hensikt med studie, referere til infoskriv.
- Informere om fokusgruppeintervju
- Undersøke om noe er uklart eller om det er noen spørsmål.

Åpningsspørsmål: «Bryte isen» Bli kjent.

- Jeg vet: Dere er terapeuter med lang erfaring innen feltet og at dere har ledet FFT-gruppen.
- Si kort hva du heter og en kort beskrivelse av posisjon og rolle inn i gruppen.

Nøkkelspørsmål: (En endring som skaper endring).

- Hvordan skape endring i denne konteksten? Virksomhet?
- Hvilke erfaringer har dere med FFT-grupper?

- Hvordan jobber dere i FFT-gruppen? (mtp. teoretiske og praktiske rammer og kompetanse) Gi en kort beskrivelse.
- Hvilken familierapeutisk forankring innenfor endringsarbeid benytter i FFT-gruppen?
- Hvordan skapes eventuelle endringer hos foreldrene som deltar i FFT-gruppen? (hvilken intervensjon benyttes og hvordan opplever dere at valg av tilnærmingen kan skape endring)
- Hvilken faglig tilnærming benytter dere som terapeuter for å skape endring for foreldrene?
- Opplever dere som terapeuter en samskapende prosess knyttet til endring til hos foreldrene
- Hvilke eventuelle fortellinger om endringer opplever dere kommer mest til uttrykk hos foreldrene som har deltatt i FFT-gruppen?
- Hvilke endringer opplever dere at FFT-gruppene tilfører foreldrene som igjen kan oppnå endring hos familiene?
- På hvilken måte opplever dere at FFT-gruppe kan være nyttig for familier som har barn med utfordringer ift. mat? Kan dere gi noen eksempler?
- Min hypotese: Ulike grupper opplever ulik grad av endring, kan dere si noe om hva dere tror er grunnen til det?
- Hva opplever dere som nyttig?
- Hva opplever dere som utfordrende?

Avslutning:

- Sette av minimum ti minutter til.
- Utforske om det er noen som sitter inne med noe som kunne vært relevant eller om det er noe noen som ønsker å legge til.
- Hvordan var det å delta i denne fokusgruppen?
- Gi en kort oppsummering, tilbakemelding over hva jeg ble mest opptatt av/rørt ved.
- Takk for deres deltagelse

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Vel bekomme”

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi (FFT) bidra til at foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever foreldre endringsprosess i flerfamilieterapi?
2. Hvordan opplever terapeuter endringsprosess i flerfamilieterapi? Og hvilke kompetanse opplever de som relevant?

MASTEROPPGAVE I FAMILIETERAPI

VID VITENSKAPELIG HØGSKOLE

Student: Anniken Tangevald - Hansen

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt med et formål om å rette fokus på foreldre til barn/unge som deltar på flerfamilieterapi ved spiseforstyrrelse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å bidra med ny og økt kunnskap og forståelse omkring hvordan foreldre til barn/unge med spiseforstyrrelse selv tar nytte av sin deltagelse i flerfamilieterapi gruppe (FFT) ved Regional seksjon for spiseforstyrrelse. Videre å belyse

terapeutenes egne oppfatninger av hvordan flerfamilieterapi oppleves som relevant for foreldrene som deltar på gruppesamlingene og hvilken kompetanse tilfører FFT-gruppen til terapeutene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ved VID vitenskapelige høgskole:

Anniken Tangevald – Hansen, student i familieterapi og systemisk praksis.

Nicoletta Businaro, veileder og førsteamanuensis ved Fakultet for Sosialfag.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å invitere foreldre til barn/unge med spiseproblematikk, som tidligere har deltatt i flerfamilieterapi (FFT) til fokusgruppeintervju til dette studiet. Jeg ønsker å sette søkelyset på foreldrenes opplevelse rundt sin tilstedeværelse i gruppene og utforske hvilke endringsprosesser som eventuelt har oppstått. Videre ønsker jeg å invitere terapeutene som har deltatt i samme grupper for å utforske deres opplevelse og hvilke kompetanse de selv opplever som relevant.

Hva innebærer det for deg å delta?

Innsamling av data vil skje gjennom fokusgruppeintervju med en semistrukturert struktur. Fokusgruppeintervjuet vil ha en varighet på maks halvannen time og intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det vil også bli tatt notater underveis. Tanken er å avholde gruppene i kjente lokaler for informantene en ettermiddag. Jeg planlegger å gjennomføre to fokusgruppeintervju, ett med foreldre og ett med terapeutene. For studiets troverdighet er det ønskelig med 5-8 foreldre og 4-6 terapeuter til å delta.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Det er kun jeg som får tilgang til dataene som er samlet inn om deg i forbindelse med dette studiet. Opplysningene om deg blir kun brukt til formålet beskrevet i dette skrivet og vil bli

behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene anonymiseres.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes senest innen 31.12.23. Personopplysninger og lydopptak vil da bli makulert og slettet på en forsvarlig måte.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Anniken Tangevald – Hansen, på tlf: 91814731 eller sende meg en e-post: annikentaha@gmail.com
- Veileder: Nicoletta Businaro ved VID Vitenskapelig Høgskole: nicoletta.businaro@vid.no
- Personvernombud ved VID vitenskapelig Høgskole: Halvor De Flon: halvordeflon@vid.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD- Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon:

53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Anniken Tangevald- Hansen

(Forsker)

Nicoletta Businaro

(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi (FFT) bidra til at foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju.
- at prosjektets veileder kan håndtere og ha innsyn på deler av materialet fra fokusgruppeintervjuene. Veilederen vil også være underlagt taushetsplikt.
- at uttalelser fra fokusgruppeintervjuene kan refereres til i forskningen, og i en eventuell artikkel i forbindelse med forskningsprosjektet. Eventuelle utsagn som blir referert til vil bli anonymiseres.

- at jeg på ethvert tidspunkt kan trekke mitt samtykke uten begrunnelse.
- at informasjonen som blir delt i fokusgruppene, ikke blir delt på en måte som identifiserer noen av familiemedlemmene.
- Barn under 16 år som indirekte blir identifisert er informert om prosjektet av sine foreldre og gitt muntlig godkjenning.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Informasjon om forskningsprosjektet

“Vel bekomme”

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi (FFT) bidra til at foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever foreldre endringsprosess i flerfamilieterapi?
2. Hvordan opplever terapeuter endringsprosess i flerfamilieterapi? Og hvilke kompetanse opplever de som relevant?

MASTEROPPGAVE I FAMILIETERAPI

VID VITENSKAPELIG HØGSKOLE

Student: Anniken Tangevald - Hansen

Du mottar dette informasjonsskrivet samt samtykkeskjema fordi kan bli definert som tredjeperson i dette prosjektet. Denne informasjonen vil bli gitt til alle over 16 år som indirekte kan identifiseres i prosjektet. Du vil ikke ha en aktiv rolle i fokusgruppene.

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å bidra med ny og økt kunnskap og forståelse omkring hvordan foreldre til barn/unge med spiseforstyrrelse selv tar nytte av sin deltagelse i flerfamilieterapi gruppe (FFT) ved Regional seksjon for spiseforstyrrelse. Videre å belyse

terapeutenes egne oppfatninger av hvordan flerfamilieterapi oppleves som relevant for foreldrene som deltar på gruppesamlingene og hvilken kompetanse tilfører FFT-gruppen til terapeutene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ved VID vitenskapelige høgskole:

Anniken Tangevald – Hansen, student i familieterapi og systemisk praksis.

Nicoletta Businaro, veileder og førsteamanuensis ved Fakultet for Sosialfag.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å invitere foreldre til barn/unge med spiseproblematikk, som tidligere har deltatt i flerfamilieterapi (FFT) til fokusgruppeintervju til dette studiet. Jeg ønsker å sette søkelyset på foreldrenes opplevelse rundt sin tilstedeværelse i gruppene og utforske hvilke endringsprosesser som eventuelt har oppstått. Videre ønsker jeg å invitere terapeutene som har deltatt i samme grupper for å utforske deres opplevelse og hvilke kompetanse de selv opplever som relevant.

Hva innebærer det for deg å delta?

Innsamling av data vil skje gjennom fokusgruppeintervju med en semistrukturert struktur. Fokusgruppeintervjuet vil ha en varighet på maks halvannen time og intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det vil også bli tatt notater underveis. Tanken er å avholde gruppene i kjente lokaler for informantene en ettermiddag. Jeg planlegger å gjennomføre to fokusgruppeintervju, ett med foreldre og ett med terapeutene. For studiets troverdighet er det ønskelig med 5-8 foreldre og 4-6 terapeuter til å delta.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Det er kun jeg som får tilgang til dataene som er samlet inn om deg i forbindelse med dette studiet. Opplysningene om deg blir kun brukt til formålet beskrevet i dette skrivet og vil bli

behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene anonymiseres.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes senest innen 31.12.23. Personopplysninger og lydopptak vil da bli makulert og slettet på en forsvarlig måte.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Anniken Tangevald – Hansen, på tlf: 91814731 eller sende meg en e-post: annikentaha@gmail.com
- Veileder: Nicoletta Businaro ved VID Vitenskapelig Høgskole: nicoletta.businaro@vid.no
- Personvernombud ved VID vitenskapelig Høgskole: Halvor De Flon: halvordeflon@vid.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD- Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon:

53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Anniken Tangevald- Hansen

(Forsker)

Nicoletta Businaro

(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi (FFT) bidra til at foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Jeg samtykker til:

- å bli omtalt som tredjeperson i prosjektet. En tredjeperson har samme rettigheter ved behandling av personopplysninger som de andre som deltar i prosjektet.
- I at jeg har fått tilstrekkelig informasjon om hva det innebærer å være nevnt som tredjeperson i dette prosjektet.
- at prosjektets veileder kan håndtere og ha innsyn på deler av materialet fra fokusgruppeintervjuene. Veilederen vil også være underlagt taushetsplikt.

- at uttalelser fra fokusgruppeintervjuene kan refereres til i forskningen, og i en eventuell artikkel i forbindelse med forskningsprosjektet. Eventuelle utsagn som blir referert til vil bli anonymiseres og det vil ikke være mulig å identifisere personen bak opplysningene som blir gitt.
- at jeg på ethvert tidspunkt kan trekke mitt samtykke uten begrunnelse.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av tredjeperson, dato)

Referansenummer

858480

Vurderingstype

Standard

Dato

15.09.2022

Prosjektittel

På hvilken måte kan systemisk forståelse i flerfamilieterapi (FFT) bidra til at foreldre til barn med spiseforstyrrelse og terapeuter opplever endringsprosess?

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

Prosjektansvarlig

Nicoletta Businaro

Student

Anniken Tangevald-Hansen

Prosjektperiode

21.08.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige
- Særlige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 31.12.2023.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

TREDJEPERSONER I prosjektet intervjues det foreldre og terapeuter spiseproblematikk som har deltatt på Flerfamilieterapi (FFT) ved Regional seksjon for spiseforstyrrelse. Barna blir altså registrerte (tredjepersoner) i prosjektet. Det registreres særlige kategorier av personopplysninger om helse om disse barna. Foreldre vil gi informasjon og samtykke på vegne av barn under 16 år, men prosjektet vil forsikre seg at barnet synes det er greit at foreldrene deltar i prosjektet. Barn over 16 år vil selv motta informasjon og samtykke til å bli omtalt under intervjuene. Tredjepersoners deltakelse i prosjektet er dermed også basert på uttrykkelig samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

PERSONVERNPRINSIPPER Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

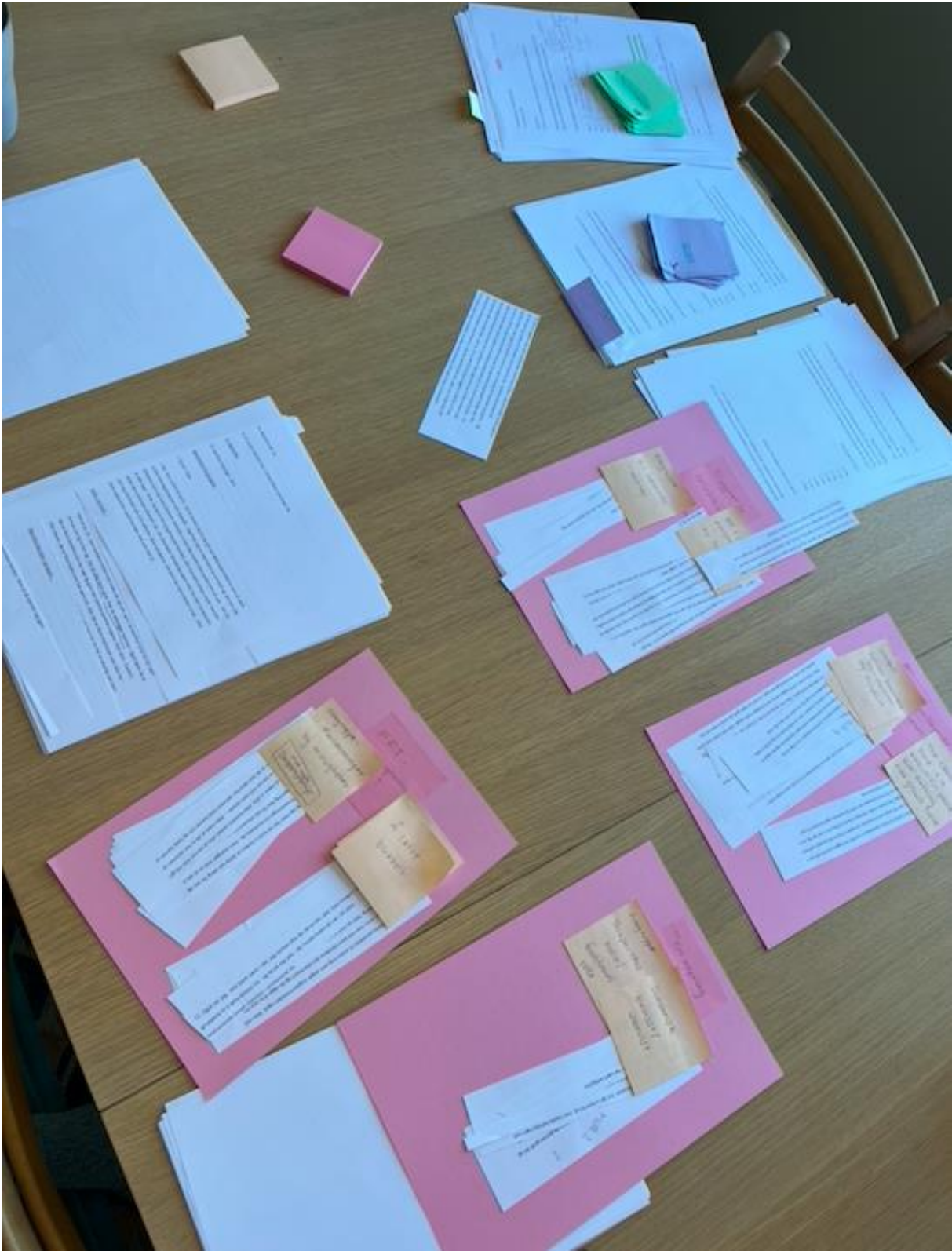
MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Simon Gogl

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 6: Eksempel på kodeprosess



Vedlegg 7: Et visuelt bilde fra fokusgruppe med foreldre til drøfting

