

# Anerkjennelse som utgangspunkt for endring i møte med ungdom som har anoreksi.

---

MASTER I FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK PRAKSIS  
Kull H06  
HEGE STAALESEN LARSEN  
DIAKONHJEMMET HØYSKOLE  
30. APRIL. 2010

## Sammendrag

Denne oppgaven er en kvalitativ studie basert på intervjuer av terapeuter ved tre ulike barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner i Norge. Intervjuene ble gjennomført høsten 2009. Tema for oppgaven var å undersøke hvordan terapeutene var opptatt av, og formidlet anerkjennelse til familier der en ungdom har anoreksi. Problemstillingen var som følger: *I hvilken grad er familierapeuter opptatt av anerkjennelse i møte med familier der en ungdom har anoreksi? Hvordan formidler de eventuelt dette? Og hva håper de at de får til ved å anerkjenne familie og ungdom? Spørsmålene er besvart ut fra en fenomenologisk hermeneutisk analyse. Jeg vil i det følgende oppsummere konklusjonene fra min undersøkelse.*

Jeg fant fem kodegrupper som utkrystalliserte seg raskt: 1: Anerkjennelse er å ikke vite på forhånd, 2: Anerkjennelse gjennom å skille ungdommen fra problemet, 3: Anerkjennelse gjennom å være i lidelsen sammen med familien, 4: Anerkjennelse gjennom terapeutisk samarbeid, 5: Anerkjennelse gjennom en trygg tilknytning i terapi.

I analysen så vi at informantene som ble intervjuet var opptatt av å formidle anerkjennelse. Alle informantene var opptatt av å formidle at de ikke forvaltet sannheten om folks liv. Det var tydelig at de håpet å få frem at familiene skulle kjenne seg trygge og forstått.

Informantene håpet å hjelpe ungdommen og foreldre til å ta ny stilling til problemet. De ønsket å gi en opplevelse av at ungdommen og foreldre selv skulle ha regien i eget liv. Dette var alt sammen elementer i tilnærmingen som de mente var avgjørende for at endring skulle kunne skje.

## Forord

Jeg vil først og fremst takke de fire terapeutene som sa seg villig til å bli intervjuet om dette tema. Tusen takk for at dere bød på dere selv og viste at dette var et tema som opptok dere i deres arbeid. Deres imøtekommende holdning bidro til å gjøre denne empirien mulig.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver Akershus Universitetssykehus som har bidratt økonomisk til denne studie. Min leder psykiater Betty Van Roy har utvist stor fleksibilitet med hensyn til å gi permisjon både til skoleuker og til skriving. Samtidig har hun og psykolog Trond Nordheim inspirert faglig, og tålt at jeg har vært mye borte.

Tusen takk til en tålmodig veileder psykologspesialist Helge Eliassen ved Lillestrøm familievernkontor. Dine ”pirkete” kommentarer, og haugevis med tykke bøker, har bidratt til nye faglige refleksjoner og uten tvil høynet min kunnskap.

Mine medstudenter Kari Elisabeth Fjærli, Lisbeth Hernes og Asbjørn Sørensen har bidratt med nyttige diskusjoner, refleksjoner og mye humor på kollokvier og diverse hytteturer. Uten dere hadde dette blitt en tung reise.

Sist, men ikke minst, min familie: Knut, Karoline og Viktoria som kun har sett ryggen min, på vei ned i ”skrivestua”. Takk for at dere alltid er der. Nå blir det endelig tid til at mor også kan ”øvelseskjøre” med jentene. Jeg gleder meg til Italia ferie sammen med dere i sommer.

## Innhold

1.0	INNLEDNING .....	5
1.1	Oppbygging av oppgaven .....	6
1.2	Bakgrunn og tema for oppgaven.....	6
1.3	Hensikten med oppgaven.....	8
1.4	Begrepsavklaring .....	9
1.5	Systemisk familierapi .....	9
2.0	Teori.....	12
2.1	Innledning.....	12
2.2	Anoreksia Nervosa.....	12
2.3	Kjønnsaspekt .....	13
2.4	Tidligere forskning .....	14
2.5	Ungdomstiden .....	16
2.6	Selvet .....	17
2.7	Skyld og skam .....	19
2.8	Aron Antonowsky: Mening og sammenheng .....	20
2.9	Anerkjennelse.....	20
2.10	Ikke - vitende posisjon.....	23
2.11	Samarbeidende dialog.....	24
2.12	Narrativ praksis med eksternaliserende tilnærming.....	24
3.0	Metodologisk forankring og forskningsdesign. ....	26
3.1	Kvalitativ metode .....	26
3.2	Fenomenologi.....	27
3.3	Hermeneutikk:.....	28
3.4	Etiske betraktninger .....	29
3.5	Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet. ....	30
3.6	Gjennomføring av intervju .....	31
3.7	Analysemetode av data.....	32
4.0	Presentasjon av resultat.....	36
4.1	Anerkjennelse er ikke å tro at jeg vet noe om familien på forhånd.....	36
4.2	Anerkjennelse gjennom å skille ungdommen fra problemet.....	38
4.3	Å anerkjenne lidelsestrykket i familien gjennom å ha en forståelsesfull tilnærming. ....	41
4.4	Anerkjenne familien som samarbeidspartnere.....	43
4.5	Anerkjennelse gjennom å skape en trygg relasjon.....	46
5.0	Drøfting av resultat .....	49
5.1	Den vet best hvor skoen trykker, som har den på. ....	49
5.2	Det bor mer i deg enn du aner. ....	52
5.3	Eg ser du har det vondt... ..	57
5.4	Når vi sammen bærer den kraftige smerten, blir smerten bærekraftig.....	58
5.5	Tillit er en forutsetning for å våge seg ut i ukjent landskap .....	62
6.0	Avslutning.....	65
7.0	Referanser .....	70
8.0	Oversikt over vedlegg.....	75

## 1.0 INNLEDNING

*Catarina ble født i 1347. Hun var en av 24 søsken. Mange av disse søsknene overlevde ikke. Hun ble født prematurt og var en av to tvillingjenter. Søsteren ble satt bort for å ammes og døde kort tid etter. Catarina ble ammet av sin mor. Hun opplevde seg selv som det foretrukne barnet. Catarina var hele sitt liv plaget av sterk skyldfølelse. Hun overlevde mens søsteren døde. Hun mente hun levde i stedet for de andre som døde. Hun fikk en lillesøster som fikk samme navn som tvillingsøsteren. Denne lillesøsteren døde også tidlig av sykdom. Catarina mente årsaken til denne søsterens død var at Catarina selv lot de verdslige lyster få innpass. Hennes liv ble en kamp mot egen kropp. Hun levde et ekstremt asketisk liv. Hun nektet seg selv det minste gode. Hennes liv er historien om selvoppofrelse. Hun overdrev det meste hun gjorde. Det gjaldt faste, selvtukt og fromhet. Hennes liv er også en beretning om fastens makt i nære relasjoner. Hennes foreldre og søsken gjorde hva som helst for å få henne til å spise. De forsøkte å finne en mann til henne, men Catarinas prosjekt var å hindre alt som kunne minne om den minste nytelse. Hennes seng var en trebenk og hun hadde en stein til hodepute. Hun erstattet kjolen med en jernlenke som var så stram at den skar seg inn i huden hennes. Hennes forakt for egen kropp var total. Hun omtalte sin kropp som en avfallshaug. Dette bidro til å gjøre henne til datidens helgen. Hun er i dag medhelgen til Frans av Assisi. Det er i ettertid skrevet flere helgenbiografier av henne. Catarina av Siena er i dag en heltefigur i Pro Ana kulten, en fortrinnsvis internettsbasert aktivitet for å fremme og legitimere anorektisk og spiseforstyrret adferd. Catarinas hode er i dag utstilt i det store kirkerommet i Dominikanerbasilikaen i Siena. Kroppen ligger i Roma. Det faktum at hodet er adskilt fra kroppen kan symbolisere hennes store forakt for kroppen og ønsket sterkt og distansere seg fra denne gjennom selvtukt(Skårderud 2008).*

## 1.1 Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven har i alt 6 kapitler. Kapittel 1 tar for seg kontekst og bakgrunn for det tema som er valgt. Her gjøres det rede for begreper og min faglige bakgrunn. Samtidig som oppgavens teoretiske ståsteder nevnes. Kapittel 2 tar for seg de teoretiske aspekter ved anerkjennelse og anoreksi som bygger opp under det som fremkommer senere i oppgaven. Kapittel 3 handler om hvilken metode som er fulgt, med bakenforliggende teori og redegjørelse for den fremgangsmåte som er valgt. Kapittel 4 er datakapitlet. Her redegjøres det for de data som fremkommer i mitt materiale som et resultat av intervjuene. I kapittel 5 blir dataene fra foregående kapittel drøftet. Oppgaven avsluttes med oppsummering i kapittel 6.

## 1.2 Bakgrunn og tema for oppgaven

Denne oppgaven tar for seg fenomenet anerkjennelse i terapeutens møte med familier der en ungdom har anoreksi. Anerkjennelse handler for meg om opplevelse av mindre avstand mellom terapeut og klient. Oppgaven har fokus på den terapeutiske relasjon. Dette er et tema som har engasjert og som fikk ny betydning i løpet av familierapistudie. Jeg er særlig opptatt av hva som skjer i møte mellom terapeut og de ulike familier. Derfor vil oppmerksomheten i denne oppgaven være rettet mot dialogen og klimaet innen det terapeutiske system.

Anerkjennelse og selvbevissthet er knyttet sammen. Anerkjennelse er en forutsetning for selvbevissthet, men selvbevissthet er også en forutsetning for anerkjennelse(Helleve1999:17).

Som terapeut er jeg blitt opptatt av selvbevissthet og/eller livsbevissthet. Hvilke verdier vi har, eller ønsker å ha er viktige anliggende. Anoreksi er valgt som tema fordi det kan synes som om temaene som fremkommer i arbeidet med familiene hvor et medlem har anoreksi, handler mye om livet.

Min forforståelse av anoreksi er at det kan handle om hvordan vi gir *mening til, forstår, og begriper* livet og det mellommenneskelige på forskjellige måter. Derfor vil jeg i denne

undersøkelsen rette oppmerksomheten mot dialogen og klimaet innen det terapeutiske systemet. Jeg møter ofte ungdommer med anoreksi på den institusjonen jeg arbeider ved. Min faglige bakgrunn er sykepleie. Dette innebærer at jeg i utgangspunktet hadde en annen teoretisk historie enn det systemteoretiske. Min faglige historie er farget av sykepleievitenskapens teorier. Jeg har jobbet innenfor sykehus og helsestasjon. Det vil farge mitt teoretiske bakteppe og mine erfaringer.

Jeg arbeider nå som familieterapeut på Barne- og Ungdomsklinikken ved Akershus Universitetsklinikk. Hit kommer det barn og ungdom i alderen 0-18 år. Jeg arbeider i et BUPH-team (Barn og Ungdoms Psykisk Helse) som gir tilbud til familier på nyfødt intensiv avdeling, barneavdeling, avdeling for habilitering, og barnepoliklinikk.

Som terapeut i denne jobben beveger jeg meg i spenningsfeltet mellom somatisk og psykisk helse. Mitt inntrykk er at det somatiske perspektivet har fokus på diagnose og det somatiske. Det er utfordrende, å bidra til et mer helhetlig syn på behandlingen, men ikke umulig.

Jeg er opptatt av terapeutens rolle i de terapeutiske møtene. Jeg har vært nysgjerrig på hvordan terapeutens anerkjennelse av familie der en ungdom har anoreksi, kan være med å ta bort skyld og isolasjon og føre til endring. Jeg har i denne forbindelse intervjuet 4 terapeuter som på ulike måter jobber med ungdom med anoreksi. I utgangspunktet lurte jeg på om terapeutene trodde at anerkjennelse fra terapeuten kunne hjelpe familien i forhold til skyldfølelse. Min erfaring er at mange foreldre til ungdom med anoreksi har brukt mye tid på selvgranskning. De spør seg selv hva de gjorde galt. I tillegg er opplevelsen at ungdommene strever med mye dårlig samvittighet. De har dårlig samvittighet fordi de har spist for mye. Noen føler seg aldri god nok, de strever med å oppnå det som for andre kan fortone seg som perfeksjonisme. Jeg var nysgjerrig på om informantene hadde lignende erfaringer og i så tilfelle hvordan de møtte dette. Dette er også nært knyttet til hva jeg opplever som skyld- og skamfølelse hos mange av de som strever med anoreksi. Både hos ungdommen og foreldre. Det er også min erfaring at disse familiene isolerer seg i større grad enn andre, noe som kan tenkes å handle om skyld – og skamfølelse. Dette har gjort meg opptatt av om anerkjennelse fra terapeutenes side i møte med disse familiene er av ekstra stor betydning? Hvordan kan terapeuten skape en situasjon der familiene føler seg møtt, anerkjent og respektert?

Familiene er i krise når vi møter dem. Omsorgspersonene, heretter kalt foreldre, gir uttrykk for stor fortvilelse, og er i behov av mye støtte og omsorg. Det er av betydning at familien sammen deltar i behandlingen. Bakgrunnen for denne tanken er at anoreksi kan betraktes som en måte å kommunisere med hverandre på. Skårderud kaller dette for " *kroppens klare tale*" (Skårderud 2000:8). Det er også familierapi som har vist seg å ha det beste behandlingsresultatet i behandling av anoreksi når ungdommen er under 18 år (Rhodes 2002).

Følgende problemstillinger vil være aktuelle for min masteroppgave:

*I hvilken grad er familierapeuter opptatt av anerkjennelse i møte med familier der en ungdom har anoreksi? Hvordan formidler de eventuelt dette? Og hva håper de at de får til ved å anerkjenne familie og ungdom?*

### **1.3 Hensikten med oppgaven**

Jeg håper å belyse og bevisstgjøre begrepet anerkjennelse som et viktig tema og redskap i arbeidet med familier der en ungdom har anoreksi. Man kan noen ganger få et inntrykk av at foreldrene så vel som terapeutene jakter på "feilen" i disse familiene. Dette er i tråd med deler av behandlingsapparatets forståelse av anoreksi. Anerkjennelse handler om forståelse, respekt og nærhet. Dette er selvsagte og kjente honnørord i alt hjelpearbeid, men ikke desto mindre viktig.

Anerkjennelse, derimot, kan handle om at terapeutene forsøker å finne mening og sammenheng i symptomene. Det er to viktige grunner til at jeg har valgt anerkjennelse som teoretisk begrep i dette prosjektet. For det første, ønsker jeg å belyse sammenhengen mellom anerkjennelse og selvbevissthet som sentral i behandling av familien. Utvikling av selvet vil derfor være naturlig å nevne i denne forbindelse.

For det andre, ønsker jeg å belyse anerkjennelse som opphevelse av avstand mellom individ og sosialitet. Med dette menes at den isolasjonen som anoreksi noen ganger kan medføre, kan oppløses gjennom anerkjennelse.

*For meg er anerkjennelse et relasjonelt anliggende. Jeg er opptatt av det jeg vil kalle en anerkjennende relasjon, og en anerkjennende dialog.*



## **1.4 Begrepsavklaring**

Jeg velger i denne oppgaven å gjøre bruk av begrepet anoreksi. Anoreksi er å oppfatte som et symptom hos et av medlemmene i familien. Anoreksi hører inn under gruppen spiseforstyrrelser. Noen ganger i oppgaven bruker jeg begrepet spiseforstyrrelser. Det er fordi det som omtales også gjelder for flere typer spiseforstyrrelser. Jeg velger å gjøre bruk av diagnosebegrepet anoreksi fordi det er den betegnelsen som er allment kjent. Anoreksi blir nærmere definert i teorikapitlet.

Anerkjennelse er et sentralt begrep i oppgaven. Begrepet blir også definert i et eget kapittel i teoridelen.

Når jeg refererer til ungdommen som har anoreksi, bruker jeg "hun" eller "henne" - av den grunn at det er flest jenter vi kjenner til med anoreksi. I analysedelen velger jeg ikke å gjøre bruk av begrepet klient eller pasient, jeg velger å bruke familie, eller ungdommen. Dette er fordi jeg ønsker å bidra til mindre patologisering som jeg mener klient/pasient ofte refererer til. I teoridelen er det imidlertid klient som blir mest bruk fordi det brukes i litteraturen.

## **1.5 Systemisk familieterapi**

Denne oppgave er skrevet i lys av systemisk familieterapi. Systemisk familieterapi er forankret i systemteorien. Hovedmålet for denne tradisjon er å skape rom for utvikling av ny forståelse og nye tanker som grunnlag for endring(Hårtveit & Jensen 2004). Det postmodernistiske perspektiv gjorde sin inntreden i midten av vårt århundre. Det var en retning som vokste frem som et motsvar på modernismen og dens hierarkiske maktstrukturer. Innenfor familieterapifeltet ble postmodernisme forbundet med konstruktivisme og sosialkonstruksjonisme. Dette kom som en motvekt til at autoriteter kunne innta posisjoner der de hadde tilgang til "egentlige" sannheter, uavhengig av den lokale konteksten. Med konstruktivisme menes kort fortalt at vår virkelighet er en mental konstruksjon som skjer inni vårt eget hode. Konstruktivisme er opptatt av de prosessene i mennesker som fører til at man klarer å manøvrere seg rundt i verden og slik finne ut hva som virker og ikke virker(Ibid).

Det går et viktig skille mellom det modernistiske vitenskapsperspektivet på den ene siden og det postmodernistiske på den andre. I det modernistiske er det naturvitenskap og empirisk forskning som gjelder.

Sosialkonstruksjonisme ble lansert av psykologen Kenneth Gergen og innebærer at vi konstruerer vår forståelse i språklig interaksjon med andre. (Hårtveit & Jenssen 2004)

Sosialkonstruksjonisme er opptatt av de prosesser som finner sted *mellom* mennesker som fører til at det skapes mening. De mener videre at det er disse prosessene som er viktige å studere og forholde seg til, ikke det som finnes inni hodet til den enkelte. Innenfor det postmoderne perspektiv hevdes det at tanker ikke eksisterer før det uttrykkes i språket (Lundby 2003:23). Videre hevdes det innenfor dette perspektiv at vi ikke kan være sikre på å finne den endelige sannheten om noe, fordi man tenker seg at menneske-skapte fenomener oppstår innenfor en kontekst som er ulik fra sted til sted. I dette ligger en respekt for de omkringliggende sosiale og kontekstuelle faktorenes betydning på menneskelige hendelser (Hårtveit & Jensen 2004). Det er ikke å finne *sannheten* som er det sentrale i det postmodernistiske perspektiv, det er heller å finne mening i det som skjer (Anderson 2003: 62).

Familieterapiens utvikling startet i USA på slutten av 1950- tallet. Flere nye teorier kom til, og felles for disse var at de var opptatt av relasjoner fremfor intrapsyriske konflikter i det enkelte individet (Hårtveit & Jensen 2004). De mest dominerende retninger som preget denne utviklingen nevnes herunder kort.

*Den strukturelle familieterapien* ble utviklet av Salvador Minuchin. Her var man opptatt av de ulike systemer og subsystemer innad i familien. Innenfor denne tradisjonen jobber terapeuten med å endre strukturene i familien. Dette blir nærmere omtalt i teorikapitlet.

*Strategiske familieterapi* tok utgangspunkt i Gregory Batesons ideer om familier som levende systemer. Innenfor dette utviklet det seg flere modeller. Et eksempel har utgangspunkt i Mental Research Institute(MRI), også kalt Palo Alto gruppen. Disse stod for en type korttids terapi, som fortsatt praktiseres. En av personene innenfor MRI het Jay Haley. Han hadde et enkelt utgangspunkt som bestod i først å få problemet beskrevet, deretter løse det. En annen kjent gruppe innenfor familieterapiens historie er *Milanogruppen* med Mara Selvini Palazzoli og Gianfranco Cecchin som sentrale personer. Her var utgangspunktet at familier måtte betraktes som et selvregulerende system som regulerte seg selv ved hjelp av etablerte

regler. Kun ved å forandre reglene for samspill innad i familien kunne den patologiske adferden til et av medlemmene forandres. Denne familierapeutiske modellen ble den europeiske systemiske familierapimodellen. Til slutt nevnes kort *løsningsorientert terapi* med Insoo Kim Berg og Steve de Shazer som foregangspersoner. Disse mente at det var språket vårt som gjorde at vi satt fast i problemene. Ved å endre språket fra å snakke om problemene til å snakke om det som skapte positive unntak, ville dette i bidra til å løse problemet (Ibid).

Familierapifeltet er hele tiden i utvikling og endring. Michael White har også vært en sentral person gjennom mange år. Han står bak utviklingen av en narrativ terapi-praksis, der blant annet eksternaliserende samtaler er en terapeutisk fremgangsmåte. Han blir omtalt nærmere i teorikapitlet.

## 2.0 Teori

### 2.1 Innledning

Innledningsvis i dette kapitlet vil det bli gjort rede for fenomenet anoreksia nervosa, og kompleksiteten rundt denne tilstanden. Her blir noe av den tidligere forskningen gjennomgått. Det spesielle ved ungdomstiden vil omtales kort. Utvikling av selvet og hva som påvirker vår selvbevissthet er andre temaer som vil bli berørt. I denne forbindelse vil Daniel Sterns teori bli omtalt. Kenneth Gergens forståelse av selvet blir også tatt med for å sette det inn i en sosialkonstruksjonistisk sammenheng. Skyld og skam er tema som flere ganger blir nevnt i teorien rundt forståelsen av anoreksi, og blir derfor viet noe plass her. Dette underkapitlet følges av et avsnitt der Aron Antonowskys teori om mening og sammenheng blir omhandlet. Oppgavens andre viktige teoridel er anerkjennelse, som vil derfor få stor plass i dette kapitlet. Det avsluttes med noen tilnærminger i terapi som jeg opplever understøtter anerkjennelse, som ikke-vitende posisjon, samarbeidende dialog og narrativ praksis.

### 2.2 Anoreksia Nervosa

*”Besettelsen av å skape et ideelt ytre handler paradoksalt nok om behovet for et roligere indre”*( Gutt 20 år i Øystad 2009).

Anoreksi er et gresk ord som betyr ”uten appetitt”. I følge Skårderud er det en misvisende tolkning av begrepet, ettersom det ikke er en fysisk sykdom, men heller en psykisk lidelse (Skårderud 2002).

Ettersom jeg jobber på et sykehus og der må forholde meg til et diagnosesystem, har jeg valgt å si noe kort om hvordan det naturvitenskapelige miljøet forstår anoreksi.

I det amerikanske diagnosesystem DSM IV er et av kriteriene for å få diagnosen anoreksi, at selvfølelsen knyttes til kroppsbildet og lav vekt (Skårderud mfl. 2004). I Norge brukes diagnosesystemet ICD – 10 som diagnoseverktøy. ICD-10 klassifiserer anoreksi på følgende måte:

*”Lidelsen karakteriseres ved bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. Lidelsen forekommer hyppigst hos tenåringsjenter og unge kvinner, men tenåringsgutter og unge menn kan også rammes, likeledes prepubertetsbarn og*

*kvinner frem til menopausen. Anoreksia nervosa utgjør et selvstendig syndrom på følgende måter: Syndromets kliniske kjennetegn er lett gjenkjennelig, slik at diagnosen er pålitelig med bred enighet mellom klinikere. Oppfølgingsstudier har vist at blant pasienter som ikke helbredes, er det et betydelig antall som fortsetter å vise de samme hovedtrekkene ved anoreksia nervosa i en kronisk form” (ICD-10).*

Anoreksi er også ansett som en psykiatrisk tilstand der angst, tvang, depresjon, lavt selvbilde kan være medvirkende årsaker, og/eller tilleggsfaktorer (Skårderud mfl. 2004). Man skiller mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold. Lav selvfølelse eller negativ selvevaluering blir betraktet som sentral hos ungdom med anoreksi. Dette er mer en sårbarhetsfaktor enn årsak. Lav selvfølelse medfører gjerne at personer ønsker å forandre seg. Som symptom blir anoreksien ofte selvforsterkende, idet slanking inneberer tap av kontroll som igjen forsterker lav selvfølelse. Adferden ved anoreksi er et problem, men den blir også betraktet som et middel til å forsterke selvfølelsen. I starten av slankeprosessen innbar dette mestring idet personen opplevde at hun faktisk klarte å slanke seg. Her ser vi noe som lett blir selvmotsigende i forhold til anoreksi. Ungdommen taper kontroll samtidig som hun vinner kontroll. Utløsende triggerer alene er ikke nok til å utløse anoreksi, men må være tilstede sammen med andre faktorer. Symptomene kan opprettholdes dersom selvfølelsen måles etter kroppsideal og tanker om vekt (Dehlin 2006).

### **2.3 Kjønnaspekt**

De siste årene har det vært fokusert på at det ikke bare er jenter og kvinner som utvikler anoreksi, dette rammer også gutter og menn. Man regner med at 10 -20 % av de som lider av spiseforstyrrelser er menn (Skårderud mfl.2004). Det viser seg imidlertid at motivasjon for kroppsendringen er forskjellig hos gutter og jenter. Der hvor jenter ønsker å bli tynnere, ønsker gutter å bli sunnere med lavere fettprosent og større muskler. Herav kommer også uttrykket *mannoreksi* (Øiestad, 2009:208). Kjønnaspektet kunne vært problematisert mer enn det som er tilfelle i oppgaven. Ettersom informantene stort sett hadde erfaring med jenter blir dette drøftet lite.

## 2.4 Tidligere forskning

Forekomsten av anoreksi har vært relativt stabil de siste 25 årene. Pålitelige studier antyder ca 10 -40 nye tilfeller av anoreksia nervosa per 100 000 kvinner per år. Det er også en prevalens på 0,2 -0,4 %, eller 1 av 100 jenter og kvinner i alderen 13 -30 som rammes av anoreksi (Skårderud mfl. 2004)

Det er forsket svært mye på anoreksi som fenomen. Det er imidlertid ikke fremkommet noe *entydig* årsaksgrunnlag. Det er en økende forståelse for kompleksiteten i årsaksforholdene. Det har gjort det hensiktsmessig å flytte fokuset fra direkte årsak til sårbarhetsfaktorer. Det er funn som hevder at 96 % av pasienter med spiseforstyrrelser har en uttrygg tilknytningsstil (Anderson, mfl. 2008).

Internalisert skam er et begrep som lanseres i forskning rundt anoreksi (Skårderud mfl. 2004). Her menes det at de negative selvevalueringer som er aktuelle gjennom skam genererer handlinger. Man betrakter seg selv med negative egenskaper. Ungdommen vil skjule disse handlingene både for seg selv og omgivelsene. Det hevdes i studier at dette kan sees i sammenheng med sosial isolasjon (Ibid).

Familiekonstellasjonen var i mange år fokuset for tilnærming til spiseforstyrrelser. Salvador Minuchin har vært og er fortsatt sentral i denne forståelsen. Han bruker uttrykket "den anorektiske familie." Disse familiene er i følge ham preget av utydelige grenser mellom generasjonene. De var preget av overinvolverte, men samtidig utydelige foreldre, da helst mødrene. Foreldrene ble beskrevet som å ha en adferd preget av konfliktunngåelse. Denne forståelsen bidro til at mange foreldre, særlig mødre følte at de var skyldige i at deres datter fikk anoreksi (Johnsen mfl. 2008:153).

Det er hevdet i studier (Masterson i Anderson mfl.) at foreldre til ungdom med anoreksi belønner adferd preget av avhengighet, og at mødrene signaliserer emosjonell utilgjengelighet ved tegn på separasjon eller uavhengighet. I følge denne studien blir barnet overveldet av redsel ved tanken på å bli forlatt ved ethvert forsøk på individuering. Når barnet blir ungdom, kommer denne konflikten til syne ved at ungdommen søker å unngå eller utsette fysisk modning (2008). Disse studier hevder at problemer med utvikling av autonomi er sentral i å utvikle eller opprettholde anoreksi (Ibid).

Det er hevdet i studier (Vandereyken & Pierloot i Anderson) at frafall eller "drop- out" ved behandling av anoreksi er et resultat av at familiene ikke ville forholde seg til det

psykologiske aspektet ved anoreksi. Det er derfor hevdet her at familiens fungering er sentral for drop-out i behandlingen (Ibid).

Paul Rhodes, en klinisk psykolog fra Australia, har skrevet en artikkel om behandling av anoreksi. Han refererer til at man tidlig på 1980-tallet hadde en oppfatning av at anoreksi kunne forstås ut fra at familiene var dysfunksjonelle, og at det var uklare grenser mellom generasjonene. Minuchin og Palazzoli var sentrale navn bak denne tenkningen (Rhodes, 2003). I 1987 begynte Christoffer Dare, som arbeidet ved Maudsley Hospital i London, å stille spørsmål ved denne tenkningen (Ibid). Dare og hans medarbeidere utførte en klinisk studie i 1987 bestående av 80 pasienter med anoreksi og deres familier. De sammenlignet familierterapi med individualterapi. De fant at familierterapi hadde best resultat der anoreksien hadde vart kortere enn tre år og ungdommene var under 18 år. For de over 18 år var individualterapi det som hadde best effekt. Kliniske observasjoner av familiene konkluderte med at det var faktorer ved anoreksien som bestemte utfallet av behandlingen, og *ikke* familiestrukturen (Ibid). Mara Selvini Palazzoli som er nevnt ovenfor, var en av de fire sentrale medlemmer i Milanogruppen som ansees for å ha etablert "Milanomodellen" eller den europeiske systemiske familierapimodellen. Hun var en psykoanalytisk skolert psykiater som arbeidet med familier der ungdom har anoreksi. Hun har beskrevet utviklingen fra individualfokus til samarbeid med hele familien. Hun konkluderte med at individualfokus ikke gir samme uttelling som en relasjonell tilnærming. Hun argumenterte for at psykiske problemer bør forstås som noe som tar utgangspunkt i den relasjonsskapte virkeligheten (Rhodes 2003). Forståelsen av selvet i familierapeutisk sammenheng ble etter hvert problematisert. Selvet ble tidligere sett på som noe *inni individet*. Senere ble dette også problematisert av Bateson i "Cybernetics of Self"<sup>1</sup> i 1971 der han hevdet at selvet var et kybernetisk begrep som krever referanse til en kontinuerlig kommunikasjon mellom individet og dets omgivelser for at det skulle gi mening. Dette bidro til et skifte der behandlingen nå ble mer rettet mot relasjonene (Ibid). En av de tidligste forskerne på spiseforstyrrelser er Hilda Bruch (1973,1978) Hun fant at overbeskyttende, og

---

<sup>1</sup>Kybernetikk innen systemisk familierapi viser til hvordan familien har kontrollmekanismer for å opprettholde likevekt (homeostase) i familiesystemet. Begrepet "2ordens kybernetikk" viser til at terapeuten blir en del av systemet i en terapitime. (Wikipedia)

kontrollerende foreldre kunne bidra til et "falskt selv" hos barn (O` Shaughnessy & Dallos 2009).

En metaanalyse av forskningslitteraturen viser at 60 % av voksne med spiseforstyrrelser har en psykiatrisk komorbiditet i form av personlighetsforstyrrelser. Det skal ikke være forskjell på anoreksi og bulimi (overspising). Man mener imidlertid at anoreksi har en personlighetsforstyrrelse i form av engstelig, unnvikende og avhengig personlighet. Dobbeldiagnoser som spiseforstyrrelse og personlighetsforstyrrelse er vanskeligere å helbrede på grunn av lavere funksjonsnivå (Ibid).

Britiske forskere som blant annet Simon Baron-Cohen, mener å ha funnet at enkelte som har anoreksi egentlig har autisme i mild form, som Aspergers syndrom. De mener at mye er sammenfallende mellom disse tilstandene. Blant annet så mener de at anorektikerens store sans for detaljer og liten fleksibilitet i sin tenkemåte understøtter dette. De hevder at deres rigiditet og tvangspregede adferd har mye til felles med det som preger Aspergers syndrom. De har på bakgrunn av dette utviklet et nytt behandlingssystem som baserer seg på kognitiv terapi (CRT). Her gjør man blant annet bruk av kart for å lære ulike veier/måter å løse et problem på, eller ulike bilder for å finne flere måter å tolke disse på. Dette er utprøvd på 12 personer ved Regionsentret for spiseforstyrrelser (RASP) ved Ullevål sykehus. Behandlingen hadde godt resultat. Dette er imidlertid voksne personer som har hatt spiseforstyrrelser i mange år. Psykolog og avdelingssjef Per Isdahl ved RASP mener at teorien om at anorektikere har autisme må ansees som en arbeidshypotese som har bidratt til nye behandlingsmetoder(Hånes,2009).

## **2.5 Ungdomstiden**

Ungdomstiden kan for mange være en sårbar tid. Den representerer en overgang fra barn til voksen. Det er individuelt når et barn kan kalle seg ungdom, men mest vanlig er det å regne fra 11 til 22 år. Ungdomstiden innebærer en tid da den unge skal etablere seg med sin egen identitet. Dette innebærer en større avstand til sine foreldre for egen selvstendighetsutvikling. De skal på denne måten, under mindre påvirkning fra foreldre, finne ut hvem de er, eller ønsker å være (Næss i Sommerschild & Grøholt, 1994). Når ungdom har ulike vansker, har de lett for å legge dette sin egen personlighet. I en



selvstendighetstrening kan denne forståelsen innebære at de strever med oppgaver de ikke har forutsetning for å mestre alene(Bugge mfl. 2003).

Øvreeide, som er opptatt av barns utvikling av "selv-andre-bilder", refererer til Vygotsky når han sier at det er på grensen mellom det som mestres og det ennå ukjente at den voksnes involvering er avgjørende for barnets utvikling. Disse er viktige prosesser for utvikling av barns grunnleggende psykologiske ferdigheter(Øvreeide 2000:39).

Ungdomstiden innebærer flere utviklingsoppgaver som skal løses. Tidlig ungdomstid (11-14) innebærer en emosjonell frigjøringsprosess fra foreldre. Denne tiden preges av en ambivalens mellom avhengighet på den ene siden og frigjøring på den andre. Ungdom i denne alderen preges spesielt av at de ikke skal skille seg ut fra andre ungdommer. Midtre ungdomstid (15-17) preges av økende selvstendighet i form av søken etter egen identitet, kompetanse, mestring og kontroll. Til slutt sen ungdomstid (18-22), der det er karrierevalg, intime og vennskapelige relasjoner, samt valg av høyere utdanning og yrkesfelt som er viktig (Bugge 2003).

Ungdom kan finne det ubehagelig å snakke om det som er vanskelig. Dette kan de vise ved å bli mer tilbaketrukket i samtalen. Da skal terapeuten unngå å snakke om det vanskelige temaet. Rolf Sundet kaller dette å være *sensitivt insensitiv*. Dette handler om å ta ungdommens følelse på alvor, og heller invitere til problemfrie temaer. Dette vil kunne ha en regulerende effekt ved at ungdommen opplever seg roligere(Johnsen mfl. 2003:126).

Mestring er i følge Stern noe som krever feedback og predikerbarhet. Ungdom er midt mellom lek og refleksjon. Det å gjøre bruk av aktivitet(pilkasting, spill, gå tur osv.)i timen som ungdommen liker, vil kunne bidra til økt følelse av mestring.

Ungdom er mer handlingsorienterte enn de er verbale. Dersom terapeuter kun skal forholde seg til det verbale, kan opplevelsen fort bli at ungdom er lite tilgjengelige og har liten evne til refleksjon (Ibid). Typisk kjennetegn ved ungdomstiden er blant annet en følelse av indre uro(Johnsen mfl. 2003).

## 2.6 Selvet

Det hevdes at anoreksia henger sammen med en sårbarhetsfaktor i forhold til selvbevissthet. I tillegg er ungdomstiden er en tid der ungdom er opptatt nettopp av å utforske sin identitet.

Det finnes flere ulike tilnærminger til og måter å forstå selvet på. Jeg nøyer meg med å beskrive kort to tilnærminger som anses som sentrale for denne oppgaven.

*Daniel Stern* er psykoanalytiker og spedbarnsforsker. Han mener at konstruksjon av selvet baserer seg på interaksjon med andre. Han mener at utvikling av selvet og utvikling av relasjoner er to sider av samme sak. Stern er videre opptatt av at det ikke finnes fasespesifikke tema, men heller livstema. Han mener at tema som autonomi, kontroll, tillit og avhengighet ikke er noe som kan knyttes til alder, men at de er der helt fra starten av og utvikles og bearbeides hele tiden. Hans utviklingsmodell blir derfor kjennetegnet av utviklingslinjer, snarere enn utviklingsfaser. Slik Stern forstår det er det ikke snakk om at et utviklingstrinn erstattes av et nytt, men de bygges på hverandre. Jeg nøyer meg med kort å nevne hans oppfatning av ulike selvområder: *Det gryende selvet*, fra fødselen av er evnen til å føle et oppvåkne selv, en gryende fornemmelse av at noe stiger frem. Dette bærer vi også med oss hele livet. Dernest *kjerneselvet*, som er et fysisk selv med mening og sammenheng, *det subjektive selvet*, som representerer det indre liv med følelser, motiver og intensjoner, *det verbale selvet*, som er knyttet til språklig mening og sammenheng, og til slutt *det narrative selvet*, som dreier seg om å gi mening og sammenheng gjennom å fortelle sine egne historier (Johnsen mfl. 2003).

Ungdomstiden bærer preg av forandring både fysisk, psykisk og i sosiale forhold. Denne forandringen blir i følge Stern ikke alltid verbalisert.

*Kenneth Gergen* er en sosialpsykolog som er opptatt av sosialkonstruksjonisme. Han forneker *kjerneselvet*. Han sier om selvet at det er en historie som drøftes i det offentlige rom. Han mener at vi har mange ulike identiteter, alt etter hvem vi er sammen med. Dersom jeg er sammen med min mor, er jeg en sønn/datter. Er jeg sammen med mine barn, er jeg en far/mor. Våre meningsstrukturer er språklige konstruksjoner som bidrar til at vår identitet er i konstant bevegelse. Han mener videre at vi gjør bruk av våre historier for å identifisere oss i forhold til oss selv og andre. Historiene oss imellom utgjør vårt "selv". Vi skaper oss selv og hverandres fremtid i hverandres fellesskap (Gergen & Gergen 2005).

## 2.7 Skyld og skam

Skyld er noe vi til dels kan snakke om og dele. Skam er mer av det tause og ensomme slaget, skriver psykiater Finn Skårderud i boka Skam (Wyller 2001). Den som er sint kan skrike høyt, men den som skammer seg vil helst ikke snakke om det. Skam blir også omtalt som følelsen av egen uverdighet. Berit Okkenhaug er prest ved Institutt for Sjelesorg ved Modum Bad og skriver at skam gjør at vi skjuler oss. Skamfølelsen oppleves så smertefullt at de fleste av oss gjør hva som helst for å unngå den. Adferd preget av unngåelse, tilbaketrekning, eller selvskaide kan være strategier for å unngå sin egen følelse av skam (Okkenhaug 2009)

Skam omtales også slik:

*"Skam er en sammensatt pinaktig følelse, der er forbundet med opplevelsen av at være pinlig, ofte i forbindelse med nøgenhet og seksualitet, samt af at komme til kort og ikke å være god nok. Den ledsages typisk af en kropslig reaktion i form af rødmen og et ønske om at være usynlig eller at synke i jorden. Indenfor psykoanalytisk teori sættes skam over for skyld. Der er snakk om beslektede følelser, som begge er smertefulde, men de aktiveres av forskjellige opplevelser og er forbundet med forskjellige konsekvenser" (Lunn i Bjørnstad 2009).*

Skyld kan beskrives som:

*"Angstbetonet følelse i form av selvbepreidelser, anger og dårlig samvittighet knyttet til overjeget. En helt eller ubevisst skyldfølelse antas å ligge bak selvpineri så vel som bak straffeprovoserende handlinger" (Olsen i Bjørnstad 2009).*

Det hevdes at skam er knyttet til individets selv, og skyld er knyttet til individets adferd (Bjørnstad 2009). Skyld er altså noe individet opplever på grunn av noe det har gjort eller ikke gjort. Skårderud sier i boka Skam (Wyller 2001) at skam kan være følelsen som ligger bak spiseforstyrrelsen. Personen har en kroppslig lengsel etter å ødelegge kroppen ved å gjøre den mindre (Wyller 2001:44). Slik kan også anoreksi sees som en form for kommunikasjon. Skyld i denne forbindelse kan også knyttes til foreldres opplevelse av situasjonen når en ungdom lider av anoreksi. Det kan også relateres til handlingen om ikke å ville spise, fordi ungdommen mener at de ikke fortjener noen som helst nytelse. Skyld knyttes sammen med handling. Den som føler skyld, føler en sterk trang til å gjøre noe godt igjen (Ibid). Flere av ungdommene med anoreksi strever nettopp med dette, at de påfører familien lidelse. De kjenner på skam og skyld uten å tenke på at begrepet skyld ikke tar høyde for at manglende fullkommenhet er menneskets vilkår (Claude-Pierre 1999). Spørsmålet om skyld blir lett

aktivert dersom man blir opptatt av å ha meninger rundt årsaken til det som har skjedd. Dersom en føler seg utpekt som den skyldige vil dette i sin tur lede til skamfølelse (Øvreeide 2000).

## **2.8 Aron Antonowsky: Mening og sammenheng**

Aron Antonowsky var en jødisk sosiolog og filosof som var opptatt av begrepene *mening*, *forståelighet*(*begripelighet*) og *overkommelighet*. Antonowsky hadde en salutogen tilnærming. Det vil si at han var opptatt av hva som holder oss friske i stedet for å være opptatt av hva som gjør oss syke. Dette er forenlig med den løsningsfokuserte tilnærmingen (LØFT) som også preger familierapifeltet. I det følgende skal jeg kort ta for meg noen av hans sentrale begreper slik han beskriver dem i boken *Hålsans mysterium*(1991).

*Forståelighet*: Dette innebærer at man opplever en kognitiv forståelse av både indre og ytre stimuli. Det finnes en viss orden og struktur i hvordan verden oppleves, i motsetning til kaos og uorden. Informasjon mottas blant annet gjennom sanseopplevelser. Det er av betydning at disse blir forstått og bearbeidet på en strukturert måte.

*Overkommelighet*: Dette dreier seg om at man har tilgjengelige ressurser som gjør at man mestrer de utfordringer og eventuelle belastninger en møter i livet. Det er av betydning at det er rimelig balanse mellom under- og overbelastning (Antonowsky 1991).

*Mening*: Dette er det tredje sentrale begrepet. Med dette mener Antonowsky at man opplever rent følelsesmessig mening i livet. Her er det viktig med emosjoner, vilje og motivasjon. Det er av betydning at mennesket opplever at det er verdt å investere tid og energi på de ulike utfordringer vi møter.

Disse tre begrepene munner ut i det Antonowsky kaller "sence of coherence" (SOC), altså en følelse av sammenheng. Dersom individet opplever forståelighet, overkommelighet og mening i tilværelsen, vil individet ha høy grad av SOC (Antonowsky, 1991).

## **2.9 Anerkjennelse**

Laila Granli Aamodt, klinisk sosionom og fagbokforfatter har vært opptatt av anerkjennelse. Hun sier at anerkjennelse handler om gjensidighet og respekt i relasjonen. Forutsetningen for en bærende profesjonell relasjon er at partene anerkjenner hverandre som mennesker,

med andre ord som likeverdige subjekter. Dette forhindrer ikke at partene er seg bevisst forskjelligheten. (Aamodt 1997). Relasjonen mellom terapeut og familie er en asymmetrisk relasjon som preges av at den ene har et problem som den andre har en etterspurt kompetanse i forhold til (Thornquist, 1994). Aamodt er opptatt av at relasjonen mellom hjelper og klient ikke skal bære preg av at hjelperen har en ekspertrolle ovenfor klienten. Hun er opptatt av hvordan begge parter sammen har konstruert "det skapende i relasjonen".

Aamodt fremhever videre *ektheten* mellom partene som et bærende element. Hun viser videre til betydningen av samspill. Det å være *tilstede* hos den andre vil si: lytte, ha respekt for den andre som unik, og å vise at man bryr seg. Bruk av tid er sentral, og at det skjer et "møte" mellom personene. Dette er fenomener som sier noe om omsorg for den andre og respekten for den andre som menneske, forskjellig fra seg selv. Hun refererer til Anne Lise Løvlie Schibbye, som slår fast at anerkjennelse er nødvendig for overskridende forandring (Aamodt 1997:189).

Anerkjennelse kommer fra verbet å *erkjenne*. Når vi setter prefikset *an*, blir det med en gang noe som er relasjonelt. Anerkjennelse betyr; å *stå hos, være ved*. Anerkjennelse viser derfor til et forhold, forholdet til en annens selvbevissthet. Anerkjennelse inneholder et element av erkjennelse, samtidig som erkjennelse også inneholder et moment av anerkjennelse. Vi snakker her om en gjensidighet (Helleve 1999). Anerkjennelse betyr også å *se noe om igjen (re-cognize, gjenkjenne, skjelne befeste, erkjenne og styrke* (Løvlie Schibbye 2002:245). I følge Løvlie Schibbye er ikke anerkjennelse det samme som ros for noe du har oppnådd eller prestert. Det er ikke noe som heter at du *har* anerkjennelse, du *er* anerkjennende (Ibid:247).

Anerkjennelse handler om at den andre skal få ha rett til å ha sin egen opplevelse av situasjonen. Det kan virke som at nettopp det å få lov å ha sin egen opplevelse kan bidra til å forandre opplevelsen. Likeverd er en forutsetning for anerkjennelse(Ibid).

Det hevdes at relasjoner som er preget av anerkjennelse er utviklingskapende for både voksne og barn. Berit Bae, dr. philos og ansatt ved høgskolen i Oslo, har skrevet om anerkjennelse sammen med psykolog Jan Erik Waastad. De skriver at relasjoner som ikke er preget av en anerkjennende holdning står i fare for å bringe personene inn i et

undertrykkende mønster. Dette vil underminere selvutvikling og hindre læring (Bae og Waastad 1992).

For å anerkjenne familien, er det av betydning å være i kontakt med egne følelser, og egen smerte. Det kan være en fordel at terapeuten selv har gått i egenerapi. Dette gjør at terapeuten vet om "blinde flekker" hos seg selv, samtidig som det gjør det lettere med inntoning og deling av opplevelse (Løvlie Schibbye, 2002: 233-264). Løvlie Schibbye spør hvem som er klienten, jeg som terapeut, eller klienten. Svaret er begge to. Det ligger et grunnleggende fellesskap i nettopp dette med smerter og problemer. Det er ingen av oss som slipper unna dette. Når vi innser dette, blir det ikke så lett å innta et syn utenfra, nemlig at det er noe galt med klienten som vi skal rette opp i. Det å være klient handler i følge Løvlie Schibbye om å være redd for å miste grep om virkeligheten, ha angst, streve med sorg eller fortvilelse, eller som i denne sammenheng være panisk redd for å bli tykk. Dette er noe som kan gi gjenklang i oss alle i større eller mindre grad (Ibid). Innenfor familieterapifeltet er det blitt henvist til begrepet *affektiv inntoning* til for å illustrere deling av affektive tilstander (Johnsen mfl. 2000). Affektiv inntoning ligner på empati ved at begge fenomener forutsetter en form for emosjonell resonans. Inntoning skjer automatisk utenom bevisstheten.

Affektinntoning vil si at man ved hjelp av ulike ytre uttrykk henviser til lik indre tilstand.

Daniel Stern gjør også bruk av begrepet "*speiling*" Han mener at begrepet viser mer til en formidling av følelser enn til en gjengivelse (Johnsen mfl. 2000).

Ulla Holm er dr. philos, psykolog og psykoterapeut. Hun har blant annet skrevet boken "Det rækker inte att vara snäll" (Holm1995). Empati må ifølge Holm ikke blandes med sympati.

Sympati innebærer medlidenhet, støtte, kontakt og velvillighet(Holm 2005:59).

Som terapeut er det viktig å være klar over at når familiene oppsøker hjelp, har de strevd lenge uten å klare å løse dette på egen hånd. For mange oppleves det både som nederlag og truende å oppsøke hjelp. Mange foreldre kan komme med en følelse av å ha mislyktes i foreldrerollen. Barn og ungdom forventer ofte at det er noe galt ved dem (Ibid). Løvlie Schibbye gjør bruk av begrepet "trygg tilknytningsperson" når hun refererer til terapeutens forhold til familien. Hun mener med dette at klienter er i behov av trygghet for å våge og utforske det som er vanskelig i livet. Hun gjør bruk av begrepet *anerkjennende terapeut* og sier at det handler om å være emosjonelt tilgjengelig. Terapeuten og terapisisuasjonen blir slik en trygg base for klienten(Løvlie Schibbye 2002:245).

Anerkjennelse er et stort fenomen som ikke kan reduseres til noe enkelt i kommunikasjon. Det er en grunnleggende holdning som bør ligge til grunn i all relasjonell kontakt. Anerkjennelse er ikke noe statisk, men en prosess som stadig er i endring. Sentralt i anerkjennelse er at den andre sees som en autoritet i forhold til sin egen opplevelse (Bae og Waastad 1992). En relasjon som ikke bærer preg av anerkjennelse preges av *definering*. Den andre blir definert som person. I disse relasjonene blir den andre behandlet som et objekt som blir vurdert og analysert uten å ta hensyn til den andres opplevelse av det som blir formidlet (Ibid).

Anne Lise Løvlie Schibbye sier at en terapeutisk atmosfære preget av anerkjennelse inneholder elementer som: lytting, forståelse, aksept og toleranse og bekreftelse. Hver for seg er de ingenting, det er summen av disse som utgjør helheten. (2002)

## 2.10 Ikke - vitende posisjon

*"Mennesket og samfunnet av i går er ikke det samme som av i dag eller i morgen. For å forstå mennesket må man forstå det enkelte individ i sin tilblivelse, utvikling og forandring" (Lev Vygotskij)*

Ikke vitende posisjon er et begrep som ofte brukes innenfor det systemiske fagfelt. Dette er et begrep som har sin opprinnelse fra samarbeidet mellom psykologene Harold A. Goolishian og Harlene Anderson, mfl. De stiftet, Houston Galveston Institute og arbeidet sammen der. Ikke vitende posisjon handler om en terapeutisk *holdning*. Sentrale utgangspunkt i denne holdningen er i følge Bagge ord som selvfølgelighet, overraskende, og nysgjerrig. Det er en selvfølgelighet å møte den andre med helt åpent sinn. Vi kan ikke vite noe om den andre. Det kan ligge en overraskende kraft i det å bli møtt med denne holdningen. Sist men ikke minst kan det vekke nysgjerrighet hos klienten på seg selv og eget liv (Bagge 2007). Bagge henviser til Lev Vygotskij som sier at mennesket er i bevegelse og kontinuerlig endring gjennom samhandling med andre mennesker. Selv om terapeuten har opplevd liknende situasjoner betyr ikke det at vi forstår klienten. Vi kan aldri vite fullt ut hvordan den andre opplever og forstår det han møter (Bagge 2007). Harlene Anderson skriver i sin bok *"Samtaler, sprog og terapi"* (2003) at å vite er en villfarelse som gjør terapeuten blind for det uventede og det usagte.

*"I strongly believe that to understand the other as fully as possible as a unique person with unique life circumstances requires letting go of knowing in the modernist sense. You must learn about the person from the person" (Anderson&Gehart 2007:49).*

Å være ikke - vitende betyr ikke at terapeuten ikke vet noe som helst og er nøytral. Vi har både fagkunnskap og holdninger med oss inn i terapilokalet, men vi må likevel være i stand til å møte den andre i en samarbeidsorientert prosess der dialogen utfordrer oss og fremmer en likeverdighet som bidrar til felles forståelse og ny viten(Anderson 2003).

## **2.11 Samarbeidende dialog**

Som behandler er Harlene Anderson opptatt av den samarbeidende dialogen. Hun kaller dette en samarbeidsorientert dialog. Samarbeid med familien er i følge henne en terapeutisk holdning. Hun er bevisst på å gjøre bruk av ord som: *vårt samarbeid, vår dagsorden*. Dette for å illustrere at dette er noe vi gjør sammen i et fellesskap. Harlene Anderson snakker om terapi som en *dialogisk samtale*.

*Harlene Andersons* perspektiv er i tråd med Gergens selvforståelse når hun refererer til "*det narrative selv*." Hun sier at narrativer er mer enn historier. Det er en refleksiv, dobbeltrettet og diskursiv<sup>2</sup> prosess. Vi handler intensjonelt og skaper oss selv og vår sammenheng i kommunikativ interaksjon med andre. Den dialogiske samtalen beskrives som en felles undersøkelse av situasjonen og å komme frem til en felles forståelse(Anderson 2003).

## **2.12 Narrativ praksis med eksternaliserende tilnærming**

Sammen med David Epstein introduserte Michael White oss for en terapeutisk tilnærming som fikk benevnelsen "narrativ praksis". Det som ofte skjer når et problem får gripe om seg i familien, er at den dominerende historien i/om familien blir problemorientert.

Eksternalisering av problemet ga mulighet for personen å løsrive seg fra problemets makt og innflytelse(White 2006). Mening oppstår gjennom at mennesket gjør sine erfaringer om til historier om sine liv. Disse fortellingene er av betydning for at mennesket skal forstå sine liv

---

<sup>2</sup> Diskurs er tanker, forestillinger og oppfatninger og kan defineres som et spesielt mønster eller en måte å tenke på(Lundby 2003).



og oppleve mening og sammenheng(White 2006). I Norge har klinisk sosionom Geir Lundby vært en foregangsperson i forhold til narrativ praksis. Han arbeider i barne- og ungdomspsykiatrien og har skrevet flere bøker om temaet.

Narrativ teori går nettopp ut på å hjelpe folk til å få ny kontakt med *flere sider* av sin historie slik at fortellingen om deres liv blir fler-fasettert. Dette vil kunne bidra til å få et nytt forhold til sin historie og hjelp til å se seg selv på flere måter (Anderson 2003,Lundby 2009).

Narrativer er historier om folks liv. Det som karakteriserer narrativ praksis er først og fremst at det er personens egen unike opplevelse og kunnskap om sitt eget liv som settes i sentrum for behandlingen. Det er personens egne beretninger som er betydningsfulle og ikke de globale "sannhetene" om tilstanden (Lundby 2009:11). Noe av hensikten med denne tilnærmingen er å få ungdommen til å ta stilling i forhold problemet. Dette gjøres gjennom utforskning av problemets innflytelse i ungdommens liv. Gjennom dette kan ungdommene få beholde regien i eget liv (Lundby 2009). Eksternalisering krever at vi er svært nøye med bruken av språket vårt. Dette med bakgrunn i tanken om at vi skaper vår virkelighet gjennom språket (Jørring 2009).

Det er kritiske røster til narrativ praksis. Ivar Markussen stiller noen spørsmål i sin artikkel i Fokus på familien. Han spør om det er fortellingen som skal nyskrives eller om det er historien? Han mener at fortellingen blir punktuert av klienten. Med dette mener han at klienten velger ut de tema som skal fortelles. Han spør om terapeuten skal hjelpe klienten til å fortelle den *problemfylte* historien, eller om denne delen av historien skal undermineres? Han mener også at fortellingen må høres før den kan forandres (Markussen 2004).

### **3.0 Metodologisk forankring og forskningsdesign.**

Her blir det redegjort for metodiske valg som er gjort, og de fremgangsmåter som er fulgt. Kapitlet starter med en kort innføring i kvalitativ forskningsmetode. Fenomenologi og hermeneutikk er filosofiske begrep som blir introdusert. De etiske aspekter ved prosjekt blir omtalt i henhold til forskningsetiske retningslinjer. Intervjuprosessen blir gjennomgått og det gjøres tilslutt rede for analysemetoden som er valgt.

#### **3.1 Kvalitativ metode**

Det er i denne oppgaven brukt kvalitativ forskningsmetode ut fra en ide om at den er mest hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Kvalitativ metode egner seg godt til å beskrive og å forstå sosiale fenomen (Thagaard, 2002). Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. (Ibid) I denne undersøkelsen er det gjort bruk av semi - strukturert intervju.

Anoreksi som fenomen omhandler personlige, mellommenneskelige og sensitive emner i familien. Metoden er valgt for å få frem informantenes forståelse av anerkjennelse i møte med familier der en ungdom har anoreksi. Kunnskapsutviklingen i kvalitativ forskning kan aldri bli fullstendig. Det handler mer om å stille nye spørsmål enn å komme frem til universelle sannheter (Malterud 2003:31). Det er her av interesse å få frem hvordan informantene mener at anerkjennelse kan være til hjelp for familiene. Metoden søker å beskrive den *meningen og erfaringen* som mennesker tillegger sin verden. Materialet i kvalitativ forskning består av tekst som skal analyseres og fortolkes. Kvalitativ metode kan beskrive mangfold og nyanser i teksten (Ibid). Slik vil metoden bidra til å beskrive variasjonene i informantenes forståelse av begrepet anerkjennelse.

### 3.2 Fenomenologi.

Betegnelsen fenomenologi kommer fra det greske *phainomenon*, fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne, og *logos*; lære (Thommasen, 2006). Fenomenologisk tilnærming baserer seg på menneskers *opplevelse* av sin verden (Langdridge 2006:269). Edmund Husserl (1859-1938) er et sentralt navn bak fenomenologisk filosofi. Husserl sier at vår bevissthet alltid *er* om noe. Bevissthetens intensjonalitet er et begrep i denne sammenheng. Med dette mener han at bevisstheten alltid er innrettet mot noe utenfor seg selv. Dersom jeg hører eller ser noe, er det *jeg* som hører, og dette *noe* som jeg hører ligger utenfor meg. Fokus i fenomenologien er på det som skjer mellom mennesker, og mellom mennesker og verden. I dette som ligger mellom oss, ligger muligheten til ulik forståelse eller oppfatning (Ibid). Vår bevissthet er i samhandling med verden. Dette står i motsetning til oppfatninger om at kognisjon er noe som kun foregår inni hodet. Fenomenologien er opptatt av hva vi som mennesker har *tilgang til* av opplevelse. Den er ikke opptatt av om det finnes opplevelse utenfor vår bevissthet eller ikke. Det er det *delte* offentlige rom av opplevelse. Eksempler på slike opplevelse kan være, sorg, frykt, sykdom (Langdridge 2006).

*Epoche* er et fenomenologisk begrep som beskriver prosessen vi gjennomgår for å fristille oss fra tidligere ideer og holdninger til det jeg vil undersøke (Langdridge 2006:272). Fenomenologien søker å beskrive menneskers *opplevelse* av fenomenet. Innenfor fenomenologiske metoder er det et mål ikke å la seg påvirke av sin forforståelse. Det er et mål å forsøke å frigjøre seg fra denne. Det er nødvendig å være tvilende til sine forhåndsantagelser eller den naturlige hverdagskunnskapen (Langdridge 2006). Noen fenomenologer hevder at dette er umulig. Det hevdes at vår forforståelse alltid vil være med oss. Dette synspunktet deler fenomenologer inn i to store leire. Den *transendentale* fenomenologien som mener at epoche er mulig og den *eksistensielle* fenomenologien som mener at epoche er umulig, men noe å strebe etter (Ibid). Jeg kommer tilbake til dataene senere men nevner kort her at en av de som ble intervjuet i denne undersøkelsen mente det var naivt å tro at en ikke hadde forforståelse.

Fenomenologi er den analysemetoden som ble valgt fordi anerkjennelse er et fenomen som opptrer mellom mennesker. Det er informantens opplevelse av anerkjennelse som er

interessant i denne sammenheng. Jeg var opptatt av informantenes forforståelse av anoreksi og om dette eventuelt påvirket deres grad av anerkjennelse.

### **3.3 Hermeneutikk:**

Hermeneutikk er et fenomenologisk begrep som betyr fortolkningslære. Dette innebærer å gi mening til fenomenene. Det er ønskelig med en nærmere klargjøring enn det som sees ved første øyekast(Dalland 1991:95). Sentrale navn bak hermeneutikk er filosofene Hans Georg Gadamer, Paul Ricoeur (Langdridge 2006).

Hermeneutikk bygger på en ide om at du bare kan forstå delene i lys av helheten. Innenfor hermeneutikken sier man at våre fordommer danner utgangspunktet for vår forståelse. Det er denne forståelseshorizonten som danner opphavet til våre spørsmål og peker ut retningen for vår undersøkelse. Vi tar i bruk vår forståelse og gjør kreativ bruk av denne ved å utforske den nærmere. Vår forforståelse blir utfordret og satt på prøve. Den blir endret og justert (Thomassen, 2006).

Vi kan bare forstå fenomenene i lys av den sammenheng de oppstår i. Å ha hermeneutisk tilnærming innebærer å fortolke folks handlinger ut fra dypere meningsinnhold enn det symptomet først fremstår som(Thagaard 2002:37). Ut fra hermeneutisk tilnærming vil dette si at forskeren forsøker å forstå mer enn det som blir uttalt med ord. Det finnes ingen egentlig sannhet, men vi tolker fenomenene ut fra flere nivåer. I min analyse vil dette bety at jeg tolker terapeutens møte med familien som noe mer enn det terapeuten sier med ord. Målet er å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten som fremkommer av intervjuene(Thagaard 2002:37). Her betyr det at det foregår en dialog mellom meg som forsker og den transkriberte teksten. Her skal jeg sanse den jeg har intervjuet. Jeg skal fokusere på meningen jeg tenker teksten formidler. Det er forskjell på tynne og tykke beskrivelser. Tynne beskrivelser gjengir kun det som observeres, mens en tykk beskrivelse omtaler også meningen bak informantens utsagn(ibid)

### 3.4 Etiske betraktninger

Forskningsetikk har viktige prinsipper som skal regulere forskningsadferd (Ariadne 2010). Det er av betydning å gjøre etiske vurderinger og ikke ta noe for gitt når det gjelder å forstå andre mennesker og deres arbeid. Hensikten er å øke forskerens refleksjon knyttet til blant annet effekter av det man gjør.

Ved forskning på mennesker er det spesielt tre etiske hensyn som det er viktig å ha klart for seg: det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 1997). Det informerte samtykke innebærer at intervjupersonene er informert om oppgavens overordnede mål før de skriver under. Dette prinsippet ble ivaretatt ved å lage en skriftlig informasjon der hovedtrekkene var nedfelt. De ble informert om at de hele tiden underveis hadde mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn for dette.

Det er i et slikt prosjekt viktig å sørge for konfidensialitet, det vil si sørge for at intervjupersonene er sikret anonymitet.

Det er viktig å tenke gjennom konsekvenser for intervjupersonene. Informanter skal uttale seg om andres smerter og følelsesmessige opplevelse. Dette kan for informantene by på følelser av å ha tolket feil, eller gjøre noen urett ved ikke å gjengi ting korrekt. Som forsker gjør man valg basert på egen forforståelse og egne vurderinger. Forskeren har mulighet til å trekke ut det som oppleves vesentlig og det som det ønskes fokus på. Egne punktueringer blir det som fremkommer som funn. Informantene vil kanskje ikke være enige i de ulike tolkninger av det som ble sagt. Det er viktig å være klar over at holdninger og meninger kan forstyrre evnen til å stille seg åpen og objektiv til det informanten forteller. Det er viktig at forskeren kjenner ansvar for å gjengi informantenes uttalelser så korrekt som mulig (Malterud 2003:200). Jeg har tilstrebet en "ikke - vitende holdning" (Anderson 2003) både under intervjuene og i bearbeidingen av materialet.

Intervjuguide, og informasjon til informantene ble på forhånd sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for godkjenning. Dette viste seg ikke å være nødvendig, ettersom det var terapeuter som skulle intervjues. Dette ble likevel ansett som en nyttig øvelse å ha gjort.

### **3.5 Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet.**

Troverdighet er å stille spørsmål om prosjektets gyldighet. Det innebærer at jeg gjør meg noen kritiske refleksjoner rundt arbeidet. Er funnene relevante versjoner av virkeligheten? Ordet troverdighet betyr sannhet, gyldighet og styrke(Kruse i Breilid 2007). Dette reiser spørsmålet om hvorvidt mine resultater er gyldige(Kvale 1997). Overførbarhet handler om hvorvidt mine resultater kan overføres til andre enn det utvalget jeg hadde(Malterud 2003). Alle mine informanter var kvinner. Det er mulig at resultatene hadde blitt annerledes dersom jeg også hadde intervjuet menn. Det er ønskelig innenfor fenomenologisk tilnærming at deltagerne er så ulike som mulig. Dette gjelder med hensyn til kjønn, alder, sivilstatus og etnisitet(Langdridge 2006:274). Innenfor de institusjonene jeg rekrutterte fra, jobber det få menn. Jeg valgte å sende en generell henvendelse ettersom jeg ikke ønsket at noen skulle føle seg presset til å delta gjennom direkte forespørsel. Jeg kunne likevel ha presisert ønske om begge kjønn.

Gjennom kvalitativ metode mener jeg at jeg har fått svar på informantenes egne erfaringer og oppfattelse av de fenomenene det har blitt snakket om. Likevel ser jeg i ettertid at jeg kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål som hadde gitt mer utdypende svar. Kvale hevder at moderne forskningsintervju ofte er for lange og fylt med tomprat (Kvale 1997). Hvis man vet hva man skal spørre om, hvorfor man spør og hvordan, så kan man foreta korte intervjuer som likevel er innholdsrike.

Jeg transkriberte alle intervjuene selv for å være sikker på at jeg gjenga svarene slik informantene hadde uttrykt seg. Jeg er klar over at min egen forforståelse av temaet bidrar til at informantene svarte slik de gjorde. Dette er fordi intervjuguiden blir utformet på bakgrunn av min egen forforståelse. Jeg skiller mellom hva som er primærdata fra informantene ved å sette disse uttalelsene i kursiv skrifttype. Før og etter disse utsagnene er det mine vurderinger som kommer frem.

Pålitelighet skal sikre undersøkelsens troverdighet(Breili 2007). Det å ha fremskaffet pålitelig data i et kvalitativt forskningsprosjekt er viktig. Dette er forsøkt gjort ved å vise hvordan metoden er fulgt steg for steg.

### 3.6 Gjennomføring av intervju

Jeg har valgt å intervju fire behandlere i Barne- og Ungdomspsykiatriske poliklinikker eller institusjoner. Informantene representerer tre forskjellige institusjonssammenhenger i Norge. Denne gruppen ble valgt fordi behandlingsansvaret for pasienter med anoreksi ligger her så lenge de ikke er innlagt på sykehus. Det ble sendt ut skriftlig informasjon til institusjonene på ledernivå. Disse sendte så dette videre til sine ansatte. Etter noen runder med telefoner kom jeg til slutt i kontakt med fire behandlere som sa seg villig til å la seg intervju.

Alle ble intervjuet på sitt arbeidssted i kontortiden. Det var stor spredning i både alder og erfaring på informantene. Den yngste var i slutten av 20 årene mens den eldste var i 60 årene. Av de fire, var det to som hadde sosionomutdanning som grunnutdanning, en barnevernspedagog og en psykolog. Dette innebærer et møte mellom min sykepleiertradisjon og andre teoretiske tradisjoner som jeg må være bevisst på under tolkning av data. Dette kan medføre at jeg forstår svarene jeg får på en annen måte enn dersom jeg selv hadde samme teoretiske bakgrunn.

Jeg har ikke personlig kjennskap til mine informanter. De kommer fra store poliklinikker og institusjoner med et stort utvalg av terapeuter på hver.

En måte å få frem opplevelse og erfaringer på, er å bruke semi - strukturert intervju. Det vil si at jeg hadde noen overordnede tema som jeg ønsket at informantens skulle snakke fritt ut fra. Intervjuet foregår som en samtale. Under temaene hadde jeg tilleggsspørsmål som jeg brukte for å få utdypende svar i tilfelle de ikke selv hadde berørt disse. Målet var å invitere informantene til å gi konkrete beskrivelser av fenomenet anerkjennelse. Disse konkrete beskrivelsene vil sette oss i stand til å gripe essensen i det personen opplever (Langdridge, 2006).

Intervjuguiden ble ikke sendt på forhånd, dette fordi det var ønskelig å få frem det intuitive, det som falt dem inn i øyeblikket. Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av teori og min erfaring med familier der en ungdom har anoreksi. Det ble gjort et prøveintervju på forhånd. Dette ga verdifull erfaring til de "ekte" intervjuene. Noe av spørsmålene i intervjuguiden ble endret etter prøveintervjuet.

Jeg ønsket å fokusere på terapeutens anerkjennende holdninger i møte med familiene. Noe av intensjonen var å finne ut om informantene trodde at anerkjennelse påvirket familiens skyldfølelse. Mange foreldre gransker seg selv og leter etter feil. "Hva gjorde vi galt?" er et

hyppig stilt spørsmål. Jeg var nysgjerrig på hvordan terapeutene møtte disse utsagnene. Jeg var nysgjerrig på hvordan samspillet mellom terapeut og familie kunne bidra til tro på egen kompetanse som foreldre, og følelse av økt egenverd hos ungdommen. Hva trodde informantene kunne være viktige bidrag for endring i forhold til problemet? Resultatet av analysen fremkom på bakgrunn av tema i intervjuguiden. Temaene i intervjuguiden som det ble samtalt rundt, var følgende:

Anerkjennelsesbegrepet.

Forforståelse i forhold til familier som har en ungdom med anoreksi.

Virksomme elementer i den terapeutiske samtale som kan bidra til endring.

Viktige temaer i samtalen som var viktig å anerkjenne.

Anerkjennelse som bidrag til å forminske følelse av skyld.

Transkripsjon av intervjuet ble utført samme dag eller dagen etter. Dette gjorde jeg for å være sikker på at jeg ikke glemte verdifull informasjon. Jeg tok alle intervjuene opp på video. Jeg snudde kamera vekk fra informantene ettersom jeg hadde bestemt meg for å kun å analysere de uttalte ord. Video ble valgt fordi det var det utstyret som var tilgjengelig. Under transkripsjonen ble alt skrevet ned både av det informantene sa, også alle mine spørsmål og kommentarer. Transkripsjonen utgjorde dermed et tekstmateriale det kunne jobbes videre med.

I ettertid ser jeg likevel at noen av svarene med fordel kunne blitt utdypet nærmere med oppfølgingsspørsmål. Det ville gitt et enda rikere materiale.

Etter at intervjuet var gjennomført satte jeg av noe tid til å snakke om selve intervjusituasjonen. Dette for å sikre seg at informantene opplevde seg forstått under intervjuet.

### **3.7 Analysemetode av data.**

Materialet som ble skapt i møte mellom forsker og informant er bearbeidet etter intervjuene. Det som kommer frem under intervjuene vil bli relatert til problemstillingen. Analyse av data blir gjort ut fra prinsippene i den analysemetoden som kalles systematisk



tekstkondensering. Et sentralt navn innenfor denne metoden er Amedeo Giorgi. Giorgi sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud 2003). Materialet blir her brukt til å lete etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved anerkjennelse i møte med familiene. Mine egne forutsetninger er forsøkt satt tilside. Dette kalles bracketing (Ibid). Denne analysemetoden innebærer en systematisk gjennomgang av teksten i flere ledd. Giorgi anbefaler at analyse gjøres i fire trinn:

- Få et helhetsinntrykk av den transkriberte teksten.
- Å identifisere meningsbærende enheter
- Å abstrahere (trekke ut) innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene.
- Å sammenfatte betydningen av dette.

Den første fasen i analysen er *få et helhetsinntrykk av den transkriberte teksten*. Her leste jeg igjennom tekstmaterialet for å få en oversikt. Det som med en gang fremstod som temaer ble først notert uten nærmere ettersyn. I denne fasen skal forskeren legge tilside sin forforståelse og den teoretiske referanserammen. Det som fremkommer i denne fasen er det første intuitive og representerer ikke systematisk organisering av temaene. De første tema som ble tydelig var: lidelsestrykk, individualitet, eksternalisering, respekt, trygghet, lite fokus på skyld, og familiens egne beskrivelser.

*Å identifisere meningsbærende enheter* innebærer at vi organiserer nærmere det som fremkom som temaer i den første fasen. Den delen av teksten som ikke belyser problemstillingen blir lagt til side. Nå fanges opp alle de meningsbærende enhetene og systematiseres. Dette arbeidet kalles koding. Her samles alle tekstbiter som har noe til felles i samme kode. Koding innebærer en systematisk dekontekstualisering som betyr at teksten hentes fra sin opprinnelige sammenheng og skal nå leses i sammenheng med beslektede tekstelementer og teoretisk referanseramme. Malterud sammenligner dette arbeidet med å lage et fruktfat. Fruktfatet inneholder epler, pærer og bananer. Fellesskap er et stikkord her. Fremmedelementer som brød, hører ikke hjemme her. Eksempel på "brød" var terapeutenes erfaringer fra å jobbe med gutter. Dette berørte ikke problemstillingen direkte Malterud

(2003:103). Jeg skal i denne forbindelse ha temaene fra første trinn klart for meg. Disse temaene er det første trinnet i å identifisere ulike sider ved problemstillingen som skal belyses (Myhra 2008). Det ble nå laget en matrise som organiserte de temaene som først ble synlige. Dette for lettere å få oversikt over hvilke kodegrupper som kunne velges ut. Samtidig som det ble notert i matrisen hvor i materialet koden ble funnet og hvilke informant som hadde sagt hva.

*Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter* er analysens tredje trinn. Vi skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. Nå legger vi bort den delen av materialet som ikke inneholder meningsbærende enhet. Materialet er nå redusert til dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter. Dette materialet skal fortelle meg hvordan informantene formidler anerkjennelse og hva de håper å få til ved å anerkjenne familiene. Vi arbeider så videre med den enkelte kodegruppen som enhet. Giorgi anbefaler å gjøre dette mer detaljert ved å gjennomgå hver enkelt meningsbærende enhet, men her er Malteruds modifisering fulgt. Arbeidet med de enkelte kodegruppene medfører at det fremkommer nyanser og subgrupper. Teksten blir tolket ut fra mitt faglige ståsted og teoretisk perspektiv. Flere av de kodegruppene kunne med nærmere ettersyn se ut til å gå litt over i hverandre. Når dette var tilfelle ble det heller laget en beskrivelse som dekket flere begreper. Respekt, og familiens egne beskrivelser ble plassert i samme kodegruppe som "samarbeid med familien".

*Å sammenfatte betydningen av dette* er analysens fjerde og siste trinn. Her skal vi rekontekstualisere, det vil si sette bitene sammen igjen. Vi skal sammenfatte det vi har funnet gjennom å gjenfortelle det informantene har sagt. Denne gjenfortellingen skal være lojal mot informantenes stemme og gi grunnlag for nye beskrivelser eller begreper (Malterud 2003:108). Det ble laget *kunstig sitat* som sammenfattet det informantene sa om anerkjennelse. Det blir så laget en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe (Malterud 2008:109). Dette er en beskrivelse av informantenes utsagn og beskrivelser deres anerkjennelse i møte med familien.

Denne modellen er fulgt slik den er modifisert av Kirsti Malterud (Malterud 2003). Følgende 5 grupper ble funnet i mitt materiale:

1. Anerkjennelse er å ikke tro at jeg vet noe om familien på forhånd.
2. Anerkjennelse består i å skille problemet fra familien.
3. Anerkjenne lidelsestrykket i familien gjennom å ha en forståelsesfull tilnærming.
4. Anerkjennelse av familien som samarbeidspartnere.
5. Anerkjennelse gjennom å skape trygghet i relasjonen.

## 4.0 Presentasjon av resultat

Det følgende kapitlet handler om presentasjon av resultater fra undersøkelsen.

Presentasjonen vil her forsøke å svare på oppgavens problemstilling som lyder:

*I hvilken grad er familieterapeuter opptatt av anerkjennelse, dersom de er det – hvordan formidler de dette? Hva håper de å få til ved å anerkjenne familien og ungdommen?*

### 4.1 Anerkjennelse er ikke å tro at jeg vet noe om familien på forhånd

Et viktig punkt i intervjuet var å finne ut om informantene mente de hadde noen form for forforståelse vedrørende de familier som hadde en ungdom med anoreksi. Dette var viktig fordi en forforståelse kan påvirke graden av anerkjennelse. Alle informantene uttrykte at de var opptatt av at de ikke skulle ha noen forforståelse av familiens situasjon før de møtte dem. Samtlige fire informanter gav uttrykk for at familiene de møter må sees på som forskjellige. De var opptatt av hvordan den enkelte familie hadde det. De var også opptatt av å finne det som var spesielt for den enkelte familie. Informantene uttrykte ønske om å innta en "ikke vitende posisjon". De ville at deres eventuelle egen forforståelse av fenomenet anoreksi ikke skulle forstyrre familiens egen opplevelse av sin unike situasjon. En av informantene sa det slik:

*"Nei, vet du, jeg har ikke så mye forforståelse jeg. Jeg er mer spent på hvordan de har det. Jeg er ikke så opptatt av min forforståelse, jeg er mer opptatt av å finne ut hva de opplever selv, og hva som er nettopp deres erfaringer".*

Denne informanten mente at hun ikke hadde forforståelse av familien på forhånd. Hun var spent og nysgjerrig på hvordan de hadde det. Informanten her var først og fremst opptatt av å få tak i familiens egne beskrivelser og sette sin egen forforståelse til side. Terapeutens egne ting kan betraktes som støy som gjør at man ikke får tak i budskapet til klienten. På den ene siden kunne dette forstås som at informanten her ønsket å frigjøre seg helt fra å ha oppfatning av familien på forhånd, på den andre siden sier hun at hun er spent på hvordan de har det, noe som indikerer at hun regner med at de har det vanskelig. Det er jo i seg selv en forforståelse. En av de andre informantene sier det slik: *Vi forsøker å finne ut av hvordan vi kan hjelpe akkurat denne familien. Det er vanskelig å si noe generelt hva folk er opptatt av for de er så veldig forskjellige.*

Dette indikerer at hun er klar over at hun har en forforståelse, men at hun helt bevisst setter denne tilside for å gi plass og oppmerksomhet til akkurat denne familiens opplevelse. Det kan forstås slik at hun klar over at denne familiens opplevelse kan være helt annerledes enn tidligere familier har opplevd dette. Hun ønsker med andre ord ikke å la seg farge av tidligere familiers opplevelse. En annen informant sier noe lignende:

*”Jeg er mer opptatt av å finne ut hvordan dette er for dem, enn at jeg skal si noe om hvordan anoreksi er sånn rent generelt. Jeg er opptatt av å finne ut hva som er spesifikt for denne familien”.*

En av informantene ønsket også at hennes tilnærming til familien ikke ble slik som den var til den forrige familien hun hadde i behandling. Hun sier følgende:

*”Det er viktig at jeg har fokus på det de til enhver tid sier. Jeg må være bevisst på og ikke la meg påvirke av den forrige familien som var her. Men det kan være vanskelig og ikke la seg påvirke”.*

Med dette erkjenner hun at hun har forforståelse til en viss grad. Hun uttrykker at hun har noen tidligere erfaringer samtidig som hun ikke ønsker at denne kunnskapen skal stå i veien for den nye familiens beskrivelser. Dette tolkes å være beskrivende for den ikke – vitende holdning.

En av informantene hadde fokus på den individuelle opplevelsen av egen situasjon. Hun mente at anoreksi hadde en *mening*, en *betydning*, eller en *funksjon* for ungdommen. Hun formidlet at hun trodde at det lå et budskap fra ungdommen bak den anorektiske adferden. Hun sier: *Hva slags funksjon eller mening anoreksien har kan være forskjellig.*

Dette blir tolket slik at ungdommen på en eller annen måte strevde med noe som hun ikke klarte å uttrykke med ord, men som anoreksien på en eller annen måte uttrykte for henne. Dette er jo en forforståelse i seg selv. Denne informanten mente også at det ikke gikk an *ikke* å ha forforståelse, og hun uttrykker også dette om individualitet:

*”Jeg har en sånn grunnleggende holdning om at jeg møter deg, jeg er interessert, og jeg vil høre hvordan verden er for deg, jeg har en grunnleggende holdning om at den gir mening for deg. Og den er jeg interessert i å høre om og få tak i”*

Informanten forstås med dette at ungdommen er unike individer, og at hun var opptatt av akkurat å få frem akkurat denne jentas opplevelse av *sin* verden. Dette kan også forstås dit

hen at hun på tross av lang erfaring med å jobbe med ungdom ikke tar som noe selvfølge hvordan akkurat *denne* ungdommen forstår og opplever *sin* situasjon. En av informantene var også opptatt av i starten å få tak i hva den enkelte familie strevde med. Hun sier: *”Det er en balansegang mellom å lytte og høre på, samtidig som man finner ut av hvordan er dette for dere”?*

Her fremhever hun betydningen av å bekrefte familien som eksperter på egen opplevelse. Det også denne informanten synes å være opptatt av her var å sette sin egen kunnskap om anoreksi til side, og finne ut hva som var *denne* familiens kunnskap og erfaringer. På denne måten var hun også opptatt av å gi plass for familiens egen opplevelse av situasjonen, og sette sin egen forforståelse av anoreksi til side.

Informantene var som vi ser alle sammen opptatt av det unike i hver ungdom og i hver familie. Det de sa om forforståelse kan sammenfattes til at enhver familie og enhver ungdom er unik. De gav uttrykk for at en ikke vitende posisjon ganske enkelt var ikke å vite hva de enkelte familiene hadde behov for før de hadde uttrykt det selv.

Alle informantene var bevisst på dette med forforståelse. De uttrykte at de ikke hadde forforståelse om familiene på forhånd. De sa alle at de uansett ikke ønsket å styres av denne. En av informantene sa derimot at det ikke gikk an *ikke* å ha noe form for forforståelse. Hun mente det var naivt å tro dette. Det virket likevel ikke ut fra det hun sa som om hun lot sin forforståelse være styrende i samtalen.

Som tidligere nevnt så hadde to av informantene en klar formening om at symptomene hadde en funksjon. Dette blir tolket dit hen at de mente at symptomet vil fortelle om verden et eller annet som ikke var bra i deres liv. Informantene gir slik uttrykk for at ungdommene på en eller annen måte strever med noe som munner ut i en anorektisk kommunikasjon.

Det som informantene sa om forforståelse kan sammenfattes i følgende sitat: *Enhver familie er unik, og må derfor møtes på måter tilpasset den enkelte.*

## **4.2 Anerkjennelse gjennom å skille ungdommen fra problemet.**

Det var under intervjuet viktig å finne ut hva informantene tenkte var virksomme elementer i samtalen som bidro til anerkjennelse av familien.

Noen av informantene hadde en narrativ, eksternaliserende tilnærming. Dette er en tilnærming som tar sikte på å skille problemet fra personen. Denne retningen bygger på at mennesker har unik og ulik erfaring. Det er ingen diagnose eller tilstand som er nøyaktig lik hos alle selv om den har samme navn. Det er i de spesifikke kunnskapene familiene har om sine liv at kildene til kunnskap om hva som er det beste for dem ligger(Lundby 2009:11). Informantene ble ikke direkte spurt om hvilke teoretisk fundament de hadde bak sin tilnærming. Men to av dem fortalte at institusjonen eller dem selv hadde Narrativ praksis som en klar profil i sin tilnærming. Disse informantene mente også at Anoreksien representerte *tynne* beskrivelser av ungdommen. Ungdommen er mye mer enn problemet. En informant sa det slik:

*”Vi har alltid litt sånn koseprat i starten av første samtale, og det er ganske viktig for det er ikke bare koseprat. Det har noe med å kartlegge områder i livet hvor problemet ikke har fått lov å overta styringa, det er ganske viktig”.*

Denne kosepraten som informanten refererer til ble forstått som en type innledning til de mer vanskelige temaene i samtale. Før hun eventuelt begynte å snakke om det som var problemfylt ønsket denne informanten og få frem flere sider ved ungdommen gjennom å snakke om trivielle ting som fritidsaktiviteter og andre ting som ungdommen også var opptatt av, og som representerer livsarenaer der det mestres mer enn det gjør i forhold til spisingen. Hun ønsket ikke at samtale skulle bære preg av problemfokus da dette i seg selv kunne gjøre ungdommen urolig. Det kunne virke som hun ville ha tak i flere sider ved ungdommen for slik å bidra til at familien skulle oppleve en mer avslappet og positiv stemning under samtale. Denne informanten sa også dette:

*”Vi jobber hele tiden mot at det er problemet som er problemet. Det er ikke folk som er problemet. Det er ikke mamma, det er ikke pappa, det er ikke ungdommen. Det er problemet som er problemet. Anoreksi er dessuten en tynn identitetsbeskrivelse, den sier ingenting om hvem du er som person”.*

En av terapeutene var opptatt av å skille problemet fra personen særlig når det oppstod anklager mot hverandre innad i familien. Hun forsøkte da å peke på hva Anoreksien kunne få mamma eller pappa til å gjøre eller tro. Hun sa følgende:

*"(...)da har vi kommet inn i en situasjon at det er mamma og pappa som er problemet. Da forsøker vi å reformulere slik at det blir problemet (Anoreksien) som blir problemet og ikke mamma eller pappa".*

Dette ble forstått slik at når for eksempel ungdommen var sint på foreldrene fordi de maste om at hun måtte spise mer, og det oppstod krangling, kunne informantene utforske dette "maset" ved å fokusere på hva Anoreksien klarte å få foreldrene til å si eller gjøre. Her blir det Anoreksien som skaper angst og konflikter innad i familien. Anoreksien blir gjort til noe utenfor som kommer inn og skaper uro.

En av de andre informantene sa i intervjuet at hun var opptatt av å se på andre sider ved familien. Hun mente det var anerkjennende å fremheve sider de mestret godt også. Hun sier:

*"Det er det som er så bra med å jobbe familieterapeutisk. Vi kan møte folk også på det de faktisk får til. Vi prøver å se etter unntaka, vi prøver å jobbe løsningsfokusert, og vi prøver og liksom møte de på det, så de slipper å føle hele det der negative".*

Her oppfatter jeg at hun mener andre terapiretninger ikke i samme grad fokuserer på det familiene mestrer, men heller er mer problemfokusert. Dette utsagnet kan videre tolkes slik at Anoreksien har bidratt til at for eksempel foreldrene opplever at de har mislykkes som foreldre. Foreldre kunne i følge denne informantene ofte føle at ingenting var positivt lenger. Problemene var i ferd med å dominere familiens opplevde liv.

Dette forstås slik at konsekvensen av eksternalisering av problemet kan blant annet være å bidra til å minske skyldfølelse. Ingen av terapeutene uttalte dette direkte, men det ble likevel tolket slik. De snakket om Anoreksien omtrent som om den var en person som hadde sneket seg inn i familiens indre liv. Det var noe som hadde kommet utenfra og som nå herjet med dem alle sammen.

Denne *kosepraten* som en av terapeutene referer til viser nettopp til dette. Hun ønsket at familien og ungdommen selv skulle få øye på andre sider ved seg selv enn Anoreksiens *herjinger*. Det kan tolkes slik at dette også innebærer en utvikling av *selvforståelsen* både hos foreldrene i sin rolle som foreldre, og hos ungdommen. Når et problem får gripe om seg, og blir familiens dominerende virkelighetsoppfatning av seg selv, blir det tynne beskrivelser av familien som system.

En av informantene sa også dette:



*”Når det oppstår anklager i samtalen forsøker vi å strukturere samtalen slik at det blir problemet som er problemet, så jobber vi litt med det. Slik isolerer vi problemet fra resten av livet til familien”.*

Her blir informantene oppfattet slik at hun ønsker å minske anklagene som familiemedlemmene har mot hverandre ved å flytte disse over på anoreksien. Det kan forstås som at hun betrakter anklagene som noe lite hensiktsmessig som kommer utenfra dem selv. Slik at anklagenes avsender egentlig ikke var det enkelte familiemedlem. Noen av informantene var opptatt av at det lå mye anerkjennelse i å frita personene fra en anoreksiidentitet. Dette kan forstås som at ungdommen får hjelp til å finne tilbake til den personen de er, uten anoreksiens dominerende innflytelse. Informantene sa at de ønsket hele tiden å få tak i mer av familiens historie. Det de håpet å få til var at ungdommen og familiene skulle se at deres egentlige identitet ikke hang sammen med anoreksiens vesen. Den narrative eksternaliserende holdningen som noen av informantene mente bidro til anerkjennelse, kan sammenfattes i dette sitat:

*”Vi vil gjerne formidle at folk ikke ER sine problemer”*

#### **4.3 Å anerkjenne lidelsestrykket i familien gjennom å ha en forståelsesfull tilnærming.**

Informantene var alle sammen enige om at smerten som anoreksien påfører familiene er stor. Alle var opptatt av at *virksomme elementer* i samtalen som formidlet anerkjennelse også var å *bekreft*e den lidelsen familien var oppe i. En av informantene sa det slik: *Å være foreldre til et barn med spiseforstyrrelse er ekstremt krevende.*

Under intervjuet var det også viktig å få vite hva informantene var opptatt av i det første møte med familiene. De ble også spurt om betydningen av det første møte for det videre samarbeidet.

Det kom tydelig frem at informantene håpet å formidle til familien at de ble anerkjent på at de var i en vanskelig situasjon. Anoreksi innebærer lidelse for alle parter i familien.

Informantene snakket om anoreksi som et trøblete symptom. En brukte begrep som *lidelseshistorien*. Det er krevende aldri å være flink nok, aldri være bra nok, som en av informantene sa. Hun beskrev anoreksi som et symptom på undertrykking av individer. Det

var tydelig at informantene anså det som viktig å møte familien med den forståelsen av at de hadde det vondt og vanskelig. Alle sammen var opptatt av å anerkjenne smerten. En informant sa: *"Når jeg møter de for første gang er jeg alltid spent på hvordan de har det for dette er en ekstremt krevende situasjon å være i"*.

Denne informanten var opptatt av å vise en anerkjennende holdning ved at hun var opptatt av hvordan *de* har det. Hun sa videre at å anerkjenne lidelsen, og det å regne med at dette er vanskelig for familien var viktig i det første møte. Dette fremstod som en *holdning* hos denne informanten. Hun la tydelig vekt på dette under intervjuet. Hun sa at dette var *grunnleggende viktig* for henne. En annen av informantene sa det slik *"(...) så er de jo ofte veldig fortvila da, for det er så vondt da. Det er noe av det verste en kan oppleve"*.

En tredje informant uttrykte seg med følgende ord:

*"Jeg har så utrolig respekt for smerten i den lidelsen, (...) at jeg har den forforståelsen at det er en utrolig vanskelig kamp de holder på med. Det gjør det veldig lett for meg å ha empati og forståelse for at noe er vanskelig"*.

Disse sitatene kan forstås slik at informantene var opptatt av hvordan legge til rette for et godt samarbeid slik at familiene følte seg møtt og forstått i smerten.

En av informantene viser til at familien står i en vanskelig *kamp* for sitt barn. Hun var opptatt av smerten som *både* foreldre og ungdommen opplever. Hun mente det var viktig å se dette både fra et foreldreperspektiv og fra ungdommens perspektiv. Hun var opptatt av at de har strevd med dette over tid, og at de har forsøkt å løse dette selv. Denne informanten mente at familien kjemper imot noe, i dette tilfelle anoreksien. Her kan det se ut til at informantene anerkjenner den *kampen* det er for ungdommen og foreldre at et av familiemedlemmene har anoreksi. Det handler ikke om å ta seg sammen, og begynne å spise. Sistnevnte informant sa hun håpet å formidle til familiene at de kunne hjelpe dem, og at hun gjerne ville hjelpe de. Dette kan forstås som at hun ønsket å formidle håp i en vanskelig situasjon.

Informantene i oppgaven fremstod som svært empatiske og vennlige når de beskrev sine møter med familiene. Innholdet i denne kodegruppen kan sammenfattes i følgende utsagn:

*"Når en ungdom er rammet av anoreksi er dette en smertefull situasjon for hele familien å være i"*.

#### 4.4 Anerkjennelse familien som samarbeidspartnere.

En av informantene sa: *Foreldre er noe vi skal samarbeide med, ikke behandle.* Dette ble et tydelig tema hos informantene. Samtlige var opptatt av at de ikke kunne vite hva som var best for den enkelte familie og den enkelte ungdom. Inntrykket er at de fremstod med en ydmyk holdning som at foreldrene var ekspertene på *sin* ungdom og sine liv. Det var en klar opplevelse at de utviste respekt for dette. Det kom frem at informantene mente foreldrenes ekspertise var avgjørende for et godt behandlingsresultat. Noen av informantene var opptatt av at det var familien som skulle styre prosessen. Disse mente at det var *familien* som skulle bestemme temaene det skulle snakkes om i samtale. Informantene gav uttrykk for at deres rolle i denne sammenheng var å styre samtalen slik at denne prosessen ikke ble hindret. Ikke alle informantene var like tydelig på dette. Det var de med en tydelig narrativ tilnærming som var spesielt opptatt av dette.

Informantene var opptatt av dialogen med familien. De var opptatt av flerstemtheten i dialogen. De ville at alle stemmer skulle høres. De mente at det ikke var terapeuten som skulle fortelle folk hvordan de skulle leve sine liv. Familiene selv var eksperter på sine liv, terapeuten skal være uvitende og ukjent med *deres* liv og erfaringer. En av informantene sa dette: *Hvem er jeg som skal sitte og gjøre meg til dommer over folk?*

Dette kan forstås som at dersom hun som terapeut er styrende eller rådgivende i samtalen så vil hun kunne fremstå som en ekspert som lett kunne oppfattes som dømmende. Hun sier videre om det samme temaet:

*"Det er viktig å anerkjenne familiens ekspertise. Det jeg vet er jo sånn generelt om anoreksi, men det er kjempeviktig å få tak i hvordan denne anoreksien er for akkurat denne familien".*

Dette bekreftes av en av de andre informantene som sier:

*"Jeg er opptatt av at folk skal få styre sin egen prosess, det jeg skal bidra med er å stille spørsmål som gir de som kommer en bredere plattform å stå på for å gjøre valgene selv".*

Denne informanten var opptatt av at det var viktig at hun ikke trodde hun var den som forvaltet sannheten om hvordan familiene best kunne leve sine liv. Hun var tydelig på at hun ikke ønsket å fremheve seg selv som den som var ekspert på andres liv. Hun sa også: *"hvem*

*er vel jeg som kan si dette eller hint.*” Denne informanten var opptatt av at hun ikke skulle gi familien ros. Hun mente at gjennom ros så fremhevet hun at de var flinke eller at de gjorde noe som var bedre enn noe annet. Hun ønsket ikke å fremstå som dommer over rett og galt. Hun gav også uttrykk for at hun var bevisst på at det var maktforskjeller i rommet. Hun forklarte at likeverdigheten gikk ut på at de var likeverdige som personer, mens maktforskjellen gikk ut på at hun som terapeut hadde en kompetanse om dialogen som de ikke hadde.

En annen informant mente at anerkjennelse handlet om interaksjon mellom familien og terapeut. Det var noe som skjedde *mellom* dem i samarbeidet. For at dette samarbeidet skulle bli bra, mente hun at det var viktig at terapeutene ikke holdt kortene tett inntil brystet. Terapeutene må si hvordan de tenker rundt situasjonen, det er viktig å være transparente i det de gjør. Det var for denne informanten viktig å formidle til familien at det var familien som skulle bestemme temaene. Hun sa følgende:

*”Ingenting blir snakket om dersom familien ikke ønsker det. Det samme gjelder for hvem som skulle være med i samtalene. Dette er det helt og holdent familiene som bestemmer.”*

Noen av informantene var bevisst på at de ikke hadde noe plan eller føringer for hva det skulle snakkes om i samtalene. Dette var fordi informantene mente det var viktig å anerkjenne foreldrenes kunnskap om hva som var viktig for familien der og da. Informantene mente det var viktig at de som selv var rammet av problemet var de beste til å kjenne etter hva de hadde behov for å snakke om. Dette kan tolkes som at dersom terapeuten skulle komme i fare for å bringe opp et tema som familiene uttrykte var for sensitivt til å gå videre på, lot de dette ligge.

En annen informant mente det var viktig å anerkjenne foreldres ekspertise på eget barn. Hun mente foreldrene og ungdommen skulle være deres samarbeidspartnere. Det var viktig å være klar over at foreldre og terapeuten hadde ulike kunnskaper og ulike forventninger til hverandre. Hun sa dette:

*”Det er en forutsetning for godt samarbeid at vi anerkjenner foreldres kompetanse til å gjøre valg for seg og sine barn. Jeg tror ikke vi får til noe samarbeid dersom ikke vi har dette som utgangspunkt”.*

Denne informanten sa også følgende: *”Foreldrene er definitivt det viktigste i barnas liv, de som kjenner ungdommen best og de som vet best, derfor er foreldrene våre viktigste samarbeidspartnere”*.

Informantene anså som viktig å formidle dette til foreldre. De anså foreldrenes ekspertise på egne barn som *viktigere* enn sin egen terapeutforståelse av situasjonen. Dette ble fremsatt av noen av informantene som avgjørende for utfallet av behandlingen.

En av informantene antok at foreldrene trodde at terapeutene var ute etter å finne feil med dem som foreldre, fordi hun hadde trodd det selv dersom hun var i dere situasjon. Det oppfattes at dette er noe hun sier på bakgrunn av enkelte terapiretninger der anoreksi blir oppfattet å være tegn på dysfunksjonelle familier. Det kunne virke som at denne *”misforståelsen”* var noe hun ønsket å rydde opp i. En av informantene sier også følgende om samarbeid: *”Dette er ikke ungdommens eller familiens prosjekt alene, det er vårt prosjekt sammen.*

Hun fremhevet samarbeidet som avgjørende for at de skulle oppleve endring. Hun anerkjente foreldre og ungdommen som samarbeidspartnere, og snakket om dette som noe hun hadde tro på. Hun mente dette var for strevsomt til at noen skulle stå i alene. Her forstås hun dit hen at som terapeut må vi *vis*e at vi ønsker å være på samme lag som familien. Det er mulig hun sier dette på bakgrunn av noe hun tror er familiens forventninger på forhånd. Familiene har kanskje ikke erfaringer med hjelpeapparatet som tilsier at de skal bli samarbeidet med. Med begrepet prosjekt viser hun at hun heller ikke har den klare overbevisning om hva som er den rette veien mot målet. Det er snarere et samarbeidsprosjekt der de sammen lager den veien de vil gå på. Resultatet er ikke bestemt på forhånd, det er heller ingen klare oppskrifter de skal følge. Det kunne virke som at de sammen skulle komme frem til en ny felles forståelse av hva dette (anoreksien) kunne handle om. Hun anerkjenner også på denne måten familien som samarbeidspartner i dette prosjektet.

En av de andre informantene som ikke hadde en narrativ tilnærming var også opptatt av samarbeid. Hun sa:

*”Det første jeg tenker på er at bekreftelse på at foreldre som jeg møter har jobba veldig hardt for å prøve å hjelpe ungdommen, og så har de ikke klart det for ellers så ville de ikke vært her(...)at(...)nei vi skal stå på(...)vi skal gjøre denne jobben sammen”.*

Alle informantene uttrykte et ønske om å anerkjenne foreldrenes funksjon som foreldre. De håpet med dette at foreldrene skulle oppleve støtte på sin autoritet. Samtidig som ungdommens utvikling av autonomi ble ivaretatt.

Informantene har fokus på det relasjonelle i behandlingen. Det kan se ut som at de samtidig har en forståelse av at dette er komplekst, de gir ingen svar på hvorfor situasjonen er som den er. De starter med et utgangspunkt om at dette er et samarbeid som de skal være sammen med familien om. De tolkes dit hen at gjennom det relasjonelle ville ny forståelse komme til syne både hos familiene og hos informantene.

En av informantene sier at det er kunnskap hun som terapeut har som foreldre ikke har. Hun sier: *”Det er viktig å formidle at dette (anoreksi) kan vi noe om, det er en type anerkjennelse i å ta en posisjon da, ta stilling på et eller annet vis”.*

Denne informanten har en annen type tilnærming enn de informantene med klar narrativ profil. Hun gir et inntrykk av å ha respekt for familiene samtidig som hun ønsker å formidle at hun har noen kunnskaper om anoreksiens konsekvenser i familien som hun tror kunne være til hjelp.

Informantenes utsagn i denne kodegruppen kan sammenfattes i følgende sitat:

*”Vi er alle sammen engle med kun én vinge, Og kun ved at omfavne hinanden kan vi flyve”  
(Luciano De Crescenzo i Peggy Claude-Pierre 1999.)*

#### **4.5 Anerkjennelse gjennom å skape en trygg relasjon**

Trygghet i den terapeutiske relasjonen var et tema som alle fire informanter var opptatt av, og gav uttrykk for på ulik måte. Det var ikke alltid de brukte ordet trygghet, men det ble oppfattet som at det var det som lå bak. Det å skape en trygg ramme rundt samtalene var noe som informantene mente bidro til anerkjennelse. De mente at en av forutsetningene for forandring var at folk opplevde seg trygge. En av informantene var særlig

opptatt av dette og det preget hele intervjuet. Hun gav uttrykk for at dette var noe hun holdt høyt oppe. Hun sa: *"Folk synes nok det er skummelt og rart å komme hit"*.

Det kunne virke som at hun hadde en bevissthet rundt dette som igjen kunne bidra til å skape trygghet. Den samme informanten sa videre:

*"Anerkjennelse tenker jeg er å ta noen sin fremstilling eller opplevelse av noe på alvor, og formidle det på en troverdig måte. Det viktigste er også hvordan man er som person og at man kan formidle en sånn type varme trygghet og ro. Jeg vil formidle at jeg er trygg, dette løser vi selv om dette er en kjempevanskelig situasjon så er ikke jeg stressa eller ute av balanse, jeg er rolig og trygg på at dette skal vi få til. Ja, på en måte å være den som bærer det som skjer her"*.

Informanten mente muligens her at det inngav trygghet når hun kunne balansere mellom det å vise forståelse samtidig som hun kunne vise at hun ikke kunne godta alt:

*"Når de kommer hit så er ungdommen så dårlige og det må bestemmes en del ting for dem. Da tror jeg at det kan oppleves trygt samtidig som det er mye motstand å jobbe med den balansen mellom å være den som hører på og forstår, men samtidig si at det ikke er greit at du løper opp og ned trappen hundre ganger. Eller si at det ikke holder å spise kun et eple om dagen. Med spiseforstyrrelser tror jeg det er viktig å våge å stå frem å mene noe. Jeg tror det ligger mye anerkjennelse i dette"*.

Dette kan forstås som at det ligger trygghet i at noen andre støtter foreldrene i å fremstå som tydelige voksne som setter noen viktige grenser. Denne informanten sa videre noe som også kunne tolkes som å skape håp, men hun mente at dette også bidro til å formidle trygghet:

*"Jeg legger vekt på å formidle at jeg har en god plan. Dette vil jeg kalle trygghet fordi det har vært mye "motion" i livet deres. Det er viktig å formidle at dette vet vi noe om hvordan vi skal møte. Dette skal vi få til" Altså en type trygghet."*

Den samme informanten var opptatt av tryggheten av å dele veien med noen andre. Hun ønsket å formidle til både familien og ungdommen at jeg er her for dere, og dette skal vi gjøre sammen. Hun sa:

*"Det er lettere å bevege seg gjennom ukjent mark sammen med noen man stoler på. Tiltillit gjør at man våger mer av noe som kan bli til en forandring. Det at de kjenner seg anerkjent gjør at de har noen å ta steget sammen med"*.

Informantene var opptatt av anerkjennelse blant annet handlet om respekt for familiene. Dette mente de kom til syne gjennom å sette av tid, lytte oppmerksomt og akseptere folk slik de er. Det å vise høflighet var en selvfølgelig måte å vise respekt på. Når familiene følte at de ble respektert mente informantene at tryggheten økte. Kanskje gjelder dette særlig hos ungdommene.

Informantene var alle sammen opptatt av at relasjonen mellom dem og familiene skulle bære preg av trygghet. Det skulle være en så god opplevelse som mulig for familiene og være i disse samtalene. Det var tydelig at de brukte mye tid på å skape en god og trygg relasjon. De brukte alle god tid særlig på den første samtalen. De ville helt fra starten sørge for at familiene følte at de kunne stole på dem. Dette kom frem gjennom det som de også sa i de tidligere kodegruppene. De startet med "koseprat" for å få frem mer av familiene enn det som var problematisk. Dette kan forstås dit at de ønsket å formidle til familiene allerede i starten at dette var den plattformen de arbeidet ut fra. Ønsket var at familiene skulle få forståelse av at de var viktige som samarbeidspartnere. De ville trygge familiene på at dette var et stykke arbeid de skulle klare sammen. Familiene ville ikke bli overlatt til seg selv. De skulle ikke gå alene *på ukjent mark* som en av informantene sa.

Under intervjuet var jeg opptatt av hvordan anerkjennelse kunne bidra til forandring. Informantene mente trygghet i den terapeutiske relasjonen kunne bidra til forandring. Forandring krever at man våger. Tillit er en forutsetning for å våge. De var videre opptatt av å formidle til familien at de kunne stole på at de ville hjelpe dem. Informantene ønsket også å formidle til familiene at dette hadde de gjort før. "*Dette kan vi noe om*" som en av informantene sa.

Informantenes utsagn i denne kodegruppen kan sammenfattes i følgende i sitat:

*"Trygghet i relasjonen bidrar til å skape forandring"*



## 5.0 Drøfting av resultat

I det følgende vil resultatene av undersøkelsen bli drøftet. Resultatene vil bli drøftet opp mot utvalgt teori og tidligere empiri. Overskriftene her er endret fra forrige kapittel men refererer til gruppene i den rekkefølgen de står i kapittel 4.

### 5.1 Den vet best hvor skoen trykker, som har den på.

*Eksistensielle* fenomenologer støtter seg til Heidegger, Sartre og Merleau-Ponty som mente at det er umulig ikke å ha forforståelse, men at det er noe å streve etter (Langdridge 2006:272). Noe av det informantene sa, viste nettopp at de *hadde* en form for forforståelse. De sa de hadde en forforståelse av anoreksi som fenomen. Det de var bevisst på var å være ikke- vitende i forhold til hvordan *den enkelte familie* opplevde dette. Tom Andersen hevdet at vår forforståelse og våre grunnleggende antagelser alltid er med oss.(2006) To av informantene mente at anoreksien hadde en funksjon. Den betydde noe. Det var et symptom som hadde en forklaring på noe som var galt. Dette "noe" kunne de imidlertid ikke vite noe om på forhånd. Kunne dette *noe* som de tenkte på, komme fra en forforståelse ut fra tidligere erfaringer med anoreksi? Dette samstemmer også med mye av litteraturen som blant annet hevder at anoreksi er en måte å kommunisere med omverden på(Skårderud, 2008). Informantene ville finne ut av dette *sammen* med familien. De fremsto som oppriktige og positivt nysgjerrige på familien og hvordan de hadde det. Dette harmonerer godt med det som Bagge skriver om i sin artikkel (Bagge 2007). Ikke - vitende holdning har en nysgjerrighet i seg. Det er fristende å føye til en vennlig nysgjerrighet. Dette handler om en måte å være på i møte med den andre. Det oppfatter jeg innebærer en vennligsinnet måte å spørre på, som kan bidra til at familien senker forsvaret og blir mindre på vakt. Man tenker det gir større rom for endring idet personene blir mer åpen for det som oppfattes som undrende innspill fra terapeuten. Særlig fordi personen ser at de tema som da kommer opp, kommer fra en selv og ikke fra terapeuten. Terapeuters ekspertrolle ligger i det dialogiske. Bagge viser til Harlene Anderson når hun sier at vi ikke er eksperter på klientens liv. Dette er en endring fra at terapeuten er en ekspert som vet hvordan andre skal leve sine liv, til at terapeuten er ekspert i å skape det dialogiske rom og understøtter en dialogisk

prosess (Anderson 2003). Vår måte å forstå hverandre på er ikke basert på vår indre verden, men er heller en reaktiv og skapende prosess (Ibid). Informantene her var opptatt av relasjonen og det som ble skapt i relasjonen.

Informantene snakket med varme og innlevelse og fremstod slik med en oppriktighet og oppmerksomhet når de omtalte dette tema.

De to informantene som mente at anoreksien hadde en funksjon, mente begge at det var umulig ikke å ha forforståelse.

Dersom anoreksi har en funksjon, hva slags funksjon har den egentlig? vil noen spørre. Kan det som Skårderud sier være at den blant annet vil fortelle om en følelse av skam? Kan det være en beretning om at ungdommen opplever at de ikke *fortjener* å ha det bra (Skårderud i Wyller 2001)? Dette er kanskje noe vi som terapeuter må våge å sette ord på for å hjelpe ungdommen og eventuelt forholde seg til dette. Skam er i følge Skårderud det tause språket. Det er få som sier at de skammer seg, sier han. Skam er knyttet til det og ikke klare å leve opp til sine ambisjoner (Skårderud i Wyller 2001). Når informantene sier at de ikke ønsker å ha forforståelse og at ingenting blir snakket om dersom familien ikke selv tar det opp, vil det kunne tenkes at dette tema blir liggende som ubearbeidet materiale? Skårderud sier at skam handler om en følelse av uverdighet. Hvordan skal ungdom få jobbet med en følelse av uverdighet dersom det er ungdommen som skal ta initiativ til å snakke om det. Man kan også undres over om ungdommen har språk for dette selv. Er man alltid klar over at man kjenner på en følelse av skam? Innenfor det sosialkonstruksjonistiske perspektiv er det imidlertid et poeng ikke å ta noe for gitt. Det å ha en ikke – vitende holdning innebærer at selv om mange års erfaringer skulle tilsi at skam er en nærliggende følelse i forhold til anoreksi vet vi ingenting om det forholder seg slik for alle.

Tidligere i oppgaven har jeg nevnt at ungdomstiden er en tid der mye skal utforskes og forstås, og at ulike vansker ofte er noe de tillegger sin personlighet. Dette trenger de hjelp til å forstå og mestre (Bugge 2003). Imidlertid så ser det ut til at informantene i denne oppgaven gjør det Sundet referer til når han snakker om å være *sensitiv insensitiv*. Dette handler om å la være å snakke om tema ungdommen ikke vil snakke om, eller tilkjenne ubehag ved at blir nevnt. Slik viser informantene også at de anerkjenner og respekterer ungdommens ønsker og behov. Likevel er det viktig å spørre seg selv om ikke ungdom som

vrderer seg selv svært negativt, og som i tillegg forsøker å skjule dette, ikke trenge hjelp til å oppdage dette ved å sette ord på det? Noen vil hevde at det ikke å ville snakke om et tema er unngåelsesadferd (Okkenhagug 2009:57)Innenfor det systemiske perspektiv vil det være et poeng ikke å tolke noe mer enn det som sies. Det er her et poeng å verdsette, holde seg til og lære mer om historien som familien ønsker å fortelle, heller enn den historien terapeutene mente burde bli fortalt (Anderson i Anderson & Jensen 2008:49)

Informantene i materialet ønsket ikke å ha noe forståelse på forhånd før de møtte familien. En av informantene sa imidlertid at dersom det var hennes barn dette gjaldt, ville hun tro at terapeutene var ute etter å finne feil med henne som mor. Hvor kommer denne tanken fra, om ikke fra en eller annen forforståelse? Med utgangspunkt i en hermeneutisk tilnærming skal jeg gå nærmere inn på dette utsagnet og forsøke å forstå og tolke det. Er det slik at vi som terapeuter innerst inne har en tanke om at noe i dette familiesamspillet må endres eller sees nærmere på? Er det slik at informantene egentlig lurte på hva som er galt med disse foreldrene? I oppgavens teoridel ble det referert til Minuchin, som arbeidet ut fra hypotesen om at det var utydelige grenser mellom generasjonene i familien. Minuchin ville forsøkt å endre på samspillet innad i familien. Han ville tydeliggjort hva som er foreldrenes oppgaver og hva som er ungdommens oppgave. Er det denne forståelsen som informantene forsøker å arbeide seg bort fra? Vi har tidligere nevnt begrepet *epoche*. Det handler om å frigjøre seg fra tidligere holdninger. Kan det ikke da være et poeng å *erkjenne for seg selv* at en har en form for forforståelse? Det er først når disse er åpenbare for en selv at en kan jobbe med å stille spørsmål til vår egen forforståelse og justere disse. I følge hermeneutikken som er nevnt i teorikapitlet er det ved å gå tilbake til vår forforståelse at vi får justert denne og kommer frem til en ny forståelse(Tomassen 2006). Anderson sier at ved å våge å flytte fokus bort fra vår egen forforståelse og til klientens forståelse og livsanskuelse vil vi sammen kunne komme frem til ny og utvidet forståelse(2003). Kan det slik tenkes at det handler mer om et fokusskifte enn å si at en *ikke* har forforståelse?

På forhånd hadde jeg en forforståelse av at informantene var opptatt av å snakke om skyld. Etter hvert som intervjuene skred frem oppdaget jeg at det var nødvendig å gå tilbake til egen forforståelse å justere denne med tanke på hva informantene var opptatt av. Dataene i

undersøkelsen viser at de var opptatt av å formidle anerkjennelse. Noen av dem mente også at dersom de fokuserte på skyld, ville det innebære å fokusere på noe som ikke formidlet anerkjennelse. Andre vil hevde at ved å fokusere på den vonde skyldfølelsen, får ungdommene og familien mulighet til å snakke om dette. Dette kan man snakke om uten å være opptatt av *hvem* som har skyld. Anderson sier som nevnt at den forståelsen som familien har, kan forandres gjennom dialogen(2003).

Innenfor den systemteoretiske tradisjon er man som nevnt opptatt av å ha en "ikke - vitende" tilnærming til familiene. Her er det et poeng ikke å ha ferdig svar på forhånd(Anderson 2003). Er det sånn at vi terapeuter noen ganger *ubevisst* tror at vi er "ikke vitende", mens vi egentlig er "*vitende*"? Det betyr ikke at vi ikke skal tilstrebe og ha så liten grad av forforståelse som mulig. Det er også et mål å ha en åpen og vennlig nysgjerrig holdning til det vi møter.

Det har lenge rådet en forståelse i behandlersystemet om at anoreksi har sin årsak i et negativt eller dysfunksjonelt familiespill(Minuchin mfl.2007). Dette kan ha sammenheng med kulturelle diskurser om anoreksi og psykiske vansker. Disse diskursene går ut på at dersom ungdom har problemer er det ofte foreldrene som ikke har lyktes i sin foreldrerolle(Jørring 2009). Innenfor systemisk tradisjon er det ønskelig å frigjøre seg fra denne forståelsen. Endringsprosesser som dette er uansett noe som tar tid, særlig fordi mange ulike forståelser lever side om side og fortsetter med å påvirke oss.

## **5.2 Det bor mer i deg enn du aner.**

Her fant jeg at informantene hadde en tilnærming som hadde som mål å bidra til å gi ungdommen og familien en forståelse av at problemet er noe utenfor dem selv. Dette skjer ved at terapeuter skiller problemet fra ungdommen. Det er ikke *ungdommen* som er problemet, det er *problemet* som er problemet. I dette tilfellet er det Anoreksien som er problemet. Her tar informantene sikte på å "*tingliggjøre*" problemet, og noen ganger *personifisere* det (White 2006). For å synliggjøre dette skrives Anoreksi her med stor bokstav. Dette kan forstås slik at informantene forsøker å skape håp samtidig som de ønsker å bidra til å minske skyldfølelse. Det kan se ut som at dette er noe av informantenes hensikt med å eksternalisere problemet. Andre vil hevde at det er viktig å fortelle også den problemfylte

historien. Markussen (2004) sier at den problemfylte historien må høres før den kan endres. Slik jeg forstår White, så er det en sentral ide innenfor hans arbeid at noen problemer er så skambelagte at det kan være vanskelig å få familiene til å snakke om disse. Og eksternalisere Anoreksien med dens konsekvenser vil kunne bidra til at familien i større grad makter å vende blikket mot anoreksien og sammen bestemmer seg for å gjenvinne kontrollen over problemet som har klart å få influere deres liv.

Tynne beskrivelser er et begrep innenfor narrativ praksis som indikerer at tilstanden har fått stor plass i beskrivelse av personen. Med dette menes at denne historien (Anoreksi) har blitt den dominerende historien (Lundby 2003). I starten på intervjuet brukte jeg ved en anledning begrepet "den Anorektiske familie". Dette simpelthen for å slippe å si hele den lange setningen: familier som har en ungdom med Anoreksi. En av informantene "nektet" konsekvent å si dette, hun rettet på utsagnet flere ganger ved å si: Familier som har en ungdom med anoreksi. Under dette arbeidet med datamaterialet ble det klart hvorfor hun hadde vært så standhaftig på dette. Det er jo nettopp dette eksternalisering dreier seg om. Nemlig å skille ungdommen fra Anoreksien på en så tydelig måte gjennom språket. I tillegg er "den anorektiske familie" et begrep som tidligere (og fortsatt) ble brukt innenfor den psykodynamiske tradisjon. Dette begrepet refererer til en tenkning om familier som overinvolverte, overbeskyttende og konfliktskyende foreldre, såkalte "*enmeshment families*" (Minuchin mfl.2007, Johnsen mfl.2000). Her blir det tydelig at informantene viser anerkjennelse av foreldrekompetanse og anerkjennelse av ungdommen, gjennom å fremheve individet som noe *mer* enn lidelsen. Vi kan si at det er anerkjennelse i å være genuint interessert i *hele* menneske, ved nettopp å gi uttrykk for at det finnes flere sider ved deg enn det som er vanskelig. Min opplevelse var at informantene som ble intervjuet var opptatt av dette.

I teorikapitlet blir selvbevissthet og selvet trukket frem. Selvbevissthet kan være ulik fra mennesket til mennesket. Hvordan det enkelte mennesket forstår seg selv er av interesse innenfor systemisk tradisjon. Hva ungdom med anoreksi tenker om seg selv, og hvordan foreldrene tenker om seg selv er sentralt her. Når informantene er opptatt av å høre om dette, kan det forstås slik at de ønsker å hjelpe ungdommen med å *utfylle* deres

oppfatninger om seg selv. De ønsker å gjøre dem *oppmerksom* på at det er *mer* de kan si om sin person. Det er flere sider enn den problematiske siden. Denne nye oppfattelse eller oppdagelse av seg selv kan bidra til å gi en økt følelse av sammenheng og mening både i forhold til den aktuelle situasjonen og til tilværelsen for øvrig. En av informantene var særlig opptatt av dette. Hun var interessert i det som Antonowsky refererer til: "*Hvordan gir dette mening for deg?*" (1999) Informanten ga ikke uttrykk for at hun hadde en narrativ tilnærming. Når hun sier *dette* oppfatter jeg at hun mener anoreksien. Hun ønsket å forstå meningen bak anoreksien. Dette kan oppfattes som anerkjennelse i det hun søker å få tak i ungdommens egen opplevelse av situasjonen. Anerkjennelse handler i følge Holm om rett til å ha sin egen opplevelse. Denne rett til egen opplevelse kan i seg selv bidra til forandring av opplevelsen sier Holm(1995). Her oppfattes informanten å være ydmyk for ungdommens ekspertise på egen opplevelse.

Ungdomstiden er en periode i livet som kan betraktes som en tid med re – og nyorganisering. Det er mye nytt som stiger frem og som ungdom må forholde seg til (Johnsen mfl.2000,Bugge 2003). Det kan virke som at informantene som ble intervjuet var bevisst på dette. Anoreksien kan prege ungdommens opplevelse av identitet på en lite hensiktsmessig måte. Ungdom er ikke alltid klar over hvem de er eller hvem de ønsker å være. De er midt i en periode der dette utforskes. Det kan se ut som at de ved utforskning av sin situasjon gjennom narrativ tilnærming får noen viktige bidrag til nettopp denne prosessen. Det er menneskets evne til å være i språklig kontakt med hverandre som avgjør hvorvidt de kan skape og utvikle de muligheter som kan gi nye erfaringer. Den nye felles undersøkelsen kan danne grunnlaget for at nye selv-beskrivelser kan vokse frem (Anderson 2003).

Informantene oppfattes også å være opptatt av ungdommens opplevelse av autonomi. Den ene av dem sa blant annet at det var viktig å se det hele fra ungdommens perspektiv i tillegg til foreldrenes.

Problemstillingen i denne undersøkelsen dreier seg blant annet om i hvilken grad informantene var opptatt av anerkjennelse og hvordan de formidlet dette. Det kommer frem hvordan de også anerkjente foreldrenes funksjon som omsorgsfulle foreldre. Det kan tenkes

at eksternalisering nettopp kan bidra til å gi foreldrene tilbake autoriteten og forsterke foreldrefunksjonen. Den nye forståelsen som fremkommer gjennom eksternalisering blir at det er Anoreksien som herjer med familien. Det er ikke foreldrene som ikke strekker til, eller er dyktige nok. Slik vil eksternalisering kunne bidra til at den tidligere patologiseringen av familiesamspillet mister mye av sin kraft. På den andre siden mener noen det som Minuchin hevder, at noen foreldre er konfliktsky og utydelige både på forventninger og på sin kjærlighet til ungdommen(2007).

Flere av informantene hevder det som White viser til, at eksternaliserende praksis medfører reduksjon av lite produktive konflikter innad i familien(White 2006). I følge White så fratras også medlemmene i familien ansvaret for at problemet kom. Denne tilnærmingen kan tenkes å redusere familiens følelse av fiasko over ikke å ha klart å løse problemet til tross for gjentatte forsøk. Eksternalisering bidro i følge informantene til at familien samarbeider med hverandre om å bekjempe problemet og dets innflytelse på relasjonene i familien. Videre vil dette i følge White bidra til muligheter for andre handlingsmåter i forhold til å befri seg fra problemet (White 2006).

Det kan virke som om denne tilnærmingen lettere maner til *felles* kamp mot Anoreksien. Dette medfører at kampen og innsatsen flyttes fra ungdommen til selve problemet Anoreksien. Nettopp dette å flytte fokus kan bidra til det som vises til i teorien med en positiv utvikling av selvet. Her er det en balanse mellom å hjelpe foreldre til å bevare sin autoritet som foreldre og samtidig bidra til å fremme ungdommens opplevelse av autonomi. Det kun å ha et problemfokus når man snakker med ungdom skaper uro hos den unge, noe som i sin tur kan av terapeuten oppleves som avvising, eller at ungdommen er umotivert(Johnsen mfl. 2000). Informantene i denne undersøkelsen bidro slik til en positiv regulering av intensiteten i følelser ved å fokusere på *mer enn* problemet. En slik regulering av indre tilstand hos ungdommen vil kunne medføre at de opplever å "bli seg selv" i timen(Johnsen, mfl. 2000). Dette kan trolig også henge sammen med å oppnå en større følelse av mening og sammenheng som det refereres til i teorikapitlet(Antonowsky 1999). Når ungdom sammen med foreldre får mulighet til å fokusere på *mer enn* det som er problematisk og ha fokus på andre sentrale sider ved seg selv vil dette øke følelsen av å mestre sitt liv. Å mestre er i følge Antonowsky avgjørende for å oppleve mening i

tilværelsen. En ny historie om en selv er i ferd med å ta form. Informantene var opptatt av nettopp dette.

Vi sier også innenfor det systemteoretiske perspektiv at vi *ikke* kommer med løsninger. Innenfor dette perspektivet er ikke terapeutene ute etter å finne løsninger på folks problemer. Det skal folk eventuelt komme frem til selv. Det er dog ikke alltid slik at terapien skal handle om å finne løsning, men å forstå problemet på en annen måte (Anderson 2003). Når vi har en eksternaliserende tilnærming, øker kanskje mulighetene for at vi ganske raskt definerer hvordan ting henger sammen. Du er ikke problemet, det er ikke deg det er noe galt med. Kanskje kan dette også bidra til ansvarsfraskriving hos både foreldre og ungdom? Er det å ha ansvar det samme som å få skyld? Minuchin ville sannsynligvis mene at foreldre må ta mer tydelig ansvar i sin rolle som foreldre. Han ville slik han oppfattes, hjulpet foreldre til og tre mer tydelig frem som foreldre (Minuchin m.fl 2007).

Slik jeg forstår narrativ praksis med eksternaliserende samtaler, er man her opptatt av å dempe følelsen av skyld både hos foreldre og ungdom. To av informantene sa at de ikke brakte opp temaet om skyldfølelse dersom det ikke tydelig fremkom som noe familien strevde med. Dette var den største overraskelsen i materialet. Det er mulig at dette i verste fall kan bidra til en fortiing av en vanskelig følelse. Slik jeg forstår narrativ praksis, betyr imidlertid ikke dette at skyld aldri ble tematisert, det er snarere måten det gjøres på som blir annerledes når problemet blir eksternalisert. I stedet for å introdusere følelsen av skyld blir det fokusert på hva slags følelser Anoreksien kan gi familien, som for eksempel holde familien nede ved å skape skyldfølelse. Målet med å ta opp temaet skyld kan slik jeg ser det være å forsøke å forstå *hvor* denne følelsen kommer fra. Slik kan dens innflytelsen bli bearbeidet til å miste sin kraft.

Det er vel også slik at den kulturelle diskursen om at det er noe galt med kommunikasjonen i familien til tider vil kunne prege vår forforståelse selv om det er noe vi ønsker å frigjøre oss fra. En av informantene viser til dette når hun sier at *"de tror vi skal lete etter feil med dem, for det ville jeg trodd dersom jeg var dem.."*

Informantene opplevde at foreldrene fikk et annet syn på sin ungdom, når de klarte å skille ungdommen fra problemet. Det kunne her se ut som at informantene var opptatt av å



anerkjenne ungdommen ovenfor foreldrene. Slik fikk foreldrene hjelp til å se flere av egenskapene til den unge. Egenskaper som Anoreksien var i ferd med å stjele fra dem. Informantene fremstod som tydelige på å møte ungdommen og familien på *det* de lykkes med. Det samstemmer med det som White kaller unike unntak. Her er det snakk om mangfoldet av erfaringer fra dagliglivet som passerer vår bevissthet uten at vi legger merke til dem. Det er egenskaper ved familien som ikke får oppmerksomhet fordi de ikke passe inn med problemhistorien. Disse egenskapene har muligheter i seg til å bli betydningsfulle i den nye historien når de blir identifisert(Lundby 2009:39)

Noen vil hevde at det også er nødvendig å ha fokus på de unges sårbarhet. Slik som følelse av ikke å være god nok, ikke strekke til, stygg, fet og opplevelsen av og ikke være verd å elske (Claude-Pierre 1997). Til det kan kommenteres at eksternaliserende samtaler ikke er ensbetydende med og ikke snakke om problemet, det er snarere snakk om en annen måte å snakke om dette på.

### **5.3 Eg ser du har det vondt...**

Ut fra teorikapitlet ser vi at anerkjennelse også handler om innlevelse(Aamodt 1997). Det å forstå smerten i den andres lidelse kan forstås som anerkjennelse. Dette kommer til uttrykk i det informantene sa om dette. Når informanten er spent på hvordan familien har det, er en måte å uttrykke at hun ikke helt vet hvordan de har det. Hun vet at det er vanskelig, men ikke hvordan de konkret opplever *deres egen* smerte. Informanten uttalte at dette vet hun er svært vanskelig for dem og det er ikke vanskelig for henne å vise empati i forhold til dette.

Som vi så i teorikapitlet om empati sier Ulla Holm at empati ikke måtte blandes med sympati.(2005)

Det kan oppfattes som at informanten har mye sympati når hun sier: *Jeg er opptatt av å anerkjenne smerten i det å ha et sykt barn.*

Denne informanten var opptatt av å formidle dette til familien. Hun mente det var viktig at de forsto at hun *forstod* og *oppfattet* at dette var vondt for dem og at de hadde forsøkt å gjøre noe med det som var vanskelig. Sympati er i følge Holm medlidenhet, støtte, kontakt og velvillighet(Holm 2005). Dette var tydelig hos alle informantene som ble intervjuet.

Samtlige fire var opptatt av å vise støtte og forståelse.

Som tidligere nevnt i den teoretiske delen av oppgaven, så er noen ganger holdningen til anoreksi ofte koblet sammen med forståelsen om den kalde eller fraværende mor, eller andre underliggende årsaker som for eksempel utydelige skiller mellom generasjonene (Minuchin 2007). Anerkjennelsen av lidelsestrykket slik det fremkommer hos mine informanter forteller at disse årsaksforklaringene som noen ganger råder i for eksempel de somatiske sykehus ikke er rådende hos informantene i denne oppgaven. Samtidig så reises det noen spørsmål om denne forståelsen gjør at terapeutene blir så redd for å påføre familiene nye lidelser at de rett og slett lar være å ta opp sensitive tema som skyld og skam? I så fall kan man undre seg over hvor denne ideen eller tanken kommer fra. Hva gjør i så fall dette tause tema med den videre bearbeiding av ting som er vanskelig? Det er ikke sikkert det er noe svar på disse spørsmål, men det gjør det ikke noe mindre viktig og spørre seg selv dette. Er det anerkjennelse å la være å ta opp det som ikke sies? Tom Andersen var et eksempel på en som mente dette. Han mente at terapeuten kun skal forholde seg til de uttalte ord, fordi alt annet ville være vår tolkning. (Andersen 2006).

#### **5.4 Når vi sammen bærer den kraftige smerten, blir smerten bærekraftig...**

Innledningsvis i denne oppgaven ble det stilt spørsmål om hvorvidt anerkjennelse kunne oppheve avstand mellom individ og sosialitet. Samarbeid innebærer fellesskap. Familier som har en ungdom med anoreksi kan i mange tilfeller ha ønske om å isolere seg fra andre. En årsak til sosial isolasjon kan være en følelse av annerledeshet. Flere frykter at ingen vil forstå deres situasjon, og følelse av og ikke strekke til gjør at de foretrekker isolasjon (Claude-Pierre 1997). Forskning viser også at internalisert skam preger ungdom med anoreksi. Dette genererer noen handlinger som ungdommen helst vil skjule, og som i sin tur vil kunne lede til sosial isolasjon (Goss, Alan 2009).

Det å få anledning til å dele sine tanker og følelser på en samarbeidende måte ser ut til å kunne hjelpe ungdommen og familien til å våge og tre ut av isolasjonen. Det kan innebære en start på veien i å gjenerobre tidligere fellesskap. Dette kan sees i sammenheng med det som Anderson sier at vi handler intensjonelt og skaper oss selv og vår sammenheng i kommunikativ interaksjon med andre (2003).

Alle informantene var opptatt av at anerkjennelse handlet om samarbeid. Det kom imidlertid frem at det var litt forskjellig hva de la i begrepet samarbeid. Det virket som de informantene med klar narrativ profil lot familiene i større grad være førende for *hva* det skulle samarbeides om. Anderson slik jeg forstår henne vil kunne mene at relasjoner preget av samarbeid, er at terapeuten hjelper familien til å våge å snakke om vanskelige temaer (Anderson 2003). Dette kan forstås som en respekt som handler om å møte folk der de er, og snakke om det de signaliserer de er klar for å snakke om. Dette sa også informantene var deres ekspertise, nemlig å legge til rette for en bredere plattform og samtale ut fra. Så kan terapeuten sammen med familien etter hvert nærme seg de mer vanskelige tema.

Det kunne også forstås dit hen at informantene var bevisste på at det finnes ingen sannheter om hva som er riktig eller galt. Det sosialkonstruksjonistiske perspektiv fremhever at ulike mennesker krever ulik tilnærming. Selv om vi ser de samme objektene kan *meningen* vi tillegger dette være helt forskjellig (Gergen & Gergen 2008). Mennesker snakker ut fra sin kulturelle tradisjon og sin historie når de definerer hva som er virkelighet for dem. Vi kan si at mens vi kommuniserer med hverandre blir vår verden konstruert av oss i et samarbeid (Ibid).

De informantene som ikke hadde klar narrativ profil betraktet samarbeid som at dette var et stykke arbeid de skulle gjøre sammen. De henviste til at det var lettere å stå i prosessen når man ikke var alene. Det er ikke vanskelig å være enig i dette som informantene her legger i samarbeid. En av informantene ønsket å formidle at hun var i stand til å hjelpe familien. Det at de faktisk hadde oppsøkt hjelp var i seg selv et signal på at de ikke klarte dette alene.

Når man samarbeider med noen så blir det heller ikke trukket raske konklusjoner. Med dette menes at en relasjon preget av lite samarbeid vil kunne bli preget av pådyttede meninger eller forståelser uten at begge partenes synspunkter kommer nok frem. Dette sier også Aamodt når hun sier at samarbeidet mellom klient og sosialarbeider bør preges av at ikke sosialarbeideren har svarene ferdig på forhånd. Det er av betydning at sosialarbeideren er nysgjerrig på hvordan og hva klienten tenker om sine vanskeligheter og hvordan de eventuelt skal løses (2005, Anderson 2003).

En av informantene var opptatt av ikke å si til folk at de var flinke. Det å rose familier kunne bidra til at hun fremstod som dommer over rett og galt. Her viser hun også hvordan hun er opptatt av en likeverdighet i relasjonen (Aamodt 1997). Hun fremhever familiens autoritet i forhold til å ha rett til egen opplevelse (Anderson 2003). Det kan være fristende og igjen trekke frem Minuchins strukturelle familierapi her som en motsats til dette. Ifølge hans tenkning må familiens struktur restruktureres til å få en struktur som *terapeuten* mener er mer hensiktsmessig (Minuchin mfl. 2007).

Informanten som ikke ønsket å rose tolkes dit hen at det ligger vurdering i ros, og at en vurdering ikke bærer preg av samarbeid men heller definering av rett og galt. Lundby refererer til White når han sier at ros eller applaus gis ut fra en maktposisjon. Det ligger implisitt i dette at den som roser eller applauderer en annen gjør det ut fra en posisjon noen hakk høyere opp enn den som bedømmes (2009:60). Det er lett å være enig i dette. Samtidig så oppfattes denne informanten slik at hun mente at anerkjennelse også handlet om ros. Det er ikke slik Løvlie Schibbye forstår anerkjennelse. Slik vi leser det i teorikapitlet skiller hun derimot mellom å *ha* anerkjennelse som om det var noe du hadde *fått*, og å *være* anerkjennende (Løvlie Schibbye 2002).

Innenfor narrativ praksis vil terapeuten ha en mer beundrende holdning i sin undring ovenfor det som ungdommen har klart. For eksempel å spørre om hva som gjorde at de fikk til dette eller hint. Terapeuten gir da uttrykk for at hun er imponert over måten de fikk dette til på. Likedan å spørre om hvordan de andre familiemedlemmene reagerte på at de fikk det til. (Lundby 2009) Slik jeg ser dette vil det da bli ungdommen selv som fremhever det gode eller det som er bra i det de har gjort. Dette vil være mer en bekreftelse enn ros.

Samarbeid kan forstås på mange måter. En måte å forstå dette på, kan være det som Anderson skriver om som kalles *deling av oppmerksomhet*. Dette begrepet har Anderson hentet fra Stern og hans oppmerksomhet rettet mot spedbarnet. I dette menes det å følge håndbevegelse eller den andres blikk. Slik at vi ser det den andre ser, og slik deler oppmerksomheten (Johnsen mfl. 2000). Hva er foreldrene og ungdommen opptatt av? Hvor de har sin oppmerksomhet vil i denne forbindelse være viktig og utforske.

Slik vi var inne på tidligere i forhold til det sosialkonstruksjonistiske perspektiv, så skaper vi mennesker oss selv gjennom interaktiv kommunikativ samhandling med hverandre (Gergen

& Gergen 2005). Derfor er det lett å være enig i at samarbeid er en viktig forutsetning for forandring.

En av informantene sa at det også ligger anerkjennelse i å våge å stå i uenigheten. Dette vil være av betydning i forhold til utvikling og endring. Uenighet i dette tilfellet dreier seg ikke om det personlige forholdet men heller om de konsekvenser som anoreksien medfører for familien. Som at det ikke er godt å løpe opp og ned trappen hundre ganger i løpet av en dag.

Det kan også ligge en liten fallgruve i dette som informantene her mener med samarbeidorientert terapi. Denne fallgruben består i at vi som terapeuter kan fremstå som vage og utydelige. Når en av de andre informantene i oppgaven sier: "*Hvem er jeg som kan stille meg til dommer*", kan det virke som at vi blir for tilbakeholden med vår kunnskap og erfaring. Denne informanten sa imidlertid også at vår kunnskap bestod i å legge til rette for en bredere plattform å snakke ut fra. Dette innebærer at vi har kunnskap om *prosessen* snarere enn personen. Det å ha en refleksjon eller å være uenig trenger ikke å innebære at terapeutene har en dømmende holdning. Mange av foreldrene opplever at de har kommet til kort, og mislyktes i sin rolle som foreldre. Dette er en opplevelse vi kan stå i fare for å overse dersom vi ikke skal være oppmerksom på temaer som kanskje ikke kommer så tydelig frem. Det kan hende at de ligger der likevel. Når noen av informantene sier at de bare skal snakke om det som familiene vil snakke om, hvordan kan de da bidra til nye selvbevisstheter hos de unge? Jo ved at terapeuten beveger seg så tett på familien som mulig. Slik vil terapeuten bidra til at familien sakte men sikkert beveger seg. Dette handler om det som Andersen mente med å bringe inn en *passé forskjell*, i motsetning til en for stor forskjell. Her mener han at hvis mennesker utsettes for noe som er helt sedvanlig vil det ikke oppstå noe forandring, for *mye* uvanlig vil lukke for forandring, mens akkurat *passé uvanlig* kan fremkalle en forandring. Her er Andersen inspirert av Batesons begrep "*en forskjell som gjør en forskjell*" (Andersen 2006).

Familieterapiens utgangspunkt har vært at problemer oppstår i relasjoner og må derfor arbeides med i relasjonelle sammenhenger (Johnsen mfl 2000). Her finner jeg at informantene jeg intervjuet handler i tråd med tidligere empiri om at familieterapi har vist seg å ha best effekt på behandling av anoreksi (Rhodes 2003). De var opptatt av det

relasjonelle, og noen av dem var tydelige på at de ikke skulle behandle familiene, de skulle samarbeide med disse. Turid Foss sier i boka til Lundby at språk former praksis. Hun spør hva som skjer dersom vi bytter ut ordet behandling med ordet samarbeid (Foss i Lundby 2009:113)? Jeg tror det blant annet kan bidra til økt anerkjennelse.

## 5.5 Tillit er en forutsetning for å våge seg ut i ukjent landskap

*Frykt banket på, tillit åpnet. Det stod ingen utenfor.*

*Kinesisk ordtak.*

Det å ha en visshet om at terapeutene har den kunnskap som familiene trenger for å få hjelp, kan tenkes å være et viktig bidrag til følelse av trygghet i situasjonen. Noen mener at å *formidle* direkte til familien at vi vet hva vi gjør, bidrar til trygghet. Den ene av informantene i oppgaven mente nettopp dette. Hun mente det bidro til trygghet å bekrefte ovenfor bekymrede foreldre at dette ikke er ukjent for henne. Hun ønsket å formidle at hun hadde en trygg forvisning om hvordan dette skulle håndteres.

Så kan vi spørre om trygghet har noe med anerkjennelse å gjøre. Det er de flestes oppfatning at anerkjennelse bidrar til trygghet. Begrepene henger slik jeg ser det sammen. Det skal heller ikke oppfattes slik, at selv om vi formidler at vi har kunnskap om anoreksi betyr ikke det at vi også sier at vi har kunnskap om den *enkelte* familie.

Teorikapitlet omtaler terapeuten som en *trygg tiknytningsperson* og bidrar med dette til en anerkjennende terapeut (Løvlie Schibbye 2002). Det er i en trygg atmosfære at ungdommen hører hva hun selv sier. Terapeuten lar slik fenomenene tre frem. Det handler om å tilegne seg en type varhet, åpenhet og tilgjengelighet som gjør at det utilgjengelige trer sakte men sikkert frem. Det handler i bunn og grunn om å lytte med hele seg og alle sine sanser. En slik måte å lytte på vil bidra til økt trygghet hos klienten. (Løvlie-Schibbye 2002:245) Løvlie-Schibbye gjør bruk av ordet *lytting* som sentralt i en anerkjennende relasjon. Det kan virke som det er dette informantene her er opptatt av når de snakker om nødvendigheten av trygghet. Det er av stor betydning for at familiene og ungdommen skal våge å snakke om, og bevege seg innenfor de vanskelige og smertefulle temaene (Ibid). Øystad viser til filosofen Knud Løgstrup som sier at kommunikasjon handler om å våge seg frem på for å bli

imøtekommet. Partene byr på seg selv, "vi ønsker å bli mottatt ved at vår tone blir antatt". (Øystad 2009:27)

Dette blir også betydningsfullt dersom vi skal tro forskningen som sier at 96 % av ungdommer med anoreksi viser en utrygg tilknytningsstil (Anderson mfl 2008). Trygghet i terapien blir også viktig når undersøkelser viser at ungdom som utvikler og opprettholder anoreksi har lav grad av selvfølelse og negativ selvevaluering (Dehlin 2006, Goss & Alan 2009). Noen hevder også at ungdom er nettopp avhengige av kommunikasjon med voksne for å våge å gå ut i det ukjente. Utvikling består blant annet i å gå ut i det som ennå ikke mestres, ut i *ukjent landskap* som den ene av informantene sa. Det er viktig at dette gjøres med den voksnes involvering, her terapeutene (Øvreeide 2000).

Det at informantene viste en sånn nysgjerrighet på familiens *unike opplevelse*, og deres liv, kan tenkes å formidle trygghet ved at akkurat deres opplevelse er viktig. Den narrative praksisen er opptatt av å finne flere sider ved familiene enn den problematiske. Blant annet ved å gjenoppdage de ressurser de har, som de har hatt nytte av tidligere i andre sammenhenger. Mange vil mene at det å få lov å formidle et utvidet bilde av seg selv, også er trygghetsskapende. Det at noen er interessert i flere sider ved familiens liv vil kunne bidra til en god og trygghetsskapende stemning.

John Shotter og Arlene Katz skriver i boka *Inspirasjon* om Tom Andersen at han var opptatt av *måten* det ble snakket og lyttet på. De kalte dette for en *responsiv, reflekterende samtale*. Dette handler om at terapeuten er fintfølende og lydhør. De viser til den russiske filosofen Michail Bakhtin som sier: "

*Fortrolig samtale er gjennomstyret av en dyp tillit til adressaten, til vedkommendes viten, til sensitivitet og goodwill i vedkommendes responsive forståelse. I denne atmosfæren av bunnsolid tillit avslører den talende sine indre dyp"*

(Anderson & Jensen 2008:32)

En av intensjonene med denne undersøkelsen var å se på sammenhengen mellom anerkjennelse og selvbevissthet. Når informantene viser stor interesse for blant annet å skape trygghet i relasjonen kan dette vise noe av denne sammenhengen. Det er sannsynlig at fokus og interesse på hele mennesket kan gi en følelse av øket selvbevissthet. Det finnes mer av meg enn bare det som er vanskelig og dominerende akkurat nå. En anerkjennelse av hele mennesket er å foretrekke fremfor ensidig patologifokus. Det er ikke uvanlig at ungdom

strever med følelser de mener er uakseptable, noe som bidrar til at de strever med sitt selvbilde. Det er først når ungdommen opplever å bli møtt med aksept og toleranse at de kan se på seg selv slik som terapeuten ser på dem, og dermed gjøre nye vurderinger av sine opplevelse. (Løvlie-Schibbye 2002)

Det å bli anerkjent som det hele mennesket vi er, vil også kunne innebære og beholde kontrollen over sitt liv. Å bli fratatt kontroll og innflytelse vil i motsatt fall kunne medføre uttrygghet.



## 6.0 Avslutning

Denne undersøkelsen har hatt som mål å undersøke hva terapeuter som behandler ungdom med anoreksi legger i begrepet anerkjennelse. Jeg ønsket å belyse *hvordan* de formidlet anerkjennelse til ungdommen og familien. Samtidig håpet jeg å finne ut *hva* de ønsket å oppnå gjennom anerkjennelse.

Denne undersøkelsen har banet seg vei gjennom teoretiske fundament for anerkjennelse, veien om det sosialkonstruksjonistiske vitenskapssyn, til informantenes beretning om sitt møte med familiene, og til slutt min drøfting av resultat opp mot teori og empiri.

På bakgrunn av beskjedent materiale og det faktum at kunnskap er kontekstuell, vil jeg være forsiktig med å trekke konklusjoner i forhold til funn.

Undersøkelsen viser at de terapeutene som ble intervjuet var alle opptatt av å ha en anerkjennende holdning i møte med familiene der en ungdom har anoreksi. De fem områdene som fremstår tydelig i materialet er: *Å ikke tro at du vet noe om familien på forhånd, å skille ungdommen fra problemet, å ha empati for familiens lidelse, familien som samarbeidspartnere, og til slutt var de opptatt av en trygg tilknytning i relasjonen.*

Da jeg startet denne undersøkelsen, var jeg opptatt av om terapeutene hadde noen forforståelse av ungdommen og familiene på forhånd, og i så fall hvilke. To av informantene mente at anoreksien kommuniserte at det var noe som ikke var bra i familiens liv. De to andre som ble intervjuet var bevisst på at de ikke ønsket å være opptatt av sin forforståelse. Alle informantene hevdet at hver enkelt familie var unik og ikke kunne sammenlignes med tidligere familier de hadde vært borti. Mine informanter fremstod som anerkjennende og respektfulle når de snakket om de familiene de samarbeidet med.

Personlig tror jeg det er umulig ikke å ha noe forforståelse. Tidligere kunnskap og erfaring er noe vi bærer med oss på ulik måte. I denne forbindelsen er det naturlig å nevne Pierre Bourdieu (1931-2002) *habitus* - begrep. Dette går ut på at det ikke er så lett å kvitte seg med noe som er nærmest internalisert i ryggmargen. Dette handler om vaner og visse kulturelle diskurser som har fått feste seg (Wilken 2007). Teorien om anoreksi for eksempel bidrar i seg selv til å gi en forforståelse.

Før jeg startet med undersøkelsen, trodde jeg at skyld og skam var tema som informantene var opptatt av å jobbe med i terapien. Jeg har fra egen praksis opplevd at dette har vært fremtredende tema hos særlig foreldrene. Det viste seg at informantene hadde helt andre tilnæringsmåter til dette tema enn det jeg først tenkte. To av informantene mente at dette var tema familien selv skulle ta opp dersom de ønsket å sette ord på dette. De ønsket ikke å introdusere tema som kanskje ikke var der.

Personlig er jeg fascinert av narrativ praksis. Det er fordi jeg opplever at denne tilnærming står for en genuin respekt og anerkjennelse av mennesket i måten å samarbeide på. Samtidig viser den også en respekt for familiens kompetanse på eget liv. Det som gjør at jeg opplever dette som en befriende tilnærming, er min erfaring med anoreksiens inngripen i familiene. Anoreksien medfører stor engstelse og bekymring hos familiene til ungdommer med anoreksi. Familiene organiserer hele sin tilværelse rundt denne lidelsen. Dermed blir familiens egne ressurser og kvaliteter satt på vent. Informantene som hadde denne tilnærming bidro, slik jeg ser det, til at familien fikk en kraftfull mulighet til å hente frem egne ressurser som kunne bekjempe problemet.

Når det er sagt, så mener jeg denne tilnærmingen også kan reise noen problemstillinger. Den historien som terapeutene ønsker å vektlegge, kan fremkomme som et resultat av terapeutenes spørsmål. Disse spørsmålene er med stor sannsynlighet utformet på bakgrunn av terapeutenes forståelsesramme. Kan man alltid vite at familiens forståelsesramme passer inn her? Kan det å snakke om anoreksien som det utenforstående problemet utelukke *andre* måter å forstå dette på? En av informantene var opptatt av at det også var viktig å stå frem og mene noe. Dersom foreldre ikke våger å fronte kampen om hva slags matvarer som skal handles inn, kan det utgjøre alvorlig trussel mot liv og helse. Når kaloriinnhold og næring blir lavere enn det som er anbefalt, bør man ikke da som terapeut stå frem og være tydelig på at det er en helserisiko man som foreldre ikke skal være villig til å ta? Jeg tenker at det ene ikke trenger å utelukke det andre, men at det snarere handler om *måten* man mener noe på. Eller som Søndergaard uttrykker det: *"å drive terapi er å knytte forståelse og handling sammen innenfor de konkrete rammer, å skape mening i den fortalte historien"* (Søndergaard 2004)

Informantene i denne oppgaven var alle sammen opptatt av den smerten som anoreksien påførte hele familien. Dette var interessant for meg fordi jeg har tidligere støtt på flere myter som har preget behandlingen av ungdom med anoreksi. Disse mytene har vært preget av at ungdommen er manipulerende, vanskelige, og at de lurer oss til å tro at de spiser mer enn de har gjort. Mytene forteller også at foreldrene mangler autoritet som foreldre (Claude-Pierre 2007). Disse mytene så ikke ut til å være tilstede blant mine informanter. De var opptatt av at alle stemmene i familien skulle høres, de var opptatt av at de som terapeuter skulle være en trygg tilknytningsperson i en vanskelig tid for hele familien. Det de håpet å oppnå kan se ut til å være en samskaping av ny mening rundt det problematiske.

Skårderud sier at anoreksi er en psykisk sykdom, ja men hva så? Hva vil vi egentlig med denne inndelingen i psykisk helse og somatisk helse? Drude von der Fehr refererer til Anna Louise Kirkengen som etterlyser at man fra medisinsk hold i større grad forstår *den smertefulle kroppen også som en eksistensiell størrelse*, og at medisinen innlemmer pasientens egen erfaringsgrunnlag som en del av behandlingen (Fehr 2008:10).

Anoreksiens vesen griper inn i våre følelser på ulik måte. Alle har vi et forhold til vår kropp, positivt eller negativt. Hvor mange av oss har ikke gjentatte (og mislykkede?) slankeforsøk bak oss? I tillegg er mat kultur, og et viktig sosialt anliggende. Hva skjer med oss når noen utfordrer dette på den måten som anoreksien gjør?

Denne undersøkelsen har mangler ved seg. Det er i seg selv en mangel at det er terapeuter som har vært informanter og ikke familiene eller ungdommen selv. Deres bidrag hadde vært berikende i forhold til å undersøke om det forholder seg på den måten terapeutene tror. Det er familiene og ungdommen selv som er de beste til å svare på om de kjenner seg anerkjent og møtt i forhold til dette tema. Dersom jeg skulle gjøre noe fremtidig forskning på dette, ville det derfor være naturlig å spørre familiene direkte hvordan de opplever den terapeutiske tilnærmingen. Det hadde vært spennende å undersøke hva familiene selv tenker om den narrative tilnærmingen. Det hadde også vært spennende å se hvordan disse terapeuters tilnærming passer for *alle* typer familier.

Det har vært en nyttig erfaring for meg å gjennomføre denne undersøkelsen og det har utvilsomt bidratt til et faglig løft. Det har bidratt til større kritisk refleksjon i forhold til det jeg

leser av teori og empiri, samt gitt en økt bevissthet rundt egen forforståelse av familier der en ungdom har anoreksi.

Har så denne undersøkelsen relevans for videre praksis? Jeg vil hevde at anerkjennelse er det bærende element i all hjelpekunst, og at dette er et tema som vi altfor ofte tar som en selvfølge. Det vil være nødvendig å stoppe opp og reflektere over vårt eget forhold til begrepet anerkjennelse. Hvordan kan jeg vite at den andre føler seg anerkjent?

Anerkjennelse er uansett en valuta som ikke tappes når den gis.

Jeg avslutter denne undersøkelsen med noen kloke ord fra Albert Einstein:

*"You can never solve the problem with the same kind of thinking that has created the problem"* (Gilligan&Price 1993).

## **Etterord**

*Hvis sannhed i dødelige hjerter  
Kunne røre de høyeste kræfter  
Tror jeg at min kjærlighed til deg  
Kunne fjerne døden fra din vei.*

A.E.Housmann

## 7.0 Referanser

Aamodt, Laila Granli (1997) 1.utg *Den gode relasjonen. Støtte omsorg eller anerkjennelse?*

Oslo Ad Notam Gyldendal

Aamodt, Laila Granli (2005)1.utg *Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialt arbeid.* Oslo Fagbokforlaget

Alan Steven, Goss Kenneth (2009) *Shame, Pride and Eating Disorders.* Clinical Psychology and Psychotherapy, nr 16 s.303-316

Andersen, Tom (2006) 3 utg. *Reflekterende prosesser.* Dansk psykologisk forlag [www.DPF.DK](http://www.DPF.DK)

Anderson, Anette T, Monsen, Nadja, J.N, Møllerløyken Ellen. (2008)*Tilknytningsteori en forklaringsmodell for "drop out" fra behandling ved spiseforstyrrelse?* Hovedoppgave i psykologi, Psykologisk Fakultet Universitetet i Bergen

Anderson, Harlene (2003) *Samtale, sprog og terapi.* København Hans Reitzels Forlag

Anderson, Harlene & Gehart, Diane (2007) *Collaborative Therapy. Relationships and Conversations that makes a difference.* New York Routledge by Taylor & Francis Group

Anderson, Harlene & Jensen Per (red)(2008)1Utg. *Inspirasjon. Tom Andersen og reflekterende prosesser.* Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS

Antonowsky, Aron (1991) *Hålsans Mysterium,* Stockholm Natur og kultur

Ariadne. Digital kunnskapsbase for kulturfagdagene. Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo URL: <http://www.intermedia.uio.no/ariadne/kulturhistorie/forskningsetikk> (lest 11.04.10)

Bagge, Randi F.(2007)*Refleksjoner omkring begrepet "ikke-vitende" posisjon* Fokus på familien nr 2, s.113-126 Tidsskrift for familiebehandling. Oslo Universitetsforlaget

Bae. Berit & Waastad, Jan Erik (1992)1.utg. J.E. *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner* Oslo Universitetsforlaget AS

Bjørnstad, Linda(2009) *Skyld og skam. Sentrale tema i depresjon og terapi*. Hovedoppgave, profesjonsstudie i psykologi. Det Psykologiske Fakultet UiB

Bugge, Kari E, Eriksen Hilde, Sandvik, Oddbjørn(red)(2003) *Sorg*. Bergen Fagbokforlaget

Claude-Pierre Peggy (1999)1.utg. *Spiseforstyrrelsens hemmelige sprog. En ny og revolusjonerende forståelse av anoreksi og bulimi*. København Borgens Forlag

Dalland Olav,(1999)1.utg. *Pedagogiske utfordringer for helse og sosialarbeidere*. Oslo Gyldendal Akademisk

Dehlin Anna,(2006) Hovedoppgave i sosialt arbeid, Sverige

Fehr, Drude Von Der(2008) *Når kroppen tenker*. Oslo Universitetsforlaget

Gergen, Kenneth og Gergen, Mary (2005) *Social Konstruktion Ind i samtalen*. Århus, Dansk Psykologisk Forlag

Gergen Kenneth, (2008) *Therapeutic Challenges of multi – being*. Journal of Family Therapy

Gilligan, Stephen & Price, Reese (1993)*Therapeutic Conversations* W.W.Norton & Company New York

Helleve, Mette (1999) *Anerkendelsen som relationens arena*. Hovedoppgave i Cand.paed. Eksamen i pedagogikk. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo

Holm, Ulla. Empati, (2005)1.utg. *Å forstå menneskers følelser*, Oslo Gyldendal Norsk Forlag

Hånes, Hanna.(2009)*Ny behandling for anoreksi*. Psykisk helse nr 3

Hårtveit, Håkon og Jensen, Per(2004) 2.utg. *Familien – pluss en* Oslo Universitetsforlaget

Johnsen Astri, Sundet Rolf, Torsteinsson Vigdis Wie,(2000)1.utg. *Samspill og selvopplevelse, nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo Universitetsforlaget Tano Aschehoug

Juul, Jesper og Jensen Helle, (2003)1.utg. *Fra lydighet til ansvarlighet – pedagogisk relasjonskompetanse*. Oslo Pedagogisk Forum

Jørring, Nina Teis(2009) *Først tok Anoreksien magten, så tog hospitalet den. Gjennom narrativ terapi kan behandlere og familie sammen skape en alliance og tage magten tilbake til familien.* Fokus på familien, Tidsskrift for familiebehandling nr 4, Oslo Universitetsforlaget

Kvale, Steinar (1997)1.utg. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo Gyldendal Norsk Forlag

Langdridge, Darren(2006)1.utg. *Psykologisk forskningsmetode, En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger.* Trondheim Tano Akademisk Forlag

Lie, Gunnar(2007) *Tegn på respekt. En kvalitativ undersøkelse om respekt og anerkjennelse i møtet mellom hjelpesøkende foreldre og det kommunale barnevern.* Master i familieterapi og systemisk praksis. Oslo Diakonhjemmet Høgskole.

Lundby, Geir (1998)1.utg. *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier.* Otta Tano Aschehoug

Lundby, Geir (2009)1.utg. *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis.* Valdres Pax Forlag

Løvlie Schibbye, Anne-Lise (2002) 1.utg. *En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie.* Oslo Universitetsforlaget

Malterud, Kirsti (2003)2.utg. *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning.* Oslo Universitetsforlaget

Markussen Ivar,(2004) *I lånte fjær. Om ideer og begrepsbruk i narrativ terapi.* Fokus på familien, Tidsskrift for familiebehandling nr 3,Oslo, Universitetsforlaget

Minuchin Salvador, Nichols Michael P, og Lee Wai-Yung.(2007) *Assessing Families and couples.* USA Pearson Education Forlag

Myhra Siv Merethe,(2008): *Gravide rusmiddelmisbrukere innlagt etter Lov om sosiale tjenester §6-2a. Kvinnens utvikling av tilknytning til det ufødte barnet. Behandlers perspektiver og beskrivelser* Master i familieterapi og systemisk praksis. Oslo Diakonhjemmet høgskole.

Okkenhaug, Berit (2009)1.utg. *Når jeg skjuler mitt ansikt. Perspektiver på skam.* Oslo Verbum Forlag



O`Shaughnessy Ruth & Rudi Dallos (2009) *Clinical Child and Psychology and Psychiatry. Attachment Research and Eating Disorder. A review of the literature.*(Artikkel.)

Sand, Liv og Vold Agnete,(2002) *Fra "techne" til "phronesis" Psykologens rolle i lys av moderne og postmoderne kunnskapsteori* Hovedoppgave Profesjonsstudie i psykologi. Det psykologiske fakultet UiB

Skårderud, Finn (2001)1.utg. *Tapte ansikter. Introduksjon til en skampsykologi.*1: Wyller Trygve(Red) *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne.* Bergen, Fagbokforlaget s.37-52

Skårderud Finn,(2000)1.utg. *Sterk Svak, Håndboken om spiseforstyrrelser.* Oslo Aschehoug

Skårderud Finn,(2002) *Anoreksi* Sinnets helse.no Publisert 22.09.

Skårderud Finn,(2004) *Den kommuniserende kroppen, spiseforstyrrelser og kultur.* Tidsskrift for Den Norske Legeforening nr 18

Skårderud Finn, Gotestam K.G, Rosenvinge J.H.(2004)*Spiseforstyrrelser – en oversikt.* Tidsskrift for Den Norske Legeforening nr 15

Skårderud Finn,(2008)*Hellig anoreksi Sult og selvskade som religiøse praksiser. Catarina av Sienna (1347-80)* s. 408-420 Tidsskrift for Den Norske Psykologiforening nr 4

Sommerschild Hilchen og Grøholt Berit.(1989)1 utg. *Lærebok i barnepsykiatri.* Otta Tano

Søndergaard Svend,(2004) *Det får være grenser for grenser* Fokus på familien Tidsskrift for familiebehandling nr 3

Rhodes, Paul (2003) Artikkel: *The Moudsley Model of Family Therapy for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: Theory, Clinical Practice and Empirical Support*

Thagaard Tove.(2002)2.utg. *Systematikk og innlevelse En innføring i kvalitativ metode.* Bergen, Fagbokforlaget

Thomassen, Magdalene(2006)1.utg. *Vitenskap Kunnskap og Praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* Gyldendal Akademiske Oslo

Thornquist, Eline Tidsskrift Norsk Legeforening nr 11. 1994

White Michael (2006)1.utg. *Narrativ Praksis*. København Hans Reitzels forlag

Wilken, Lianne (2006) 1. utg Pierre Bourdieu. Roskilde Universitetsforlag.

Ølgaard Bent.(2004) 3.utg. *Kommunikation og økomentale systemer. En introduksjon til Gregory Batesons forfatterskap*. København Akademisk Forlag

Richardt Mette(2007)*Jesper Juuls selvfølelsesbegrep. En studie i Jesper Juul sine ideer om hvordan man utvikler god selvfølelse hos barn. Er ros like skadelig som ris?* Hovedoppgave i pedagogikk, Universitetet i Oslo.

Øiestad Guro (2009)1.utg. *Selvfølelsen* Oslo Gyldendal Akademisk Forlag

Øvreeide Haldor,(2000) 2.utg. *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Oslo HøgskoleForlaget.

## **8.0 Oversikt over vedlegg**

**Vedlegg 1      Forespørsel om deltagelse.**

**Vedlegg 2      Samtykke**

**Vedlegg 3      Intervjuguide**

### **Forespørsel om deltagelse i mastergradsprosjekt**

Jeg skriver på en masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo.

Mitt tema er: *anerkjennelse i møte med familier der et medlem har anoreksi.*

Jeg ønsker å ha fokus på terapeutens rolle. Jeg ønsker å få belyst hva terapeutene sier eller gjør for at familiene skal kjenne seg anerkjent.

Intervjuet vil vare ca en time. Jeg vil be deg/dere om å fortelle fritt om tema anerkjennelse. Jeg vil forsøke å få frem historier om anerkjennelse ved å stille noen åpne spørsmål.

Intervjuet vil bære preg av en samtale.

Deltagelsen er frivillig, og respondenten står fritt til å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn til dette. All informasjon som du/dere gir under intervjuet vil bli behandlet konfidensielt.

Jeg vil benytte lydbånd under opptaket. Dette vil bli oppbevart i låsbart skap og slettet/makulert etter oppgavens innlevering og sensur er satt.

Håper på velvillig respons.

Vennlig hilsen  
Hege Staalesen Larsen  
Midtskogveien 13 D  
2019 Skedsmokorset  
Tlf: 930 34 230

## Samtykkeskjema

Jeg samtykker med dette til å bli intervjuet av Hege Staalesen Larsen i forbindelse med hennes masteroppgave i systemisk familierterapi.

Jeg er klar over at det er frivillig og delta og at jeg kan trekke meg uten og oppgi grunn til dette.

All informasjon og videomaterialet er konfidensielt og blir behandlet etter gjeldende regler. Materialet makuleres etter sensur er gitt.

Dato:.....

Underskrift.....

## Intervjuguide

Innledning:

Presentasjon.

Hensikten med prosjektet. Jeg er opptatt av fenomenet anerkjennelse, og klima i den terapeutiske samtalen. Hvordan familieterapeutene opplever de enkelte møtene. Med anerkjennelse tenker jeg at det handler mye om tilstedeværelse og nærvær. Være på klientens side i dens kamp, være åpen for den andre.

### **Bakgrunnsinformasjon:**

Kjønn

Alder

Erfaring

Profesjon

### **Åpningsspørsmål:**

Hvordan opplevde du å få spørsmålet om å stille opp til dette intervjuet?

Hvor mye erfaringer har du fra arbeid med anorektiske familier?

Hva tenker du som terapeut om disse familiene på forhånd? (forforståelse)

Hva slags forforståelse tror du *familien* har om anoreksi?

### **Kjønnsperspektivet:**

Sett ut fra et kjønnsperspektiv tror du at du ville jobbet annerledes med gutter med anoreksi enn med jenter?

Hva slags tanker gjør du deg om at det kan se ut som at det er flest jenter enn gutter som har anoreksi?

### **Anerkjennelse:**

Hva legger *du* i fenomenet anerkjennelse?

(Hva forstår du ved uttrykket "familiens egen ekspertise")

Hvilke kompetanse ville du vektlegge hos en terapeut som skulle jobbe sammen med deg med anoreksi?)

Hva tror du er virksomme elementer i samtalen for at familien skal oppleve seg anerkjent?

(Hvordan tror du at det første møte er av betydning for at familien skal føle seg anerkjent?)

På hvilke måte kan din forforståelse av anoreksi påvirke anerkjennelse i det terapeutiske klima? (Opptatt av årsaksforhold)

Hvordan tror du anerkjennelse kan bidra til opphevelse av avstand mellom terapeut og familien?

Hvilke forutsetninger tenker du må være tilstede i møtet for at familien skal kjenne seg anerkjent?

*Hva* er konkret viktigst å anerkjenne i dine møter med anoreksifamilier?

Kan du si noe om anerkjennelsesbegrepet i relasjon til forandring?

Anerkjennelse mellom terapeut og familien.

Hva tror du det er som får familiene til å åpne seg og dele sine liv?

Kan du beskrive hvordan skyldfølelse er et tema i arbeid med anoreksifamilien.

Isolasjon kan ofte prege familier der et medlem har anoreksi, hvordan kan anerkjennelse bidra til å bryte isolasjon?

**Intervjuet:**

Hva var vanskelig å forklare?

Opplevde du at noe ble helt feil?

Er det noe du kunne tenke deg å forklare på nytt?

Tror du jeg har misforstått noe?

Har du noe å tilføye?