

# **MASTER I FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK PRAKSIS**

**Diakonhjemmet Høgskole**

## **”DE TOK NOEN GREP SAMMEN”**

En studie av hvordan terapeuter innen psykisk helse for barn og unge forstår fenomenet spiseforstyrrelse og hva de tenker er sentralt i behandlingen, med fokus på hvordan samarbeid med familie og andre instanser vektlegges i deres tilnærming.

**Solbjørg Skruklien**

**Kull: Mgfam h07**

**APRIL 2011**

## **SAMMENDRAG**

Dette er en kvalitativ undersøkelse. Intervjuene ble foretatt med tre ansatte fordelt på to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Tidsrommet for undersøkelsen var fra november til desember 2010.

Undersøkelsen omhandler hva erfarne behandlere innen psykisk helse for barn og unge legger vekt på i forståelse og behandling av fenomenet spiseforstyrrelse, og hvordan samarbeid med familie og andre instanser er integrert i dette. Metoden Interpretative Phenomenological Analysis, IPA, er brukt til å bearbeide og analysere materialet.

Undersøkelsen er ment som et bidrag til å sette lys på behovet for samarbeid med familiene til de unge med spiseforstyrrelser, som en del av behandlingen, samt stimulere til samarbeid mellom ulike instanser. Undersøkelsen belyser også noe av den kontekst poliklinikkene jobber innefor i møte med unge med spiseforstyrrelse.

Alle informantene har erfaring med behandling av unge med spiseforstyrrelse. Mange faktorer virker inn på hva de legger vekt på i behandling av spiseforstyrrelse, og om familie og andre samarbeidspartnere trekkes inn. Dette handler bl.a. om kunnskap de har ervervet seg, erfaringer de har med seg, fagbakgrunn og personlige faktorer.

Funnene i denne undersøkelsen forteller at synet på familien som ressurs er godt ivaretatt, og at familie inviteres med i behandling. Det legges videre vekt på individualsamtaler i behandling, og temaene som tas opp er gjenkjennbare fra teori det refereres til. Funnene viser at det fortsatt er en del å hente i samarbeidet mellom 1.- og 2.linjetjenesten og mellom ulike instanser i spesialisthelsetjenesten. Det er variasjoner mellom informantene hvor mye samarbeid med skole, helsesøster og andre i 1.linjetjenesten er vektlagt. Kun en informant er opptatt av veiledning, opplæring og kjennskap til de som arbeider i 1.linjetjenesten, slik at et best mulig tilbud kan gis nærmest der ungdommen lever sitt liv. Når det gjelder samarbeid mellom poliklinikk og sykehus/ institusjoner anses det viktig med økt kjennskap og forståelse for hverandres arbeidsfelt for bedre kunne anerkjenne og utfylle hverandre i et samarbeid.

Denne undersøkelsen er vid og belyser flere tema. Det er dermed begrenset hvor mye hvert tema er belyst. Jeg ser mulighet for i senere forskning å gå mer spesifikt inn på områder som omhandler samarbeid mellom ulike instanser. Ungdommens og familiens egen stemme mangler i denne undersøkelsen, og det hadde vært spennende å gjøre en lignende undersøkelse med utgangspunkt i deres stemme.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Forord</b> .....	s. 4
<b>1. Innledning</b> .....	s. 5
1.1. Oppbygging av oppgaven .....	s. 5
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	s. 6
1.3. Problemstilling .....	s. 8
1.4. Annen forskning og utvalg av litteratur .....	s. 8
<b>2. Fenomenet spiseforstyrrelse – forståelse og behandling</b> .....	s.10
2.1. Systemisk forståelse .....	s.10
2.2. Hva er spiseforstyrrelse? .....	s.12
2.3. Hvordan forstå anoreksi? .....	s.14
2.4. Hva er sentralt i behandling av spiseforstyrrelse? .....	s.17
2.5. Familiearbeid .....	s.22
2.6. Samarbeid med andre instanser .....	s.25
2.6.1. Poliklinikkens rammer .....	s.25
2.6.2. Hjelpesystemets betydning .....	s.26
<b>3. Plassering av min studie i en vitenskapsteoretisk referanseramme</b> .....	s.29
3.1. Hermeneutisk .....	s.30
3.2. Fenomenologisk .....	s.31
3.3. Kvalitativ forskningsmetode .....	s.32
<b>4. Metode</b> .....	s.33
4.1. Interpretative Phenomenological Analysis – IPA .....	s.33
4.2. Innsamling av data .....	s.35
4.2.1. Intervju som metode .....	s.35
4.3. Utvalg .....	s.36
4.4. Gjennomføring av undersøkelsen .....	s.37
4.5. Transkribering .....	s.37
4.6. Ethiske betraktninger .....	s.37
4.7. Selvrefleksivitet .....	s.38
4.8. Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.....	s.39
4.9. Steg for steg i analysearbeidet.....	s.40

<b>5. Funn og drøfting av funn</b> .....	s.44
5.1. Kunnskap og forståelse .....	s.45
5.1.1. Generell kunnskap om spiseforstyrrelse .....	s.45
5.1.2. Krevende symptom .....	s.46
5.1.3. Jobbe med forståelse .....	s.48
5.2. Samtalen .....	s.49
5.2.1. Romme .....	s.51
5.2.2. Samtalens innhold .....	s.53
5.2.3. Identitetsbygging – felles prosjekt .....	s.55
5.3. Familiesamarbeid .....	s.56
5.3.1. Viktig med foreldre og søsken inn .....	s.57
5.3.2. Trygg base .....	s.59
5.3.3. Engasjerte foreldre- ansvarliggjøring .....	s.60
5.4. Mestring .....	s.61
5.4.1. Hjelp til å tåle .....	s.61
5.4.2. Lydhøre for når det er behov for hva .....	s.63
5.4.3. Finne mestring .....	s.64
5.4.4. En ny mulighet .....	s.66
5.5. Et trygt system .....	s.67
5.5.1. Forutsigbarhet i behandling .....	s.67
5.5.2. Få hverandres styrker fram- lære av hverandre .....	s.69
5.5.3. Få satt et system som gir trygghet .....	s.70
<b>6. Oppsummering og drøfting opp mot problemstilling</b> .....	s.72
<b>7. Konklusjon/ avslutning</b> .....	s.77
<b>8. Litteraturliste</b> .....	s.79

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til BUP`s avdelingssjefer og aktuelle informanter.....	s.81
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	s.83
Vedlegg 3: Eksempel på analyse av transkribert intervju ved bruk av metoden IPA	s.84
Vedlegg 4: Eksempel på oversikt over overordnede tema og begynnende tema .....	s.86
Vedlegg 5: Tabell over mastertema, overordnede tema og begynnende tema.....	s.89

## **FORORD**

Å få lov til å bruke tid og ressurser på å fordype meg i et tema som jeg til daglig arbeider med, opplevdes som et privilegium. Tusen takk til min arbeidsgiver i Sykehuset innlandet, Kringsjåtunet og avdelingsleder i BUP- døgn, som ga meg denne muligheten. Jeg vil også takke kolleger på Kringsjåtunet, som har ivaretatt oppgaver slik at jeg kunne gjennomføre dette i tillegg til fulltidsjobb.

I tillegg vil jeg rette en takk til avdelingssjefene på de to barne –og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i Gjøvik og Lillehammer, som var positive til min studie og velvillige til gi meg informanter. Den største takken går til dere som har bidratt til empirien i denne oppgaven! Jeg setter veldig pris på at dere stilte opp og gjorde oppgaven mulig. Jeg håper deres stemmer er ivaretatt på en god og gjenkjennbar måte. Dere har vært med på å utvide min forståelse og kunnskap, og dere har gitt meg tanker som jeg vil ta med videre i mitt arbeid.

En varm takk til min veileder, 1.amanuensis Asbjørn Kaasa, som tok på seg oppdraget og har vært der gjennom prosessen og kommet med nyttige innspill. Du ga meg ved oppstart beskjed om at familierapi og spiseforstyrrelse ikke var ditt fagfelt, men å skrive masteroppgaver kan du mye om. Takk for at du har utfordret meg til å lete og søke materiale på flere fronter.

Mine tidligere kollegaer, Gunvor Natrud og Arnulf Hustad, har også vært til god hjelp - tusen takk til dere! Gunvor har lest materiale og reflektert sammen med meg slik at jeg har fått nyansert egne tanker og ideer, mens Arnulf har lest oppgaven med tanke på å gjøre språket mitt forståelig for andre og ikke minst vasket vekk litt unoter.

Så er det viktig for meg å takke min familie som har gitt meg tid og rom til å utvikle meg videre ved å ta denne masteren. Ukesopphold i Oslo, og tid til lesing og oppgaveskriving, har ført til at flere i familien har måttet ta i et ekstra tak hjemme i de siste to årene. Tusen takk for tålmodighet og velvilje - jeg er veldig glad i dere!!

Takk også til lærere, forelesere og medstudenter som har bidratt til økt kunnskap og innsikt. Det har vært en spennende reise, og det vært inspirerende å møte så mange dyktige fagpersoner!

Øyer, april 2010

Solbjørg Skruklien

## **1. INNLEDNING**

Når jeg gjennom en masteroppgave fikk mulighet til å fordype meg i et tema/ problemstilling, ønsket jeg å få mer kunnskap om noe som var relevant for min arbeidshverdag innen psykisk helse for barn og unge. Jeg har de siste to årene arbeidet med ungdom med spiseforstyrrelse og deres familier i en døgnenhet, og valgte dermed å fokusere på behandling av unge med spiseforstyrrelse. Jeg ønsket å få mer kjennskap til hvordan familie og andre instanser blir trukket inn i behandlingen, og hvordan samarbeid blir vektlagt, i andre deler av tiltakskjeden. Hvordan den enkelte behandler forstår fenomenet spiseforstyrrelse tenkte jeg var sentralt for hvordan praksisen blir utøvd og hvordan behandlingstilbudet blir tilrettelagt. Ut fra dette var jeg nysgjerrig på hvilken forståelse den enkelte behandler la til grunn for sin praksis, og hva de ut fra det tenkte var sentralt i behandling av spiseforstyrrelse.

### **1.1. Oppbygging av oppgaven**

Denne oppgaven har i alt sju kapitler.

Kapittel 1 sier noe om hvilken kontekst denne studien plasseres i og formålet med denne undersøkelsen. Jeg forteller bakgrunn for valg av tema og presenterer min problemstilling, samt presenterer annen forskning som er gjort og hvor jeg har hentet oppgavens teori fra.

I kapittel 2 trekker jeg fram teori i forhold til forståelse og behandling av fenomenet spiseforstyrrelse. Systemisk forståelse og samarbeid med familie og mellom ulike instanser blir også beskrevet ut fra teori og empiri på feltet.

I kapittel 3 plasserer jeg min studie i en vitenskapsteoretisk referanseramme, og gjør rede for hermeneutisk og fenomenologisk forståelse som grunnlag for min studie og sier noe om kvalitativ forskningsmetode som jeg har valgt for min studie.

I kapittel 4 presenterer jeg nærmere analysemetoden Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), som er den metoden jeg har tatt i bruk for å analysere mine funn. Hvordan jeg arbeidet i analyseprosessen framkommer i dette kapitlet.

I kapittel 5 presenterer jeg funn fra intervjuene jeg foretok, og drøfter dette i sammenheng med sentral teori og også noen egne erfaringer.

I kapittel 6 oppsummerer og drøfter jeg funn nærmere opp mot min problemstilling for studie, og formidler noen tanker om mangler ved undersøkelsen og tanker for videre undersøkelser.

I kapittel 7 avslutter jeg oppgaven.

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Ved institusjonen jeg jobber ønsker vi å legge stor vekt på samarbeid med familie og lokale instanser. Vi er opptatt av at det som skjer i en institusjon, må forankres der livet til den enkelte skal leves. Vi trenger familiens og samarbeidspartners kjennskap og bidrag for å kunne gi et best mulig tilbud mens ungdommen er hos oss innenfor våre rammer som døgninstitusjon. Ungdom som kommer til oss blir henvist fra Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), og vi ser at det kan være ulikt hvor mye foreldre/ familie og andre aktuelle instanser har deltatt i samarbeidet før en innleggelse hos oss, og hva innholdet i dette har vært.

Jeg blir nysgjerrig på hva som bidrar til disse forskjellene. Handler det mest om praktiske forhold og tidsaspekt, eller vektlegger vi betydningen av samarbeid i et behandlingsopplegg ulikt?

Siden jeg startet å jobbe innen psykisk helsevern for barn og unge i 1994, har jeg hatt ulike yrkesroller og jobbet i ulike deler av tiltakskjeden i Oppland. Jeg har jobbet som miljøterapeut i døgninstitusjon, og har også vikariert som avd. leder og enhetsleder der. Det meste av tiden har jeg jobbet som familie- og nettverkskonsulent både på institusjonen, men også tre år i ambulant miljøterapeutisk team (AMT). Det siste halve året i ambulant team var tilhørigheten lagt til BUP-Lillehammer. Ett år arbeidet jeg på familieenheten på Gjøvik sammen med flere familieterapeuter.

Organiseringen av behandlingstilbudet innen psykisk helse for barn og unge i Oppland har vært i endring gjennom disse årene, men er nå samlet under Helse SørØst, Sykehuset Innlandet. Tilbudene er delt inn i ulike avdelinger og enheter. Tilbudet i Oppland fylke består nå av 2 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker(BUP), med underliggende distriktsavdelinger, og 2 BUP-døgneheter. Mitt arbeidssted er på en av disse BUP-døgneheterne, Kringsjøatunet, som har plass til 9 ungdommer i alderen 12-18 år. I 2008 var jeg med på oppstart av behandlingstilbud for unge med spiseforstyrrelser på Kringsjøatunet, da 3 av 9 plasser ble reservert for denne diagnosegruppen for både Oppland og Hedmark. Det er dette teamet jeg nå er tilknyttet som klinisk sosionom/ familieterapeut.

Min erfaring er at det er viktig å få del i andres kjennskap til en ungdom for å få et mer nyansert bilde og forståelse før tiltak iverksettes. Vi vet at vi alle kan opptre ulikt på ulike arenaer, og dermed kan den enkeltes kjennskap til, og forståelse av, oss bli ulik. Det vi sier og gjør blir tolket ut fra den situasjon, og innenfor de rammene, vi opptre i. Jeg har erfart at det fort kan oppstå uenighet i et system rundt en ungdom dersom den enkelte tror man forstår ungdommen best ut

fra det kjennskap man selv har fått innenfor egne rammer. Dette blir særlig vanskelig hvis den enkelte tenker at andres kjennskap er uriktig eller handler om den voksne som beskriver.

En ungdom kan vise andre sider av seg selv hjemme enn de sider hun tar fram i møte med lærer, medelever eller venner. I hjemmet er hun oftest trygg på at hun er ubetinget elsket for den hun er, mens hun i andre sammenhenger blir mer vår for hvordan hun oppfattes og opptrer i tråd med det hun tror er forventet. Dermed vil en lærer bli kjent med en ungdom på en annen måte enn foreldrene. Også i møte med et behandlingssystem kan en ungdom ha tanker om hva som forventes av seg selv i rollen som pasient. Hun trer inn i en ukjent arena, der ukentlige samtaler ofte gir grunnlag for at diagnoser stilles og behandling iverksettes. For behandler blir det da viktig å ha en kontekstuell forståelse av ungdommens fremtreden, og øke forståelsen gjennom å få informasjon fra flere arenaer som ungdommen opptrer i og se sammenhenger og helheten som ungdommen lever i.

Dersom viktige voksne rundt en ungdom ikke klarer å anerkjenne hverandres opplevelse, og forstår at dette handler om ulike sider hos ungdommen, og kanskje mestringsstrategier som tas i bruk, kan det være kort vei til at de voksne definerer hverandre som mer eller mindre egnet til å ivareta ungdommen. Det samme kan skje innenfor et behandlingssystem, og tiltak som settes i verk ut fra en for snever referanseramme kan stå i fare for å bli lite nyttig.

Jeg har møtt ungdom og deres familier i ulike deler av tiltakskjeden, og har erfart hvordan ulike kjennskap til en ungdom er blitt håndtert i behandlingssystemet. Når ulike instanser ikke har klart å ha tillitt til hverandre og samarbeide til ungdommens beste, har det vært smertefullt å være en del av systemet.

Det er sentralt i behandling at de tilnærminger vi tar i bruk, må tilpasses hver enkelt ungdom og familie vi møter for at det skal kunne oppleves som nyttig. For at dette skal bli mulig er det viktig å samarbeide med den som trenger hjelp og deres familie.

Gjennom min sosionomutdanning og videreutdanning innen familieterapi og systemisk praksis samt nettverksorienterte intervensjoner, er jeg blitt kjent med mange gode begrunnelser for at samarbeid med andre er viktig. Jeg har gjennom teori og egne erfaringer fått tro på at vi som terapeuter innen psykisk helse for barn og unge må forholde oss til flere enn den henviste pasient for å få varig effekt av den behandling og de tiltak som settes i verk. I møte med andre behandlere har jeg opplevd at det er ulike oppfatning om og fokus på dette, og jeg er blitt



nysgjerrig på hvordan dette gjenspeiles i den praksis som utøves. Ut fra dette ble jeg opptatt av å finne mer ut av spørsmålene

- I hvilken grad legger mine samarbeidspartnere vekt på familiearbeid og samarbeid i møte med de ungdommene som strever med spiseforstyrrelse?
- Hva gir føringer for hvordan samarbeidet vektlegges?
- Er ledelsens filosofi eller organisasjonens mål/ krav og kultur førende for den praksis som utøves?

### **1.3. Problemstilling**

Som problemstilling for min studie valgte jeg følgende:

**Hvordan forstår terapeuter fenomenet spiseforstyrrelse, og hva tenker de er sentralt i behandlingen?**

**Hvordan vektlegges familiearbeid og samarbeid med andre i møte med ungdommer med spiseforstyrrelser?**

For å få svar på mine spørsmål har jeg valgt å benytte tre kilder:

- Teori om hvordan spiseforstyrrelser kan forstås og behandles, og annen forskning på feltet.
- Empiri. Jeg valgte å gjøre en kvalitativ studie, og intervju tre terapeuter som arbeider ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk med tanke på å få mer kjennskap til deres behandlingstilbud. Dette kommer jeg nærmere tilbake til under metodekapittelet.
- Egen forståelse og erfaring som jeg har tilegnet meg bl.a. gjennom utdanning og praksis.

### **1.4. Annen forskning og utvalg av litteratur**

Det meste av teorien har jeg hentet fra litteratur som erfarne behandlere på feltet spiseforstyrrelse har skrevet som Astrid Johnsen, Anne Røer, Vigdis Wie Torsteinsson, Inger Halvorsen og Finn Skårderud. I tillegg har rapporter fra Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt vært sentrale kilder.

I litteratur jeg har lest, ser jeg at det ofte legges stor vekt på samarbeid med familie i behandling av spiseforstyrrelse, og at samarbeid også med andre instanser oppleves sentralt. Statens helsetilsyn la føringer for hvordan poliklinikkens samarbeid med foresatte/ familie skulle være i ”Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Utredningsserie 2-2001” ut fra Spesialisthelsetjenesteloven: ”I BUP har man plikt til å samarbeide med og informere foreldre/ foresatte når pasienten er under 16 år. Ellers må også pårørende, under forutsetning av pasientens

samtykke, trekkes inn i samarbeidet om behandlingstilbudet. De pårørende må også få tilbud om avlastning, samtaler, hjelp og støtte for sine egne behov. Det må ikke stilles urealistiske krav til hva de pårørende skal yte. Også barn og søsken i alle aldre er pårørende og bør trekkes inn i den grad det er mulig og bra for dem. Regelmessige familiesamtaler med fokus på relasjon mellom pasient og pårørende bør også gis der det er behov for dette” (s.30).

Om poliklinikkens samarbeid med andre instanser er det lagt følgende føringer i samme utredningsserie: ”Spesialisthelsetjenesteloven pålegger samarbeid med førstelinjetjenesten. Hensikten er å skape kontinuitet og felles mål i behandlingen av pasienter, og å bygge opp kompetanse i førstelinjetjenesten slik at pasienter med behandling fra psykiske helsevern kan få hjelp der de bor.” (s.30)

I boka ”Vendepunkter” skriver Astrid Johnsen at spiseforstyrrelser utvikles i puberteten, i en alder da ungdommen skal finne en løsning på tilknytning og løsrivelse i forhold til sine nærmeste. Familien er i denne sammenheng en viktig ressurs, både når det gjelder å bidra til at behandling kan initieres og til at krisen kan løses. Når det gjelder behandling av spiseforstyrrelser, anbefales nettopp familierapeutiske metoder for barn og ungdom (1995). I samme bok skriver Inger Halvorsen og Anne Andersen, at en sterkest mulig helsebringende kraft etableres gjennom et organisert, gjensidig samarbeid. Dette synliggjøres gjennom kontrakter mellom familie, barneavdeling og BUP vedrørende faste strukturer både når det gjelder døgnrytmer, veing, måltider, aktiviteter, samarbeidsmøter og familiesamtaler (kap7, 1995).

Dette er noe av det bakgrunnsmateriale jeg har med meg når jeg går inn og drøfter min problemstilling i oppgaven.

Siden oppstart av avd. for unge med spiseforstyrrelser på Kringsjøatunet, har vi mottatt veiledning av psykiater/ professor Finn Skårderud. Han har i stor grad vært med å prege min forståelse av fenomenet spiseforstyrrelse og behandling av dette, og jeg vil derfor også søke etter annen aktuell litteratur/ forskning på området.

Sosial- og helsedirektoratet ga i 2000 ut utredningsserien 7:2000 ” Alvorlige spiseforstyrrelser - retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten”. Den bygger på aktuell litteratur og forskning innen feltet spiseforstyrrelse, innenfor både somatikk og psykiatri, og i utredningsserien oppsummeres de funn som er gjort. Hensikten var at Statens helsetilsyn ønsket å heve kompetansen innen utredning og behandling av spiseforstyrrelser og dermed bidra til å styrke de tjenester og den behandling som ytes pasienter med spiseforstyrrelser. Arbeidsgruppen

bestod av to leger og to psykologer: Sigrd Bjørnelv, Stein Frostad, Jan H. Rosenvinge og Kari-Brith Thue-Larsen. Denne utredningsserien gir en grundig oversikt over feltet, og jeg vil trekke fram noe av det forfatterne har lagt vekt på. Jeg henviser ikke til hver enkelt studie det henvises til. Oversikt over disse er å finne i litteraturhenvisningen i utredningsserien.

## **2. FENOMENET SPISEFORSTYRRELSE – FORSTÅELSE OG BEHANDLING**

Jeg vil i dette kapitlet si litt om hva spiseforstyrrelse er, og hvordan fenomenet spiseforstyrrelse kan forstås og er blitt beskrevet i ulik litteratur og forskning. Samtidig vil jeg si litt om hva som beskrives som sentralt i behandling av spiseforstyrrelser. Det jeg har tatt med, henger selvsagt nøye sammen med hva jeg selv er blitt opptatt av i møte med unge med spiseforstyrrelse og deres familie. Slik sett er ikke det utvalg jeg har beskrevet, et objektiv utvalg, men noe som skaper gjenklang hos meg. Det å se fenomenet spiseforstyrrelse i sammenheng med den kontekst den oppstår i, blir for meg sentralt. Derfor vil jeg, før jeg kommer mer spesifikt inn på måter å forstå fenomenet spiseforstyrrelse på, sette det å forstå fenomener inn i en systemisk kontekst.

### **2.1. Systemisk forståelse**

Den systemiske tenkningen har fokus på relasjoner, og forstår fenomener som en del av et samspill, og ikke som et individuelt problem eller en egenskap. Problemene oppstår og foregår mer mellom mennesker enn inne i dem. Vi kan få et mer positivt syn på symptomer og problemer ved å forstå det som kommunikasjon, noe vi mennesker ikke klarer å uttrykke på annen måte, og at det har oppstått i samspill med noen.

Mens det mekanistiske menneskesynet er preget av lineært årsak/ virkning – tenkning, er det systemiske en sirkulær feedback tenkning. En tenker at en gruppe er i uopphørlig bevegelse, og i gjensidig påvirkning av hverandre. En av de fremste representantene for den systemiske tenkningen, var den engelsk / amerikanske antropologen og biologen Gregory Bateson. Hans utgangspunkt var at mennesket er en del av et hele, som det ikke kan sees uavhengig av. Den systemiske tenkningen representerer en søken etter helhet som basis for forståelse av virkeligheten. Ut fra dette utviklet Bateson et begrepsapparat for å kunne anvende et kommunikasjonsperspektiv på problemer, fenomener og hendelser. Systemisk tenkning er på en måte å benytte kommunikasjonsteori for å forstå samspill i familier og andre sosiale systemer.

Sirkularitet er et sentralt begrep i systemisk tenkning. I stedet for å tenke som tidligere at en begivenhet er årsaken til en annen, kan man tenke at de er knyttet sammen på en sirkulær måte, slik at det andre like gjerne kan være årsaken til det første (Hårtveit / Jensen, 1999). Sirkularitet innebærer at en hendelse sees i sammenheng med andre begivenheter som foregår samtidig, griper inn i hverandre og gjensidig påvirker hverandre (Schjødt / Egeland, 1993). Vi kan alle forvente å møte kriser i livet, men ved å ta i bruk sirkulær tenkning i forståelsen av hvorfor noen blir stående fast lenger enn andre i krisesituasjoner, kan vi unngå å knytte det til en svakhet, feil eller sykdom.

Vi som terapeuter blir også en del av systemet ut fra at alle deler innenfor et system virker samtidig på hverandre. Vi blir minnet om vår egen deltagelse og dermed ansvarlighet i den terapeutiske forståelse og behandling. Det retter oppmerksomheten mot oss som terapeuter, på hvordan våre egne teorier, forståelse, erfaringer er med på å prege vår oppfatning av virkeligheten. Dette gjør noe med vår tenkning om oss selv som eksperter. Vi har ikke makt til å få andre til å forandre seg. Forandring skjer i samarbeid. Det vi bør være eksperter på, er hvordan vi skaper en relasjon hvor endring er mulig, og hvordan vi kan samtale om problemer på en måte som kan føre til forandring. Det blir samspillet i seg selv som blir i fokus.

En kontekst er den sammenheng et fenomen opptrer i, og denne sammenhengen består av menneskene, stedet der det foregår og tiden det foregår i (Jensen, 1998). Bateson brukte begrepet kontekst i tilknytning til psykologisk ramme eller forståelsesramme. Det angir ikke en ytre, observerbar situasjon, slik kontekst ofte er brukt i dagligtale. Ved kontekst mente Bateson den kommunikasjonsmessige, meningsbærende rammen vi oppfatter innenfor, og som hjelper oss å tolke det vi forstår innenfor denne rammen. Det er altså ikke slik at hendelser og begivenheter er selvforklarende. Det er først når de settes inn i en ramme, at de får mening. I følge Watzlawick forblir et fenomen uforklarlig så lenge observasjonsområdet ikke er tilstrekkelig vidstrakt til at de omfatter den sammenheng fenomenet oppstår i (Jensen 1998).

Jeg tenker det er viktig å være bevisst på dette i forhold til den jobben vi gjør i samspill med andre mennesker, og hvilken makt vi helsearbeidere har til å velge kontekst for å forstå et problem. Vi må være bevisst på at det ikke finnes en naturgitt riktig ramme. Det viktigste blir å finne en nyttig ramme.

Med kart menes i denne sammenhengen de forestillinger / ideer vi har om ”virkeligheten”. En slik samling av ideer utgjør vår virkelighetsforståelse. Det eneste vi vet om fenomenet, er de

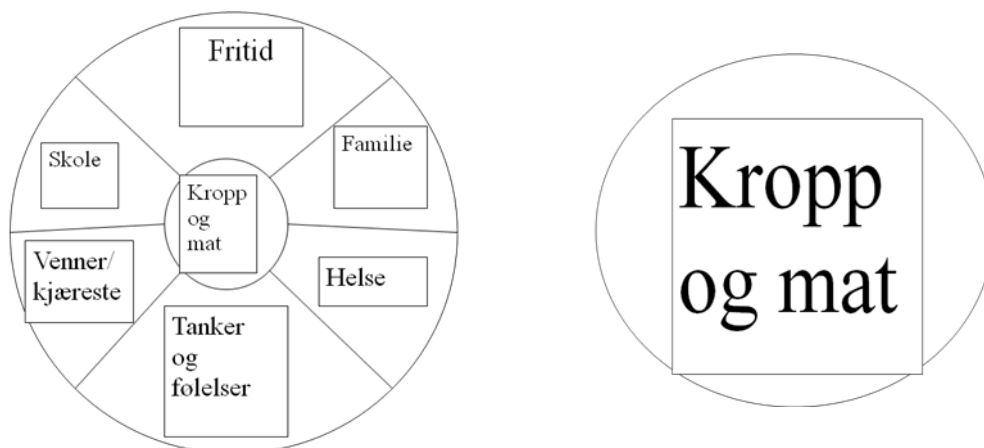
ideene vi har om det. Nærmere ”virkeligheten” kommer vi ikke. Det oppstår problemer når mennesker blander kart og terreng. Måten vi fagfolk definerer virkeligheten på, og hvilke navn vi setter på ting, kan få store konsekvenser. Å sette diagnoser, som vi innen psykisk helse for barn og unge er pålagt, er dermed en krevende øvelse. Ord er informative, men samtidig formative – de former tankene våre og også tankene om oss selv. Vår forståelse bør prøves i forhold til sin brukbarhet og i forhold til i hvilken grad den gir gode forklaringer på de fenomenene vi studerer. Desto flere kart vi har om et fenomen, jo bedre mulighet har vi for å gi nyttig hjelp.

Så hvordan forstå fenomenet spiseforstyrrelse? Jeg har valgt å ta med flere forståelser for å gi flere kart til å forstå terrenget med i pkt.2.3, men først vil jeg si litt om hvordan spiseforstyrrelse beskrives ut fra en diagnostisk ramme og om sykdommens forekomst og alvorlighetsgrad.

## 2.2. Hva er spiseforstyrrelse?

Spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse, og den som har en spiseforstyrrelse, har ikke bare vansker med å forholde seg til mat, men også til egne tanker og følelser. Å være spiseforstyrret betyr å være overopptatt av kropp, vekt og utseende, og personen kjenner seg styrt av slike tanker og følelser. Mye av livet kan styres av dette, og atferden som følger spiseforstyrrelsen, gir kroppen store belastninger (Skårderud 2007).

Får en spiseforstyrrelse lov til å utvikle seg, spiser den seg inn på alle livets arenaer hos en person og dominerer mer og mer av tilværelsen etter hvert. Mat og kropp er en naturlig del av alles liv, men når fokuset på dette tar overhånd - slik at andre viktige arenaer i livet blir skjøvet ut, utvikles fokuset til å bli en spiseforstyrrelse. Figuren nedenfor synliggjør dette på en god måte.



Det finnes ulike former for spiseforstyrrelse, og hovedformene er anorexia nervosa, bulimia nervosa og binge eating disorder (Skårderud 2007).

Jeg har i oppgaven valgt å fokusere på anoreksi, da det er den type spiseforstyrrelse jeg mest kommer i kontakt med i min arbeidshverdag. Det er kun de som ikke får tilstrekkelig hjelp via poliklinisk tilbud, som kommer til behandling i døgninstitusjon, og det er da oftest ungdom som har hatt en dramatisk vektreduksjon og der familien trenger støtte til å stå i de daglige utfordringer med måltider og vektøkning. Det ser ut til at det er denne gruppen som lettest blir fanget opp av hjelpeapparatet, ved at de blir synlige gjennom den kritiske helsetilstand mange kommer i etter hvert. Det er imidlertid viktig å minne om at bulimi og overspisingstilstander er mange ganger hyppigere enn anoreksi.

Anoreksi er en av de vanligste sykdommene blant unge jenter, mens bare 5 % av ungdommene med anoreksi er gutter (Halvorsen et al 2006). Anorexia nervosa kjennetegnes ved alvorlig vekttap (minst 15 % under normalvekt), intens frykt for å legge på seg på tross av alvorlig avmagring, fravær av menstruasjon samt et forstyrret kroppsbilde. Misnøye med kroppen fører til atferdsproblemer og relasjonsproblemer, og det nærmer seg tvangstanker ved at personen unngår intimitet og eksponering av kroppen i enhver form.

Personlighetstrekk som perfektjonisme, høye krav til seg selv og dårlig selvbilde, forekommer ofte ved spiseforstyrrelser. I samtaler jeg har hatt med foreldre, forteller de ofte om sitt barn med anoreksi som spesielt hensynsfullt, snilt, flink, pliktoppfyllende og som moden for sin alder. Selvfølelsen knyttes gjerne sterkt til vekt og utseende. Å sulte seg blir et dramatisk forsøk på å undertrykke det å ha menneskelige behov, enten det gjelder mat eller andre menneskers omsorg (Skårderud 2007).

Anoreksi har ofte et langvarig forløp. I en oversiktsstudie basert på 119 studier(5590 pasienter) som Steinhaussen utga i 2002, hadde bare 47 % et godt utfall, 34 % hadde blitt bedre, 21 % hadde kronisk anoreksi og dødeligheten var på 5 % (Halvorsen et al 2006).

Anoreksi er vår mest dødelige psykiatriske lidelse, og det er viktig at denne gruppen fanges opp av hjelpeapparatet så raskt som mulig. I følge Skårderud blir ca.60 % friske (2007).

Det er imidlertid stor forskjell mellom forekomst av spiseforstyrrelser i befolkningen og antall som henvises til behandling. Man har estimert at kun 30 % av alle som har anoreksia nervosa og under 6 % av de som har bulimia nervosa, kommer til behandling (Sosial- og helsedirektoratet utredningsserie 7:2000). De hevder at bedre behandlingstilbud, mer oppmerksomhet på

spiseforstyrrelser i befolkningen og dermed mindre stigmatisering, kan føre til økt antall henviste pasienter i årene som kommer.

Det vises videre til at det kreves minst 4-5 års oppfølgingstid for å kunne vurdere sykdomsforløpet på en pålitelig måte. I forskningsrapport som Strober og medarbeidere utga i 1997, kunne de rapportere nær 76 % helbredelse blant 95 jenter i alderen 12-17 år med alvorlig anorexia nervosa. Selv om disse pasientene fikk maksimale terapressurser, tok det 10 år før denne høye andel helbredede pasienter ble oppnådd. Etter 3 år var bare 1 % helbredet, mens 21 % hadde symptombedring (Sosial- og helsedirektoratet US 7:2000). I behandling av spiseforstyrrelse blir det, ut fra dette, viktig å søke mot en realistisk behandlingsoptimisme. Men hvordan kan vi så forstå denne lidelsen?

### **2.3. Hvordan forstå spiseforstyrrelse?**

Spiseforstyrrelser kan forstås på ulikt vis og ut fra ulike kontekstuelle sammenhenger. Jeg vil i kapittelet nedenfor i korte trekk beskrive flere måter fenomenet spiseforstyrrelse kan forstås på.

#### Kulturell påvirkning

I sosial- og helsedirektoratets utredningsserie 7:2000 (videre omtalt som US) beskrives vår kultur som en ”risikokultur” ut fra tynnhetsidealer og slankepress som den oppvoksende generasjon eksponeres for gjennom kulturelle kropps- og skjønnhetsidealer der slank kropp og vellykkethet ofte blir knyttet sammen. Den vestlige forbrukerkultur med overfokus på kroppen som symbol for psykologisk og sosial mestring, sterk vektlegging på subjektivitet, selvrealisering, myter om frihet og formbarhet, prestasjoner og kommersiell kroppskultur bidrar til økt risiko (Skårderud 2007).

#### Personlig sårbarhet og familiære forhold

I US trekker de fram at en rekke antagelser er fremmet fra kliniske miljøer om at spesifikke familieforhold eller familiekommunikasjon disponerer for spiseforstyrrelse, men de skriver at dette ikke er bekreftet i forskning (7:2000). US viser derimot til at Fairburn og medarbeidere fant en rekke risikofaktorer knyttet til personlig sårbarhet for utvikling av spiseforstyrrelse.

Perfeksjonisme var unikt relatert til anorexia nervosa, mens premormid overvekt, negativ selvregulering og få nære venner var risikofaktorer for utvikling både av anorexia nervosa og bulimia nervosa.

I følge Skårderud har 30 % av de med spiseforstyrrelse vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep (2007), og i de tilfeller familiemedlemmer har vært involvert i dette vil det være naturlig å tenke at familieforhold også har innvirkning på utvikling av spiseforstyrrelse. Nasjonalt folkehelseinstitutt ga i 2009 ut rapport om ”Psykkiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv”(rapport 2009:8). Her legges det vekt på at psykiske lidelser generelt sett utvikles i et samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer, og at de fleste barn og unge med symptomer på psykiske lidelser kommer fra vanlige familier. I rapporten framkommer det at risikoen for å utvikle psykiske vansker og lidelser øker i familier hvor belastningene er store, rammer mange livsområder og varer over lang tid.

I vår iver etter å forstå har vi en tendens til å se etter fellestrekk og likheter. Johnsen er opptatt av at spiseforstyrrelser ikke lenger kan knyttes til en bestemt personlighetstype, og heller ikke kan plasseres som tilhørende i en bestemt familietype med de karakteristikkene som Minuchin tiller disse familiene på 1970-tallet (Johnsen 1995). Johnsen minner om faren for generalisering, og nødvendigheten av å se det spesielle og vesentlige for den enkelte ungdom og familie.

### Spiseforstyrrelse som kommunikasjon

Spiseforstyrrelse kan forstås som et språk eller en måte å kommunisere på, og nevnes av flere som en nyttig måte å forstå fenomenet på. Skårderud skriver at symptomer er kommunikasjon, og ved spiseforstyrrelser er maten og kroppen blitt et språk for å takle følelser og livsproblemer (2007).

Røer vektlegger spiseforstyrrelsens meningsbærende signaler til omgivelsene om sammenbrudd og krise (2006). Hun er av den formening at spiseforstyrrelsens karakter som kommunikasjon og symptomenes sosiale funksjon stadig er blitt tydeligere, og at symptomene i noen grad ser ut til å ha forskjøvet seg fra introvert lidelse til signal om oppmerksomhet. Spiseforstyrrelser kan se ut som kulturelle uttrykk som følger samfunnsutviklingen ellers, og kan forstås som protest og signal til omgivelsene om identitetskrise og truet selvbilde. Utfordringene i denne lidelsen er at symptomene kan starte som kommunikasjon, men utvikles til pasientens hovedidentitet (Røer 2006).

### Lav selvfølelse

Skårderud skriver at spiseforstyrrelser alltid handler om lav og svingende selvfølelse (2007). For en ungdom i utvikling og modning vil en overdreven opptatthet av kropp og utseende som eneste mål på egenverdi, lett bidra til et dårlig selvbilde. Slik sett kan spiseforstyrrelse være



enkeltindividets konkrete måte å sette grenser på, skape en identitet og etablere sin autonomi i den enkeltes sosiale og familiemessige livsverden.

### Kontroll og mestring av følelser

Kontroll - eller mangel på kontroll - og engstelsen knyttet til dette, ser ut til å være et sentralt tema for de som utvikler spiseforstyrrelse. De unge opplever at det som er trygt og kjent, endres i overgangen fra barn til voksen bl.a. gjennom kroppens endring i puberteten, endringer i forventninger, bytter av skoler og sosiale sammenhenger. Det å miste det kjente og trygge oppleves truende for noen. Mangel på opplevd kontroll i livet søkes gjenerobret gjennom å kontrollere maten og kroppen (Skårderud 2007).

Spiseforstyrrelse kan være en mer eller mindre bevisst måte å kontrollere eller undertrykke følelser på, eller et forsøk på autonomi og mestring i en opplevd vanskelig livs- eller familiesituasjon. Slik sett kan det å sulte seg og redusere vekt oppleves som en løsning på en vanskelig situasjon, inntil man innhentes av konsekvensene og selve løsningen blir problemet.

### Overgangsfaser – på vei inn i voksenlivet

Gjerde og Hjermer er opptatt av at ungdom i dag lever under et sterkt press. De legger vekt på at ungdomstiden innebærer nye roller i forhold til familie og venner, økende krav til å ta ansvar for seg selv og til å ta selvstendige valg, noe som forutsetter utvikling av identitet, egenart og autonomi. En slik utvikling foregår i et komplisert samspill med den nærmeste familie og omgivelse, og fører til forandring for alle. Gjerde og Hjermer formidler en forståelse av spiseforstyrrelse som et uttrykk for at ”fundamentet” ikke er trygt nok og at tiden derved ikke er inne til aldersadekvat ungdomsutvikling (i Johnsen 1995).

### Krise

I litteraturen jeg har lest er det mange som forstår spiseforstyrrelse som uttrykk for en krise.

I Astrid Johnsens bok ”Vendepunkt” er det en gjennomgående oppfattelse av spiseforstyrrelser som uttrykk for en krise: utviklingskrise, modningskrise, identitetskrise, løsrivelseskrise(1995).

Andersen og Halvorsen skriver at anoreksi kan forstås som en krise knyttet til barnets utvikling av autonomi (i Johnsen 1995). De formidler sin overordnede forståelse av anorexia nervosa som en multifaktorelt utløst krise, med somatiske, psykologiske, sosiale og kulturelle sider.

På lik linje med forståelse av andre psykiske symptomer, er det viktig å huske på at spiseforstyrrelse kan være en normal reaksjon på opplevelse av krise eller belastning. Ut fra dette

kan det i følge Røer være mer nyttig å definere spiseforstyrrelse som alvorlig når pasientens forhold til mat forstyrrer eller hindrer normal fungering, sosialt i arbeidsliv eller skole og utover en periode på sels måneder (2006).

### Utviklingsforstyrrelse

I nyere kunnskap om hjernen kommer det fram at hjernen hos oss mennesker ikke er ”ferdig” utviklet før i 25-30 års alderen, i tillegg til at hjernen har en dynamisk utvikling hele livet. Det å kunne sette ord på følelser for seg selv eller sammen med andre, er en intellektuell kapasitet som utvikles i løpet av ungdomstiden. Det viser seg at mange med spiseforstyrrelse er sent ute med disse ferdighetene, og man kan undre seg over om de har en sen neurologisk modning. Mange unge med spiseforstyrrelse har også store problemer med å se seg selv i en historisk og sosial sammenheng. Ut fra dette kan kanskje en bedre betegnelse av spiseforstyrrelse være utviklingsforstyrrelse, ved at viktige ferdigheter eller egenskaper ikke etableres til normal tid pga en skjev eller mangelfull prosess (Røer 2006).

### Multisymptomlidelse

Røer beskriver spiseforstyrrelser som multisymptomlidelse, som fremtrer som en samling av ulike symptomer som depresjon, angst, tvangslidelser og avhengighet. Røer fremhever at det er en viktig del i kompetanseheving å forstå sammenhengen mellom spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser som nevnt ovenfor. Noen ganger er spiseforstyrrelse en følgetilstand av andre psykiske lidelser, og alvorlige spiseforstyrrelser er oftest ledsaget av symptomer som angst, tvangslidelser og depresjon.(Røer 2006). I tillegg til at spiseforstyrrelser forstås som sammensatte lidelser, minner Røer om at lidelsen utvikler seg gjennom forskjellige faser og gjerne starter som noe og utvikler seg til noe annet. Hvordan man forstår spiseforstyrrelser blir dermed avhengig av når man møter en person i denne prosessen.

Det er en fortvilt kamp personer med denne lidelsen står i- hvordan håndtere tanker, følelser og utfordringer livet gir på annen måte enn å sulte eller trene dette bort? Så hva er nyttig hjelp og behandling for de som står i disse kampene?

## **2.4. Hva er sentralt i behandling av anoreksi?**

Jeg vil her nevne flere fokus som fremtrer som sentrale i behandling av spiseforstyrrelse i den litteratur jeg har lest. På grunn av plasshensyn har jeg måttet begrense innholdet mer enn ønskelig.

Korrigerende av alvorlig og livstruende somatiske komplikasjoner samt normalisering av kognitive funksjoner er et absolutt mål i behandling av anorexia nervosa i følge Sosial- og helsedirektoratet. De skisserer en del sentrale delmål i behandlingen, som f.eks forventet vektøkning med 0,5-1 kg pr. uke for inneliggende pasienter og omtrent det halve for polikliniske pasienter, for å nå en vekt på nedre 2,5 percentil for barn og unge. Ved lavere vekt vil det være vanskelig for pasienten å kunne nyttiggjøre seg intensiv psykoterapi på grunn av redusert allmenntilstand og mulig kognitiv svikt som følge av vekttapet. Ut fra dette kan man si at:

### Mat er riktig medisin

Det som klart kommer fram er at ved alvorlig undervekt er det mat som er riktig medisin. Spisevegring hos ungdom med anoreksi skyldes vanligvis ikke et ønske om å dø av sult. Problemet er heller at vedkommende ikke tør spise enn at hun ikke vil spise. For den som har anoreksi er det vanskelig å spise da spiseforstyrrelsen utsetter personen for dårlig samvittighet, ulike vonde straffer, forferdelig selvforakt dersom hun/ han velger å spise (Halvorsen et al 2006).

I denne fasen vil det imidlertid være viktig å bygge opp behandlingsmotivasjon og allianse samt støtte opp under ungdommens ressurser. Når situasjonen er slik trenger den unge mye støtte for å klare å ta til seg den næring kroppen trenger. Etablering av et regelmessig spisemønster med sammensatt kosthold beskrives sentralt, der spisemønster og matvaner ikke hemmer sosial omgang og familieliv. For pasienter som har hatt menstruasjon tidligere, vil ofte neste delmål være den vekt hun hadde da menstruasjonen forsvant (US 7:2000).

Selv om laboratorieverdier og vekt ligger innenfor normale referanseområder er det ikke dermed sagt at pasienten er frisk. Bedring vil kunne skje på ulike områder til ulikt tempo, og noen mer allmenne og bredspektrede tilleggskriterier er:

- Akseptering av kroppen og eget utseende, men også at man knytter selvtillit og egenverd til andre sider ved seg selv.
- Forståelse av egen historie, særlig knyttet til hvorfor og hvordan spiseforstyrrelsen utviklet seg
- Identifisering av tanker, følelser og situasjoner som tidligere resulterte i symptomatferd
- Være i stand til å gå på skole, fungere i arbeid, eventuelt gjenoppta aktiviteter eller planlegge slike i framtiden.
- Mestring av nye kriser, forandringer eller krav på andre måter enn ved symptomer
- Identifisere, gjenkjenne og akseptere følelser og behov som sine egne og det å hevde dem i forhold til familie og andre, og derved kunne inngå meningsfulle, eventuelt intime relasjoner til andre mennesker.

- Reduksjon, eventuelt fravær av symptomer på depresjon og angst. (US 7-2000 :30).

Jeg vil videre si litt om hva som tenkes som det mest sentrale for å nå disse mål.

### Samtaler

Samtaler fremtrer som det mest sentrale i behandling av spiseforstyrrelser. Samtalenes innhold kan variere og samtaler kan ha ulike former; alene, sammen med søsken og familie, eller bare med ungdommen og en av foreldrene. Skårderud skriver at å behandle spiseforstyrrelser i samtaler handler om å lage et trygt nok behandlingsforhold, se etter personen bak symptomene, bidra til oversettelsesarbeidet fra mat og kropp til følelser og forhold, arbeide på slike måter at man bidrar til å styrke de selvhelende evnene hos den som har en spiseforstyrrelse og arbeide med en forståelse av at en lidelsen ikke bare rammer dem som har spiseforstyrrelse, men også de nærmeste (2007).

Innhold i samtaler vil naturlig nok variere ut fra hvem man møter, men noen sentrale tema vil jeg allikevel trekke fram.

### *Utvikle ny identitet- gi nye muligheter*

I møte med behandlingssystemet legges det vekt på å hjelpe personen til å gi slipp på spiseforstyrrelsen og utvikle ny identitet. Det blir i behandlingen sentralt å hjelpe ungdommen til å finne en mer hensiktsmessig måte å kommunisere på. Pasienten trenger hjelp til å oversette sine ordløse meddelelser til verbalt språk og refleksjon, og integrere følelser og intellekt (Rør 2006). Ut fra dette trenger terapeuten et språk som aktiverer følelser, ut fra at spiseforstyrrelsen ofte har vært en måte å sulte vekk følelser som har vært vanskelig å håndtere. I dette arbeidet er det sentralt å hjelpe ungdommen til å bli sett for den hun/ han er, og ikke det vedkommende gjør.

I behandling og terapi har man som mål å skape endring. Ved å forstå spiseforstyrrelse som uttrykk for krise, vil det være sentralt å utforske sammen med familien hva dette kan handle om. Kriser kan varsle både fare og mulighet for forandring. Dette kan bli et avgjørende vendepunkt i et individ og en families liv og utvikling – og gi nye muligheter (Johnsen 1995).

### *Fremme motivasjon*

Spiseforstyrrelsen er et trangt og kvelende rom, men fordi det er trangt syns noen at de har en slags oversikt der inne. Verden utenfor representerer noe forlokkende, men virker samtidig overveldende. Ut fra dette handler behandling om å styrke motet til å møte verden utenfor sitt lukkede rom og be om hjelp fra andre, og skape motivasjon for forandring (Skårderud 2007).

### *Kunnskapsformidling*

Å øke både ungdommens og familiens kunnskap om spiseforstyrrelse anses som nyttig. Gjennom kunnskap om sykdommen, metoder for problemløsning og erfaringsutveksling blir familien en viktig støttespiller i behandling og rehabilitering. De pårørende blir bedre rustet til å mestre situasjoner som kan oppleves som belastende, både praktisk og følelsesmessig (Halvorsen et al 2006).

### *Terapeutens tilnærming*

Hvordan terapeuten fremstår i møte med den unge med spiseforstyrrelse, er sentralt i behandlingen. For å oppnå terapeutisk allianse har man sett at det er avgjørende hvilke egenskaper terapeuten har. At terapeuten oppleves som empatisk, tillitsvekkende, forståelsesfull og positiv er vel så viktig som den teoretiske bakgrunnen til terapeuten i følge Baklund (i Halvorsen et al 2006). Baklund viser til Rønnestad (2000) og Lambert (1994) sine studier der det kommer fram at relasjonen til, eller alliansen med, terapeuten er avgjørende for i hvilken grad terapien skal bli vellykket. Kunnskapen behandlerne sitter med blir dermed ikke betydningsfull før etter dette møtet. Kunnskap i seg selv skaper ikke gode relasjoner, men relasjoner gjør at man både kan frembringe og bruke kunnskapen.

Skårderud legger vekt på at terapeuten er aktiv, konkret, tydelig og forutsigbar i sin tilnærming til en person med spiseforstyrrelse, for å få en nærende relasjon til pasienten. Behandlerens aktivitet kan være angstdempende, og en aktiv terapeut tar ansvar for å løfte frem skambelagte eller vanskelige temaer. Samtidig er det viktig å være klar over faren for at man som terapeut kan bli for dominerende og ikke-lyttende i samtalen ved en slik tilnærming.

### *Samtaleform*

Som jeg har nevnt kan samtaler ivaretas i møte med ungdommen alene eller sammen med flere. Jeg har sett litt på argumentasjon for at samtaler bør skje sammen med flere.

Det terapeutiske arbeidet med spiseforstyrrelser har historisk sett foregått ut fra to ulike referanserammer, den individualpsykologiske og den familierapeutiske. I følge Thorsteinsson baserer disse seg på to svært ulike måter å forstå utvikling av problemer på. De siste årene har arbeidet med spiseforstyrrelses-problematikk vært preget av den fokusering på relasjoner som ulike former for familierapi basert på systemforståelse representerer. Dette utgangspunktet har skapt økt forståelse for den kompliserte kontekst ethvert problem hører hjemme i og er en del av. Den relasjonelle konteksts betydning for muligheten for å skape forandring kan ikke overvurderes. (i Johnsen 1995). Begreper som selvopplevelse og individualitet har imidlertid fått

en til dels problematisk eksistens innenfor denne tradisjonen mener Torsteinsson. Hun er opptatt av å trekke inn kunnskap fra nyere utviklingspsykologi som et perspektiv på hvordan man kan arbeide med selvopplevelse innenfor en familierapeutisk ramme. Også med relasjon som basis gis det ulike muligheter til å forstå individets betydning. Slik sett trenger ikke den ene referanserammen å utelukke den andre i et behandlingsperspektiv.

Kommunikasjon innebærer en forskjell mellom ulike perspektiver, og en mulighet for i en viss forstand å bygge broer over denne forskjellen. Hvis vi anerkjenner denne forskjellen blir vi sittende igjen med tre ulike fenomener: det å ha noe felles, det å dele noe, det å ha noe for seg selv.

Ut fra forskning på behandling av spiseforstyrrelse synes individualterapi særlig indisert for eldre pasienter med noe lengre sykdomsvarighet, men det er ingen spesiell terapiform som klart kan anbefales. For pasienter under 18 år og med kort sykdomsforløp har imidlertid familierapi dokumentert effekt (US 7:2000). Undersøkelser som Russell et al og Eisler et al har gjort, viser at pasienter med anoreksi under 18 år, og med en sykdomsvarighet under tre år, er familierapi bedre enn individualterapi med hensyn til vektoppgang, symptombedring, familierelasjoner samt seksuell og sosial tilpasning (US 7:2000). I tillegg viser resultatene seg stabile også i et lengre perspektiv på fem år.

Andre vektkontrollerende studier, som nevnes i utredningsrapporten, har sammenlignet familierapi og individualterapi for ungdom. Familierapi ble i disse benyttet sammen med atferdsterapeutiske prinsipper, der familien møtte samlet, foreldrene tok kontroll over pasientens spisevaner, samt at man benyttet kognitiv restrukturering for å endre dysfunksjonelle forestillinger om vekt, kropp og utseende. Individualterapi rettet på den andre siden fokus mot å bygge opp ego-styrke, samt å avdekke dynamikken som blokkerte spising. Man fant i disse studiene minimale endringer i egofunksjonene, men begge behandlingsformene reduserte dysfunksjonelle holdninger til spisevaner, depresjon og familiekonflikter relatert til spising. Imidlertid ga familiebehandling et raskere resultat. Ut fra dette skriver de i rapporten at familierapi kan anbefales for yngre pasienter med anoreksi og som har en relativt kort sykehistorie (US 7:2000).

I klinisk praksis kombinerer man gjerne familierapi og individualterapi. Effekten av slik spesifikk kombinasjon er ikke forskningsmessig dokumentert (US 7:2000).

### Å ta valg innenfor mangfoldet

Mangfoldet innebærer at man som behandler og terapeut må velge blant alternativer. Hvordan man velger og hvilke strategier man benytter seg av, har vært sentrale temaer i terapiforskningen. Baklund skriver at relativt gledelig viser terapiforskning at de fleste terapiformer på tvers av teori og metode har effekt på pasientene (Halvorsen et al 2006). Fellesfaktorer som imidlertid har vist seg virksom i terapi er terapeutisk allianse, tillit, forventninger hos terapeut og klient, eksponering av tidligere problemer etterfulgt av en ny emosjonell erfaring, ny opplevelse av egen mulighet til mestring og endring.

Det framkommer fra mange hold at familiearbeid er svært viktig i behandling av spiseforstyrrelser. Familieterapien som tradisjon har fokusert mye på det relasjonelle aspektet i terapi, noe som terapiforskning i de siste årene har vært opptatt av gir effekt. Jeg velger i avsnittet som følger å se litt nærmere på innholdet i familiearbeidet, og hva som tenkes sentralt i møte med familien ved behandling av spiseforstyrrelse.

### **2.5. Familiearbeid**

På nittenhundretallet utviklet det seg nye teorier om menneskelige relasjoner og forståelsen av ulike problemer, som etter hvert fikk innflytelse innenfor det som skulle bli familieterapifeltet. Familieterapien har vokst fram som et forsøk på å bygge en forståelse av menneskelivet på relasjonsbegreper. Slogordet "helheten er mer enn summen av delene" var uttrykk for at hvis man ønsket å forstå enkeltmennesker måtte man fokusere på de relasjonelle helhetene som vi alle er en del av (1996). Familieterapiens historie kan dermed beskrives som historien om en leteaksjon etter begreper som fanger disse helhetene.

Å samle og samarbeide med familien er både effektivt og hensynsfullt mener Skårderud, og ved spiseforstyrrelser hos barn og unge er dette en selvfølgelig tilnærming. Hans erfaring er at et godt samarbeid med familien reduserer behovet for langvarige innleggelse i sykehus (2007). Røer beskriver familien som den grunnleggende scenen ved behandling av spiseforstyrrelse (2006). Det er flere enn pasientens som lider, og alle trenger å bli sett, få omtanke og omsorg. Det er også familien som sitter med mest kompetanse på eget barn, men krisen kan gjøre at den er hemmet. Behandlers oppgave blir å gi familien tilbake troen på sin egen kompetanse.

Ut fra at relasjonen mellom barn og foreldre er det mest virksomme å spille på, vil støtte til barnets spising ikke være å få barnet til å spise sammen med personalet i en institusjon, men å

støtte familien/ foreldrene slik at barnet spiser sammen med dem. På samme måte som behandlingen i avdelingen ved innleggelse i institusjon har familien som fokus, rettes også psykoterapien mot hele familien. Halvorsen er opptatt av at det ved individualterapi er fare for at barnet i det daglige vil føle seg mer alene i strevet med spisingen og med alle de vanskelige følelsene som er knyttet til spiseproblemet. Innholdet og prosessen i familierapien er av avgjørende betydning for et godt resultat i følge Halvorsen. I første fase av behandlingen er familiens utrygghet så stor at familierapeutene må ta ansvaret både for rammene for samtalene og innholdet i timene (Halvorsen et al 2006).

Overgangen fra familiearbeid til familierapi kan noen ganger være vanskelig å få øye på, og jeg vil se litt på denne overgangen nedenfor.

I Sosial- og helsedirektoratet utredningsserie 7:2000 legges det vekt på at behandler må støtte foreldrenes rolle som foreldre, og hjelpe dem til å samarbeide om behandlingen av barnet. ”Foreldrene blir dermed nesten å betrakte som behandleres medhjelpere eller forlengede arm. Dette kan kalles familiearbeid, og bør skilles fra familierapi. I praksis kan overgang fra familiearbeid til familierapi være glidende, og derfor bør man klargjøre denne overgangen ovenfor foreldrene”(US 7:2000, 34). De viser videre til at indikasjoner på at man bør skifte over til familierapi er om det foreligger relativt fastlåste og konfliktfylte relasjoner enten mellom foreldrene, eller mellom barn og foreldre. En annen indikasjon er forsinket eller forstyrret psykologisk utvikling hos barnet, relativt uavhengig av den kronologiske alder.

Å samarbeide med familien for å skape forandring er strengt tatt familierapi i følge Skårderud, men han skriver at man kanskje skal være forsiktige med å bruke selve ordet. Familierapi som ord kan utløse motstand i familien. ”Arbeide sammen”, ”dele ideer”, ”lytte til hverandre” er gode alternativer når man kaller inn (2007).

Familierapi utgjør et komplekst samspill mellom et gitt problem i en gitt familie, en terapeut og en terapitilnærming (teori og metode) i en bestemt kontekst(tid og sted). Når vi skal arbeide med spiseforstyrrelser i en familierapeutisk sammenheng, betyr dette at vi må ta hensyn til den kompleksitet som både fenomenet spiseforstyrrelser rommer og som familierapi representerer. Ulike familierapeutiske tilnærminger belyser forholdet mellom symptom og samspill på ulikt vis. Johnsen har laget en kort men god oversikt over fire av disse (1995:16):

1. Symptomet som løsning og hjelper. Milano-orientert familierapi som ser symptomet som løsninger, gjerne knyttet til dilemmaer omkring et familiepremiss.



2. Løsningen som problem. Løsningsforsøkene utgjør til slutt problemene. MRI-gruppen representert ved Watzlawick, Weakland, Fisch, Haley og Bodin.
3. Symptomer som fiende. Antagelsen om symptomet som hindringer, fiende eller undertrykkende utviklet av bl.a. Michael White. Personen undertrykkes ved å identifiseres med sitt problem, det skjer en objektivisering av personen. Historien eller det narrative forløp er sentrale begreper i tilnæringsmåten.
4. Navnet er problemet. Det er de ideer som oppstår omkring et problem, som er problemet. Antagelsen om at problemer er knyttet til språket er tydeligst utviklet av Harry Goolishian og hans gruppe i Galvestone.

Familieterapiens historie handler om å se familien gjennom ganske forskjellige briller, og i følge Røer kan alle være nyttige hver for seg eller sammen. De kompletterer hverandre og danner en helhet. Vi har behov for både strukturelle, systemiske, narrative og adferdsorienterte begreper og metoder, og Røer hevder at en terapeut som skal arbeide med spiseforstyrrelser må kjenne til denne helheten. I tillegg er hun opptatt av at familieterapeuter også trenger å forankre sitt arbeid i utviklingspsykologi, og barnespesifikk kunnskap som vi bl.a. finner i tilknytningsteori. Gode relasjonserfaringer har mulighet for å modifisere og kompensere for problemer i tilknytningsforhold i tidlig alder (2006).

Når det gjelder innhold i familieterapisamtalene nevner Røer åtte temaer som hun har erfart er sentrale: Dette er temaer om: skyld og ansvar, individuering og løsrivelse, kommunikasjon, hvem bestemmer, forklaringer, premisser, kjønn og familiebelastninger.

Spørsmålet blir ut fra dette: For hvilken type problem i hvilken familie, med hvilken terapeut i hvilken kontekst, vil hvilken antagelse være nyttig? Når vi opplever at vi kommer til kort som terapeuter og problemene etter mange timer er like fastlåste som da terapien startet, kan vi se det som en påminnelse om at det er mye vi ennå ikke vet og forstår når det gjelder anoreksi.

Tilnærmingen vi har valgt, passet kanskje ikke denne familien, selv om vi lykkes med den i lignende familier.

Flere familieterapeuter mener at endret kommunikasjon i familien er et kriterium for at terapien kan avsluttes, og at det å snakke om følelser også blir en del av repertoaret. Familieterapiens mål i følge Johnsen er imidlertid å skape mulighet for gjensidig påvirkning mellom foreldre og barn som kan stimulere videre utvikling (1995).

Jeg har i dette kapittelet konsentrert meg om sentrale tema i familiesamarbeid og familierapi i møte med spiseforstyrrelser.

I neste kapittel vil jeg utvide fokuset og se mer på hvordan vi i et behandlingssystem kan samarbeide med hverandre og andre viktige instanser, for å gi et best mulig helhetlig og samkjørt tilbud for unge med anoreksi og deres familier.

## **2.6. Samarbeid med andre instanser**

I min undersøkelse intervjuet jeg ansatte ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Jeg vil nå se litt på den konteksten de jobber innenfor, før jeg fokuserer på samarbeid med andre instanser og samordning av tjenester mer generelt i forhold til spiseforstyrrelser.

### 2.6.1. Poliklinikkens rammer

Statens helsetilsyn (SH) utga i 2000 utredningsserien ”Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien”.

Her viser de til at det i forskriftene for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene, datert 1.juli 1998, står at Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er helseinstitusjoner som skal foreta undersøkelser, gi råd og behandling ovenfor barn og ungdom og deres familier, der det foreligger psykiske lidelser eller problemer. Rådgivningen kan også omfatte personer i pasientenes sosiale miljø (4:2000).

Poliklinikkene står ovenfor et betydelig forventningspress. De skal for det første ivareta et befolkningsansvar og samtidig gi den enkelte pasient faglig forsvarlig behandling. Videre er det forventet å yte mest mulig pasientbehandling, samtidig som de også bør samarbeide tett med eksterne instanser. Kravet om økt pasientbehandling står sterkt, samtidig som poliklinikkene som del av spesialisthelsetjenesten, er forventet å inneha høy faglig kompetanse. Dette innebærer at ressurser også må settes av til kompetanseutvikling. Mange poliklinikker vil nok kjenne seg igjen i beskrivelsen av presset om å ta inn nye pasienter.

Behandling av spiseforstyrrelser er både tid- og ressurskrevende, da det oftest kreves tett oppfølging, spesielt i starten av behandlingsforløpet. Det finnes ulike varianter av behandling og også behandlingsplaner i møte med denne problematikken.

Røer har skrevet noe om hva hun tenker er viktig i en behandlingsplan når det gjelder tidsbruk og tilbud. Hun mener at det er mest hensiktsmessig med to møter pr. uke, fordelt på individualsamtaler med pasienten, foreldresamtaler og fellessamtaler med foreldre/barn. Hun legger vekt på at familien trenger tett oppfølging de første månedene, og at søsken samtidig også

trenger informasjon og mulighet til å snakke om sine problemer med å ha en søster eller bror med spiseforstyrrelse. Terapisamtalene bør regelmessig suppleres av veilednings- og prosessevalueringssamtaler. Det vil mange ganger være behov for å gå igjennom hva spiseforstyrrelser handler om i løpet av en terapeutisk prosess (Røer 2006).

Det er ressurskrevende å ivareta dette i en poliklinikk som i utgangspunktet ofte er hardt presset i forhold til ansattes tidsbruk. Røer legger også vekt på flerfaglig samarbeid ved behandling, og det nevnes som en fordel å ha en erfaren lege med som behandlingsstøtte. Det å benytte flere ansatte internt i behandlingsopplegget er også ressurskrevende, i tillegg til at det kreves tid til å samordne seg med andre instanser.

I utredning fra Statens helsetilsyn fremkommer det at barne- og ungdomspsykiatrien bruker 3 % av samlet tid til samarbeid med førstelinjetjenesten. Det viser seg å være svært få strukturerte samarbeidsrelasjoner mellom voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien i materialet (4:2000).

#### 2.6.2. Hjelpesystemets betydning

Poliklinikken har hele tiden vært tiltenkt en rolle som bindeledd mellom den øvrige psykiatriske spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Det fordrer at man har etablert et samarbeid i forhold til disse nivåene (SH 4-2000). I tillegg er det en forutsetning at man setter av tid til dette. Ved behandling av barn og ungdom stilles det dermed ikke bare krav til samarbeid mellom behandler og familie, men også til fagpersoners samarbeid på tvers av profesjon, helsetjenestelinjer og helsetjenestens etater samt til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Når poliklinisk behandling av ulike grunner ikke oppleves som tilstrekkelig i møte med pasienter med anoreksi, blir det viktig å vurdere innleggelse og søke samarbeid med andre i tiltakskjeden. Innleggelser kan skje i indremedisinske, barnemedisinske eller psykiatriske avdelinger. Lokale forhold og tilstandens alvorlighetsgrad vil være avgjørende for om dette skal skje i en somatisk eller psykiatrisk avdeling (US 7:2000). Et praktisk problem ved innleggelse i barneavdelinger er at mange har en øvre aldersgrense på 15 år. Det betyr at aldersgruppen 15-18 år ikke har et helsetilbud spesielt beregnet på dem.

Det er viktig å hindre at disse pasientene blir kasteballer mellom psykiatri og medisin, og det bør derfor finnes samarbeidsavtaler med ansvarsfordeling mellom de forskjellige delene av

sykehusvesenet. Skårderud sorterer kriterier for innleggelse i somatiske sykehus og psykiatriske sykehus på følgende måte:

Grunner til innleggelse i somatiske sykehus:

- livstruende vekttap og raskt vekttap
- dramatisk ond sirkel med overspising og oppkast

Grunner til innleggelse i psykiatriske sykehus:

- alvorlig psykisk stress; dramatisk familiekonflikt, hjelpernes utmattelse, annen alvorlig psykiatrisk sykdom, selvmordsfare, sosial isolasjon, generell utmattelse og oppgitthet.
- manglende samarbeid i poliklinisk behandling; samarbeidet fungerer ikke, manglende behandlingsrespons over tid, mangel på poliklinisk tilbud (2007).

Ved innleggelse i pediatrien eller medisinske avdelinger er det ofte et stort rop om hjelp fra psykisk helse for barn og unge, noe som er forståelig. Det beste svaret på et slikt ønske er i følge Skårderud å anvende tiden på personalet, til samarbeidsmøter, veiledning og undervisning (2007). Han tenker det er lite heldig å flytte inn som terapeut på sykehuset, da det kan bidra til rot og uklar kommunikasjon. Kontakten med pasienten bør dermed tydeliggjøres som en annen type kontakt enn den polikliniske behandling.

I sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten legges en del føringer for samarbeid. Det legges vekt på at kommunikasjon i behandlingsteamet må følge klart definerte linjer, der det er gjort klart for pasient og alle som deltar i behandlingen, hvilken behandler som har det overordnede ansvaret for hvordan behandlingen skal legges opp. (US 7-2000). Tanken er at når pasienten opplever en velfungerende organisasjonsstruktur, øker tillit og trygghet til at behandlingsapparatet fungerer.

Når det gjelder valg av behandlingssted, er det svært lite behandlingsforskning som kan påvise effektforskjeller mellom poliklinisk behandling og institusjonsbehandling. Slik sammenligning kan også være vanskelig fordi pasientgruppene er forskjellige, og funn kan bli lite anvendelige på grunn av variasjoner i henvisningspraksis. De meta-analyser av terapeutstudier som finnes, viser ikke entydige fordeler ved henholdsvis poliklinikk eller innleggelse, i følge Halvorsen (Halvorsen et al 2004). Halvorsen legger i stedet vekt på at et godt samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og somatiske avdelinger er en forutsetning for vellykket behandling. Et slikt samarbeid fra sykehus Buskerud i Drammen er beskrevet av Anne Andersen og Inger Halvorsen

i boka "Vendepunkt" (Johnsen 1995). I deres senere oppfølgingsstudie av 51 barn og unge med anoreksi hadde 82 % ikke symptomer på spiseforstyrrelse 3 ½ til 14 ½ år etter behandlingen (Halvorsen et al 2004).

Sundet og Øritsland skriver at en viktig fordel ved behandling i en familieavdelingkontekst er det å ha mer tid tilgjengelig enn i en poliklinisk setting. Familier som opplever at de og behandlerteamet snakker godt sammen, som får snakket ut, og som opplever at det er en god ro til stede i behandlingsopplegget, tenderer til å evaluere virkningen av oppholdet som mer effektivt enn familier som ikke erfarer dette (Halvorsen et al 2006). I tillegg er et av kjennetegnene ved familieavdelingstilbudet den intensiteten tilbudet har. Den daglige kontakten fører til at behandler og familiene raskere kommer nært innpå hverandre.

Når behandling av pasienter med anoreksi krever at flere behandlingsinstanser deltar, er det viktig å inneha "systemkompetanse" og styrke denne.

Imber-Black er opptatt av at hjelpesystemet kan bidra til å opprettholde problemene og behovet for hjelp på ulike måter. Han er opptatt av hvordan dette kan "oppdages" og jobbes med slik at terapeutisk effekt skal bli mulig. Familien kan ha mistet troen på at de klarer seg selv, og profesjonelle hjelpere kan føle på at de ikke bidrar til å skape endring (1988).

Konflikter mellom ulike parter i hjelpesystemet eller mangel på samarbeid og forståelse, fører lett til hindringer i en behandlingssituasjon. Ungdom og familie kan bli stående i en lojalitetskonflikt mellom ulike hjelpere, og ungdom kan vegre seg for å inngå i en relasjon med miljøterapeuter i redsel for at foreldre skal oppleve seg underkjent eller sviktet. Hvilket mandat de ulike hjelpere har i deres kontakt med ungdom og familie, og hvordan dette skal være videre, må avklares (Imber-Black 1988).

Halvorsen og Andersen erfarte ved innleggelse i sykehus at usikkerhet om hva som var god behandling, og store forskjeller i forståelse mellom familien, sykehusets barneavdeling og familieterapeutene ofte førte til splittelse og manglende tillit til det samlede behandlingsopplegget (Johnsen 1995). Barnepsykiatrien og barneavdelinger har forskjellige tradisjoner, rutiner og faglig tenkning, noe som ofte innebærer utfordringer for samarbeidet. For å kunne påvirke et så mektig symptom som spiseforstyrrelse er, og som i så stor grad styrer omgivelsene, må det i følge Halvorsen og Andersen mobiliseres et tilstrekkelig nettverk av helbredende krefter, slik at det blir mulig å tro på noe annet enn symptomet.

Hovedtyngden av behandling av alvorlige spiseforstyrrelser foregår i spesialisthelsetjenesten, mens mer randsonepregede spiseforstyrrelser kan behandles i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten har også oppgaver i forbindelse med oppfølging etter at spesialistbehandling er avsluttet. På grunn av spiseforstyrrelsens komplekse og sammensatte sykdomsbilde, samt behov for behandling og oppfølging over lang tid, må spesialisthelsetjenesten sørge for at det etableres forpliktende samarbeid mellom tjenestene for voksne, unge og barn og mellom somatikk og psykiatri. Regelmessige møtesteder for fagfolk fra somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er nødvendig for å skape gjensidig forståelse og respekt for ulike fagtradisjoner, arbeidsmåter og praktiske rammevilkår (US 7-2000).

### **3. PLASSERING AV MIN STUDIE I EN VITENSKAPSTEORETISK REFERANSERAMME**

Ut fra min utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring er jeg lite opptatt av årsaksforklaringer. Disse var tidligere sentrale i naturvitenskapen ut fra positivismen og også fremtredende i samfunnsvitenskapen. Det teoretiske fundamentet for familieterapi og familieteori betraktes ofte som et vitenskapsteoretisk alternativ til den tradisjonelle naturvitenskaplige tenkningen rundt psykiske lidelser, behandling og terapi. Sentralt i familieterapien er det relasjonelle og kommunikasjon mellom mennesker som virkende faktorer snarere enn patologi og et individorientert fokus. Hva som er sann kunnskap, defineres ikke utelukkende av terapeuten eller behandleren, men skjer i et større samarbeid eller medskapning med klientene. Det naturvitenskaplige idealet om sann kunnskap har dermed blitt erstattet av hensynet til hva som er nyttig kunnskap ved å søke etter det som er virksomt i terapi. (Halvorsen et al 2006).

I min studie har jeg vært opptatt av å gå i dybden og få informasjon om hva andre fagfolk tenker og mener om spiseforstyrrelse og samarbeid med familie og andre instanser. Ut fra dette var det naturlig å velge en kvalitativ studie framfor kvantitativ studie, og benytte en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative forskningsmetoder skiller seg fra kvantitative metoder ved at de søker å gå i dybden og vektlegger betydning i motsetning til kvantitative metoder som vektlegger utbredelse og tall. Disse forskjellene er ikke absolutte, og det er store variasjoner innenfor de to tilnærmingene (Thagaard 2003).

I kvalitativ forskning foreligger ingen lineær utvikling av epoker som gjør det mulig å foreta en entydig kvalitetsmessig rangering. Nåværende epoke er grunnlagt på at forskere ikke samles rundt en stemme, men at det finnes en rikdom i tilnærminger innen kvalitativ forskning som et

resultat av spenninger og motsetninger (Ryen 2002). Fire av nåtidens sentrale paradigmer er naturalisme, etnometodologi, emosjonalisme og postmodernisme. Språket spiller en sentral rolle for hvordan hvert av paradigmene presenterer en distinktiv virkelighet. Disse forskjellene har sterke konsekvenser for intervjustudier - både hvordan man portretterer relasjonen mellom partene i intervjuet og for analysen av dataene (Ryen 2002).

Min forståelse var i utgangspunktet mye hentet fra postmodernismen, der forventningene om at jeg som forskeren kan gripe levde erfaringer forkastes. Fokuset er i stedet på at levde erfaring skapes i den sosiale konteksten som blir skrevet av meg som forsker. Jeg ble ut fra dette opptatt hvordan jeg som forsker påvirket de svar jeg fikk i mine undersøkelser, da det er umulig ikke å påvirke eller påvirkes - særlig når man forsker på sitt eget felt.

Jeg har valgt å beskrive hermeneutikk og fenomenologi litt nærmere ut fra at det vil være naturlig vitenskapsteoretisk grunnlag å forankre mitt prosjekt i. Videre vil jeg si mer om kvalitativ forskningsmetode som jeg har valgt å benytte i min studie.

### **3.1. Hermeneutikk**

Ut fra hermeneutisk forståelse ønsket jeg i min studie å ha som utgangspunkt at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivå. Forståelse og kontekst er viktig for å fortolke fenomenet spiseforstyrrelse som jeg ønsket å ha fokus på.

Hermeneutikk kan beskrives som tolkningens kunst og vitenskap, og handler om forståelse som tolkning. Her søker man tolkninger av personers virksomhet og ikke kausalforklaringer (Ryen 2002). Hermeneutikken dreier seg om fortolkning av mening. Den framhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thaagard 2003). All forståelse er betinget av den kontekst eller situasjon noe forstås innenfor. En slik kontekst er ikke en objektiv, kontrollerbar størrelse som eksisterer uavhengig av den som fortolker.

Det viktigste begrepet i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Den peker på at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av (Thaagard 2003). Vi forstår delene i lys av helheten og vi forstår også helheten i lys av delene. Generelt kan vi si at uttrykket ”den hermeneutiske sirkel” betegner det forhold at all fortolkning består i stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det vi skal fortolke, og den kontekst det fortolkes i, eller mellom det vi skal fortolke, og vår egen forforståelse (Gilje/ Grimen 1993).

Vår forståelse av både helheten og delene utvides og forandres gjennom forståelsesprosessen. Ut fra dette ligner den hermeneutiske sirkel på den systemiske forståelse, at vi gjensidig påvirker hverandre i relasjon.

Widdershoven skriver i sin artikkel ”The story of life” at ut fra et hermeneutisk synspunkt er menneskelivet fortolket gjennom historier, og menneskelivet er en prosess av narrative tolkninger( 1993). Han skriver også at psykologi og psykoterapi er hermeneutisk ved at de prøver å forstå historier om livet, og ved å gjøre det, forandre det. Han konkluderer med at hermeneutisk perspektiv holder oppe ideen om at liv og historie er internt relaterte.

Tolkningen av mine intervju kan sees på som en dialog mellom meg som forsker og tekstene, hvor jeg prøver å fokusere på den mening teksten formidler. Når jeg tolker og prøver å forstå, gjør jeg dette ut fra en forforståelse. En hermeneutisk tilnærming gir grunnlag for fortolkning på flere plan.

### **3.2. Fenomenologi**

Jeg ønsket i min studie å ta utgangspunkt i Informantenes subjektive opplevelse og søke å oppnå forståelse av den dypere mening i informantenes erfaringer. Slik sett ville fenomenologien være et naturlig ståsted for min studie. Fenomenologi er enkelt sagt erfaringsvitenskap. Fokus i alle fenomenologiske undersøkelser ligger på ”verden slik den fremstår”, det vil si menneskers opplevelser av verden de lever i (Langdridge 2006). For en fenomenolog vendes bevisstheten ut mot verden gjennom vårt intensjonale forhold til verden, og anerkjenner ikke menneskesinnet som noe som kun er inne i mennesker. Fokuset er på det som skjer mellom mennesker, og mellom mennesker og verden – i det offentlige rom hvor opplevelser foregår (Langdridge 2006).

Innen kvalitativ forskning er fenomenologi i følge Kvale et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiv og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (2009). I fenomenologisk metode dreier det seg om å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig, og beskrive snarere enn å forklare og analysere. Det legges vekt på å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. (Kvale 2009). Kvale beskriver tolv ulike aspekter ved forståelsesformen i det kvalitative forskningsintervjuet ut fra et fenomenologisk perspektiv: Livsverdenen, mening, kvalitativt, deskriptivt, spesifisitet, bevisst naivitet, fokusert, tvetydighet,



endring, følsomhet, interpersonlig situasjon og positiv opplevelse (2009). Ut fra plasshensyn velger jeg ikke å gå nærmere inn på disse her.

Langdridge skriver at en av de to mest populære fenomenologiske tilnærmingene i moderne psykologisk arbeid er Interpretative Phenomenological Analysis (2006). Det er denne metoden jeg har vagt å ta i bruk når jeg skal analysere mitt materiale.

### **3.3. Kvalitativ forskningsmetode**

Thagaard skriver at kvalitative metoder kjennetegnes ved at de fokuserer på prosess og mening, analyse av tekst, nærhet til informantene og har små utvalg (2003). Kvalitativ forskning baserer seg på et vidt spekter av innsamlingsmetoder, som intervju, observasjon, analyser av dokumenter og bilder. Jeg ønsket å samle inn informasjon gjennom intervju. Samtalen er et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer om sin situasjon, slik jeg ønsket.

Intervjudata som representerer deltakernes beskrivelse av hva de gjør kan være beheftet med usikkerhet. Det folk sier at de gjør, og det de faktisk gjør, kan være to forskjellige ting. Når hensikten med en studie er å studere handlingsmønstre, samhandling og hva som foregår i en gitt kontekst, er det vanligvis observasjon som benyttes. Min studie er basert på intervju og samtaler og tolkning av språk og kommunikasjon blir sentralt for analysene.

Jeg ønsket å oppnå forståelse av fenomenet spiseforstyrrelse og de personene som jeg intervjuet, noe som er en viktig målsetting i kvalitative studier. Fortolkning har stor betydning i kvalitativ forskning, og fortolkende teoretiske retninger representerer et viktig grunnlag for kvalitative metoder (Thagaard 2003). Hvordan jeg tolker intervjumaterialet kan på den ene siden knyttes til mitt teoretiske utgangspunkt, og på den annen siden gir tendenser i dataene et grunnlag for den forståelsen jeg som forsker utvikler i løpet av forskningsprosessen. Det vil ut fra dette være et gjensidig påvirkningsforhold mellom mitt teoretiske utgangspunkt og tendenser i datamaterialet. Det blir en runddans mellom teori, metode og data (Fangen 2004).

Kvale skriver at den kvalitative orientering innebærer at ”oppmerksomheten rettes mot de kulturelle, dagligdagse og situerte aspektene ved menneskelig tenkning, læring, viten, handling og vår måte å forstå oss selv som personer på” (2009:31). I intervjusamtalene ønsket jeg å lytte til hva folk selv forteller om livsverdenen sin, slik det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra informantenes side.

Forskningsintervjuet er et intervju der det konstrueres kunnskap i samspill mellom intervjueren og informanten. Det blir dermed et vekselspill mellom de som vet, og det som vites, mellom de som konstruerer kunnskap, og kunnskapen som blir konstruert i følge Kvale (2009).

Mange veivalg gjøres underveis i en studie etter hvert som ny innsikt vinnes. Problemstillinger kan dermed måtte justeres underveis. Denne fleksibiliteten er et av mange fortrinn ved ulike kvalitative forskningsmetoder. Denne tilnærmingen kan åpne for ny og uventet kunnskap, som igjen kan danne grunnlag for nye problemstillinger.

Det finnes ulike kvalitative tilnærminger som f.eks. fenomenologisk forskning, etnografisk arbeid, temaanalyse, grounded theory og diskursanalyse. I starten av min studie hadde jeg tanker om å bruke diskursanalyse for å analysere mitt intervjumateriale. Ved bruk av diskursanalyse ville jeg være mest opptatt av hvordan mennesker skaper mening gjennom sin bruk av språket, og ikke så opptatt av deltagerens opplevelse slik jeg ønsket å være. Etter hvert som jeg tilegnet meg mer kunnskap og klargjorde nærmere hva jeg ønsket å fokusere på, valgte jeg en fenomenologisk tilnæringsmetode.

#### **4. METODE**

For å analysere mitt materiale, bestemte jeg meg for å benytte meg av ”Interpretative Phenomenological Analysis” – heretter benevnt som IPA. Jeg ønsket å representere informantens stemme og deres mening i studiet, og denne metoden ville ivareta dette. I dette kapitlet vil jeg beskrive IPA, og si litt om hvorfor jeg valgte denne analysemetoden i stedet for andre nærliggende metoder. Jeg vil si litt mer om de ulike steg i IPA under pkt 4.9 der jeg beskriver analysearbeidet mer konkret.

##### **4.1. Interpretative Phenomenological Analysis- IPA**

Jonathan Smith var grunnleggeren av IPA, og metoden ble først brukt innen britisk psykologi på 1990-tallet. Langdridge skriver at IPA i begynnelsen ble beskrevet som en metode for å overskride skillet mellom kvantitative sosio-kognitive tilnærminger og diskursive tilnærminger til helsepsykologi gjennom fortolkningsprosessen (2006). Siden har IPA blitt brukt til å undersøke mange emner både innen sosial- og helsepsykologi. IPA er preget av tre hovedretninger: fenomenologien, hermeneutikken og ideografi. At metoden er ideografisk vil si at hvert intervju analyseres for seg før man gjør noen forsøk på å generalisere utover individnivå (Smith 2009).

Hensikten med IPA er i følge Smith å utforske i detalj deltagerens syn på temaer, og den legger vekt på at forskningsprosessen er en dynamisk prosess (1999). Jeg vurderte å bruke Grounded Theory (GT), som også ville vært en nyttig analysemetode i min studie. GT er en grundigere metode enn IPA, og IPA benevnes ofte som er kortversjon av GT. Gjennom bruk av GT er forskeren opptatt av de sosiale prosesser og hvordan ting skjer og er opptatt av meningstetthet. IPA er ikke så opptatt av dette, men mer av hva informantene tenker om ulike tema. Dette syns jeg passet det fokus jeg ønsket å ha i intervjuene. IPA var utviklet i et felt der det var lagt vekt på kognisjon, og forskerne var mest opptatt av informantens tanker og meninger om temaene som ble tatt opp. Dette skiller metoden fra f.eks. diskursanalyse som er mer opptatt av språket. I GT tar forskeren utgangspunkt i intervju med én informant, og ut fra analyse av dette intervjuet, blir neste informant valgt. Ved bruk av IPA kunne jeg på forhånd avklare hvem jeg skulle intervju. Dette var praktisk for meg, da jeg kunne få gjort avtaler med alle informanter før jeg startet opp med intervjuprosessen. I GT legges det også vekt på at man intervjuer noen som utfordrer egne hypoteser og forestillinger som dannes etter 1. intervjuet. Ved bruk av IPA kunne jeg ha informanter som hadde samme formening om ting, da jeg ikke kunne vite dette i forkant ut fra at alle informantene var valgt før første intervju ble gjennomført. Ved bruk av GT ønsker forskeren å teoretisere sine funn, noe jeg ikke var opptatt av i min studie. Jeg ser at det ville vært spennende å se mer på hvordan informantene ikke bare tenker om et tema, men også på hvordan de så gjør det i praksis. Dette er noe GT ivaretar bedre enn IPA, og slik sett har IPA sine begrensninger.

Det har i følge Langdridge vært en del uenigheter om hvor fenomenologisk tilnærmingen egentlig er, og hvor forskjellig den er fra GT og/ eller tematisk analyse (2006).

I følge Smith er IPA fenomenologisk ved at den er opptatt av å utforske erfaringer (2009). Han skriver videre at IPA- forskere er spesielt interesserte i hva som skjer når den dagligdagse flyten av levd erfaring får en bestemt betydning for mennesker. IPA er fortolkende og er dermed influert av hermeneutikken. IPA er også opptatt av at tilgangen til personenes opplevelser alltid er avhengig av hva deltagerne forteller oss om sine erfaringer, og at forskeren trenger å tolke budskapet fra deltageren i ønske om å forstå deres opplevelse.

Ut fra mitt systemiske ståsted er jeg opptatt av å se på sammenhenger og hvordan den enkelte er en del av en større helhet og blir påvirket ut fra dette. IPA var ikke utviklet av systemiske tenkere, men utviklet i et felt der man hadde individuelt fokus og var opptatt av den enkeltes indre opplevelse. For meg vil det være interessant å se på sammenhenger mellom informantene,

og hvordan tema blir berørt på ulikt vis. Min analyse vil dermed bli preget av mitt systemteoretiske ståsted. Smith er opptatt av at hver enkelt forsker vil komme til å tilpasse IPA underveis i sitt forsknings-prosjekt(1999). Ut fra dette vil de personlige prosesser og fortolkninger man gjør prege de valg man foretar.

## **4.2. Innsamling av data**

For å få svar på spørsmål i min studie, valgte jeg å intervjuere terapeuter på BUP som har erfaring med behandling av spiseforstyrrelser. Jeg valgte å benytte semistrukturert intervju, og hadde på forhånd lagd en intervjuguide.

Jeg ønsket i utgangspunktet å ta i bruk en fokusgruppe i forkant av intervjuene, noe jeg tenkte ville være nyttig for å sjekke ut om intervjuguiden jeg hadde laget, opplevdes nyttig. Dette ble prioritert vekk, men jeg sendte intervjuguiden til enhetsleder og faglig ansvarlige på institusjonen slik at de kunne komme med innspill. Jeg fikk ingen forslag til endringer ut fra dette.

### 4.2.1. Intervju som metode

Metoden intervju ville gi meg fyldig og omfattende informasjon om hvordan mine informanter opplevde sin egen situasjon, og forstod og behandlet spiseforstyrrelser. Slik Thagaard skriver gir denne metoden et særlig godt grunnlag for innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser (2003). Det kvalitative intervjuet kjennetegnes ved at det går i dybden og ligner på en samtale som har et mål. Det finnes ulike varianter av intervju, og de strekker seg fra å være veldig strukturert til å være ustrukturert eller åpent.

Gjennom bruk av IPA som analysemetode var jeg interessert i å få vite mest mulig om hva informantene tenker om sine erfaringer, og få del i deres opplevelser og meninger og få så god adgang som mulig til informantens livsverden. Dette ville innebære at jeg måtte være åpen for å bli ledet inn på nye tema. Ut fra dette tenkte jeg at strukturert intervju trolig ville hindre meg i å følge det informantene var opptatt av, og at åpent intervju på den andre siden kanskje ville hindre meg i å få svar på spørsmål og tema jeg ønsket å ha fokus på. Med bakgrunn i dette valgte jeg semistrukturert intervju. Forskning som gjør bruk av IPA, benytter for det meste semistrukturerte intervjuer (Langdridge 2006)

I semistrukturert intervju starter spørsmålene ut fra vår kunnskap, teori, erfaringer, praksis og vår nysgjerrighet (Thagaard 2003). I denne typen intervju er temaene i hovedsak fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis. Jeg lagde en intervjuguide med fem hovedtema, der jeg hadde lagd noen spørsmål under hvert tema (se vedlegg 2).

Dette ville gi meg rom til å følge informantenes fortelling, samtidig ivareta at jeg fikk informasjon om de temaene jeg ønsket å fokusere på. Slik sett ville intervjuet passe til min systemiske måte å tenke på; at forsker og informant påvirker hverandre gjensidig i relasjonen.

Fleksibilitet er viktig for å oppnå dette. I undervisning vi har fått, fremheves det at intervjueren ikke bare bør ha kunnskaper om de tema som tas opp, men også om sosiale relasjoner.

Utfordringer i intervjusituasjonen er særlig knyttet til at forskeren lykkes i å skape en atmosfære som innbyr til fortrolighet i følge Thagaard (2003). I mitt daglige arbeid er jeg opptatt av at den relasjon vi som terapeuter er i stand til å etablere med den som ønsker hjelp, er av betydning for hvordan tilbudet oppleves og om det blir nyttig. På samme måte tenker jeg at relasjonene som etableres i et intervju er avgjørende for kvaliteten på materialet slik Thagaard referer til (2003).

Kvale er opptatt av at intervjuforskning er et håndverk som læres gjennom praksis, og intervjuferdighetene læres dermed også gjennom intervjupraksis (2009). Det var for meg et godt utgangspunkt når jeg skulle intervjuer som forsker for første gang. Dette er noe man ikke kan være utlært på før man starter.

### **4.3. Utvalg**

Jeg valgte å begrense informantene til tre terapeuter fordelt på to poliklinikker. Selv om utvalget er lite, vil jeg tro at det de formidler vil være mulig å kjenne igjen for andre som arbeider i samme kontekst, og vil også kunne gi et nyttig bidrag inn i feltet.

Jeg syntes det var spennende hvis de hadde ulik utdanningsbakgrunn. Dette for å kunne få ulik innfallsvinkel til forståelse og behandling av denne diagnosegruppen.

For å få informanter til prosjekter, kontaktet jeg avd. sjefene ved poliklinikkene for å be dem spørre ansatte om noen kunne tenke seg å delta. I tillegg til å snakke med avd. sjefene sendte jeg dem et brev med informasjonsskriv som kunne viderefremmes aktuelle informanter (se vedlegg 1). Min henvendelse ble godt tatt imot av ledelsen, og jeg fikk etter hvert tre informanter med ulik utdanningsbakgrunn og ulik praksiserfaring. Dette var tre informanter jeg hadde kjennskap til gjennom at vi er kollegaer i samme behandlingsskjede.

Det å være i en ny rolle som forsker ovenfor personer jeg har møtt i andre sammenhenger tidligere, var for meg svært uvant og krevende. Jeg tenker at den kjennskap vi hadde til hverandre, har påvirket samtalen og de svar jeg fikk under selve intervjuet. Dette kommer jeg tilbake til under etiske refleksjoner.

#### **4.4. Gjennomføring av undersøkelsen**

Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet 18.11.- 08.12.10. Jeg lot informantene selv velge hvor intervjuene skulle skje, og når det passet for dem. To av intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass, og på deres egne kontor. Ett intervju skjedde på min arbeidsplass, da informanten hadde en avtale med andre på institusjon jeg jobber på. Jeg valgte å foreta dette intervjuet på et annet rom enn mitt kontor. Å sitte på mitt kontor kunne medføre at vi ble forstyrret av telefoner, og jeg ønsket også å være på litt mer ”nøytral” grunn for å skille på min rolle som terapeut og som forsker i denne samtalen. Dette både for min egen del og av hensyn til informanten.

Intervjuguiden viste seg å bli en god hjelp for meg til å holde meg på sporet av hva jeg var nysgjerrig på, men samtidig ikke være til hinder for at informantens egne fokus kom fram og fikk plass. Jeg tok opp alle tre intervjuene på lydbånd ut fra samtykke. To av intervjuene varte i ca.1 time og 15 min., mens ett varte i 1,5 time. Jeg gjennomførte alle tre intervjuene før jeg begynte å transkribere dem, og jeg transkriberte intervjuene selv.

#### **4.5. Transkribering**

Å transkribere tok mye lengre tid enn jeg hadde forventet. Jeg måtte høre på lydbåndet mange ganger for å få tak i hva som ble sagt. Kvaliteten på lydopptaket viste seg ikke å være den aller beste. Jeg var også opptatt av å få nedskrevet informantens formidling mest mulig riktig. Det er utfordrende i seg selv å gjøre om muntlig språk til skriftspråk gjennom transkripsjon.

Kroppsspråk og formidling gjennom bruk av stemme, stemmestyrke og rytme, forsvinner - og kvaliteter kan gå tapt.

Det å høre på intervjuet mange ganger førte imidlertid til at jeg fikk hvert enkelt intervju mer under huden før jeg begynte å lete etter begynnende tema. Ut fra det jeg hadde lært om analysemetoden IPA, ble det viktig å vie det første intervjuet full oppmerksomhet, og finne begynnende tema og overordnede tema, før man startet med å transkribere og analysere neste intervju.

#### **4.6. Etske betraktninger**

Ut fra en hermeneutisk grunninnsikt om at jeg alltid vil ha en forforståelse før jeg påbegynner min forskning, var jeg opptatt av å være åpen for å justere problemstillingen underveis i prosessen etter hvert som data ble samlet inn og analysert. Slik Fangen skriver tenkte jeg at min forforståelse gradvis ville modifieres etter hvert som jeg tilegnet meg mer kunnskap (2004).

Ønsket var å gå inn i feltet med et åpent sinn, men samtidig med nok kunnskap til å nærme meg feltet på en hensiktsmessig måte. Det ble viktig å være klar over hva min forkunnskap var, i stedet for å tro at jeg kunne være nøytralt i møte med temaer jeg forsket på.

Jeg tok kontakt med NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) for å få godkjent prosjektet, og ble der bedt om å ta kontakt med REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) for å sjekke om de mente jeg måtte ha godkjenning derfra. NSD stilte spørsmål ved om utvalg av informanter ble for gjennomsluttig i og med at fagfeltet i Oppland ikke er så stort, og om opplysninger dermed ville bli for sensitive. REK svarte at de var av den oppfatning at masterprosjektet mitt ikke måtte godkjennes hos dem, men la vekt på ivaretagelse av informantene. Etter dette fikk jeg skriftlig godkjenning av prosjektet fra NSD.

Kvale legger vekt på at samspillet mellom intervjuer og intervjuperson er gjennomsluttet av etiske spørsmål (2009). Jeg var opptatt av å være bevisst min egen rolle som forsker i møte med informantene, da jeg selv er ansatt i samme tiltakskjede som dem. Åpenhet om mitt prosjekt og mine tanker tenkte jeg ville være en naturlig del av samtalen med mine informanter.

Jeg har i oppgaven lagt vekt på å sikre informantenes anonymitet. Fagfeltet er lite og gjennomsluttig i vårt distrikt. I utgangspunktet var jeg nysgjerrig på om ulike utdanningsbakgrunn kunne føre til ulike vektlegginger når det gjaldt familiearbeid og samarbeid i behandling av spiseforstyrrelser. Fokuset på fagbakgrunn la jeg etter hvert vekk, da det ville være vanskelig å bevare informantenes anonymitet i formidling av dette. Av samme grunn har jeg også valgt å anonymisere informantenes kjønn. Fagbakgrunn og kjønn er dermed ikke variabler som er tatt med i drøfting av de ulike temaene.

Jeg har valgt å skille informantene fra hverandre ved å navngi dem med bokstavene A, B og C, og har omtalt alle som "hun" for å unngå at materialet skulle bli for gjennomsluttig.

#### **4.7. Selvrefleksivitet**

Ut fra at metoden intervju i prinsippet er basert på et subjekt-subjekt-forhold mellom informant og forsker, som innebærer en oppfatning av at både forskeren og informanten påvirker forskningsprosessen, ble det slik Thagaard påpeker viktig for meg å være selvrefleksiv (2003). At jeg i tillegg var kollega og aktuell samarbeidspartner i samme system, og kjente informantene noe i forkant, tenker jeg har lagt noen føringer for hva informantene formidlet og hva jeg valgte å følge opp av tema de bragte på banen. I tillegg tenker jeg at det også har påvirket i hvor stor

grad jeg har klart å være kritisk ved drøfting av funnene. Jeg har vært opptatt av å ivareta informantene på en god måte også med tanke på at vi skal forholde oss til hverandre framover.

Jeg oppdaget under intervjuene at det var utfordrende for meg å huske på at jeg var forsker, og ikke kollega eller fagperson i møte med informantene. Jeg ble fort nysgjerrig på det de formidlet, og det var mange tema jeg gjerne skulle ha drøftet mer med dem. Intervjuguiden viste seg å være til god hjelp for meg under intervjuene til å få materiale på de tema jeg ønsket å gå mer inn i, og til å holde fast ved rollen som forsker.

Jeg lærte noe gjennom hvert intervju- ikke bare i forhold til tema som ble snakket om- men også om min måte å intervju på. Kort tid etter hvert intervju hørte jeg på lydbåndopptaket, med tanke på å høre om jeg hadde fått svar på det jeg var opptatt av og hvordan jeg kommuniserte med informantene og stilte spørsmål. Dette var lærerikt. Jeg oppdaget unødvendige kommentarer, latter, bekreftende humming osv som jeg tenkte kunne påvirke informanten til å si mer eller mindre om det som ble snakket om. Allikevel tror jeg at jeg evnet å etablere en avslappet stemning med informanten, gjennom at jeg ikke var noen ekspert på forskning, slik at samtalen gikk lett. Etter å ha hørt på opptak fra første intervju, ble jeg mer bevisst på hvordan jeg ønsket å kommunisere i neste intervju og hvilke spørsmål/ innspill som kunne være nyttige. Etter andre intervju gjorde jeg det samme, og oppdaget også der forbedringspunkter i min rolle som forsker. Det var en krevende læringsprosess.

Under transkribering kjente jeg også på egne reaksjoner - noe ble jeg begeistret over å høre og noe kjente jeg utfordret egne synspunkt og holdninger. Jeg drøftet mine reaksjoner med en kollega, med tanke på å få inn andre perspektiv, slik at egne reaksjoner ikke skulle hindre meg i å høre best mulig hva informanten ønsket å formidle. Dette var til god hjelp for meg, og jeg kunne ta fatt på analysen med åpnere sinn.

Selv om jeg har forsøkt å stille med mest mulig åpent sinn i forhold til hva informantene ønsket å formidle, har valg av tema til drøfting blitt farget av den jeg er som forsker. Min interesse, egen bakgrunn og hva som ga gjenklang hos meg har påvirket de valg jeg har gjort i drøftingen av funn og hva jeg har vektlagt av utsagn.

#### **4.8. Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet**

Troverdighet handler om hvorvidt undersøkelsen er gjort på en tillitsvekkende måte (Thagaard 2003). Jeg har nøye beskrevet hvordan min undersøkelse er utført.



Etter å ha transkribert hvert intervju sendte jeg det til den aktuelle informanten for gjennomlesning. Hver enkelt informant ble da invitert til å korrigere og komme med tilleggskommentarer i etterkant av intervjuene. Det var viktig for meg å være transparent på hvilken informasjon jeg hadde fanget opp, og få tilbakemeldinger på eventuelle misforståelser.

En informant sendte meg det transkriberte intervju i retur der egne kommentarer var skrevet på underveis. En informant sendte på mail tanker og refleksjoner som var dukket opp i etterkant av intervjuet og gjennomlesing av transkribert intervju. Begge informantene formidlet egne reaksjoner knyttet til det å lese ordrett det som var sagt. En informant ga ingen tilbakemelding. Jeg ba også om tillatelse til å kunne benytte tilleggskommentarene i masteroppgaven, dersom jeg fant det nyttig, noe jeg fikk tillatelse til fra de to som responderte.

Også kapittel 5 i oppgaven, der sitater fra intervjuene brukes, ble sendt til informantene for å forsikre om at de kjenner seg igjen og at materialet var godt nok anonymisert. De samme to informantene responderte på dette, og ga følgende kommentarer:

*Faglig veldig lærerikt og spennende!! Følte meg helt anonymisert også (informant A).*

*Interessant oppgave! Jeg synes du behandler stoffet fra intervjuene på en ivaretaende måte (B).*

Informantene er få, og de forteller om sine egne subjektive erfaringer og opplevelse. Det vil derfor være vanskelig å generalisere informasjonen som er framkommet. Jeg vil allikevel tro at det informantene formidler vil gi gjenkjennelse hos andre som arbeider innenfor samme kontekst. En tilsvarende undersøkelse gjort et annet sted med samme måte å velge ut informanter på, samme intervjuguide og samme teorigrunnlag, ville sannsynligvis gitt et sammenlignbart resultat.

Refleksjoner som jeg har gjort rede for i forbindelse med analyseprosessen, er også med på å gi undersøkelsen gyldighet. Jeg har vist hvordan jeg har arbeidet i analyseprosessen, og hva som er bakgrunn for de resultatene som jeg presenterer. Konteksten undersøkelsen ble gjort i og den trinnvise analysen er presentert. Underveis i prosessen har jeg også diskutert med andre slik at prosessen skal være troverdig.

#### **4.9. Steg for steg i analysearbeidet**

Det er 5 steg i analysen slik Langdridge har beskrevet IPA:

- 1) lesing med blikk for det overordnede meningsinnholdet
- 2) identifisering av temaer
- 3) strukturering av temaer man har trukket ut

4) å lage en oppsummerende tabell over temaene og

5) integrere alle tilfellene tematisk.

Ved bruk av IPA beveger man seg nedenfra og opp ved å begynne med individuelle tilfeller, og så bevege seg mot mer generelle uttalelser (2006). Ut fra dette jobber man seg gjennom de fire første stegene for hvert intervju, før man i det siste steget forsøker å integrere meningsinnholdet i alle intervjuene.

I steg 1 startet jeg analysearbeidet med å lage et oppsett på arket med tre kolonner slik det er fremstilt i John Smiths bok (2009). I midten limte jeg inn det transkriberte intervjuet, som Smith kaller "Original Transcript". På høyre side var det da en kolonne jeg kunne skrive ned mine egne tanker, refleksjoner og observasjoner jeg fikk om meningsinnholdet underveis, som Smith har kalt "Exploratory comments". I dette første steget var det sentralt å få tak i det overordnede meningsinnholdet.

I venstre kolonne skrev jeg ned utsagn som ble fremtredende i teksten, og dette er steg 2 i analysearbeidet. Her forsøkte jeg å trekke fram meningsstrukturene i teksten, og identifisere tema. Dette ble begynnende tema eller "Emergent Themes" som Smith kaller det. (se eks. i vedlegg 3). Her skrev jeg ned utsagn som var sentrale og samlet de til noen begynnende tema og navnga dem ut fra hva jeg opplevde sentralt. Dette ble da også noe preget av mine egne reaksjoner i steg 1. Det kom fram mange begynnende tema/ utsagn i hvert enkelt intervju, så jeg samlet disse og reduserte de til færre tema der noen fikk nye navn.

Neste steg, steg 3, var nå å strukturere de temaene jeg hadde identifisert. Jeg lagde en liste med temaene som var identifisert i steg 2, og forsøkte å se sammenheng mellom dem. Jeg grupperte disse i nye kategorier, og ga kategoriene navn som jeg mente fanget det generelle meningsinnholdet. Disse nye kategoriene kaller Smith "Super-ordinate themes". Jeg benevner disse videre som overordnede tema slik Langdridge gjør (2006). Noen få temaer ble mindre betydningsfull og forsvant i denne prosessen, men de aller fleste ble beholdt. Det ble viktig for meg å holde fokus på informantenes budskap, da jeg hadde hørt at man ved bruk av IPA stod i fare for å oppsummere for fort med egne ord. Jeg var redd for å miste noe på veien.

Likedan var det viktig å unngå å teoretisere for raskt på dette steget, da jeg ved det kunne miste grep om hvilken betydning en opplevelse hadde hatt for en informant. Jeg endte opp med 5-6 overordnede tema i hvert enkelt intervju.

Jeg lagde en oversikt over de overordnede tema, der de begynnende tema knyttet til det enkelte overordnede tema ble tatt med. Dette er steg 4 i analysearbeidet. Nå kunne jeg starte på neste intervju og gjennomføre analyseprosessen på samme vis til steg 4.

Oversikten over overordnede tema og begynnende temaer fra intervju med A og B er lagt ved i vedlegg 4 som et eksempel for å vise sammenhengen mellom disse. I vedlegget vises også oversikt over henvisninger til sidetall og linje som de enkelte begynnende tema er hentet fra i intervju med A. Nedenfor har jeg kun tatt med de overordnede tema jeg kom fram til i hvert intervju. Jeg har valgt å skrive litt om prosessen i arbeidet under hvert enkelt intervju.

### **Intervju A**

I det første intervjuet synes jeg det var så mye klokt som ble formidlet, så det ble mange tema som jeg tenkte burde være med. Det ble derfor over 100 begynnende tema i margin som jeg noterte disse i. Det ble for mye å håndtere, så jeg måtte gå grundigere til verks for å sortere og redusere antall begynnende tema. Jeg så på utsagn som hørte sammen og reduserte antall tema til 33. For å huske på hvor utsagn var hentet fra, nummererte jeg dem slik at ved hvert tema ble det flere henvisninger til utsagn. Eksempel på dette er temaet ”Å bli voksen er fryktelig skummelt” der jeg har henvist til 3,10 - 3,11 - 3,30 - 4,5. Dette betyr at jeg finner utsagn knyttet til dette på side 3, linje 10 i det transkriberte intervjuet osv. (se vedlegg 4). Etter dette så jeg på hvordan jeg kunne gruppere disse temaene til overordnede tema. Dette kodingsarbeidet tok tid. Nedenfor følger oversikt over de seks overordnede tema som jeg synes ble fremtredende gjennom bearbeiding av materialet.

#### Overordnede tema i intervju A:

1. Generell kunnskap om spiseforstyrrelse i bunn
2. Samtalens innhold
3. Viktig med foreldre og søsken inn
4. Hjelp til å tåle
5. Forutsigbarhet i behandling
6. Få hverandres styrker fram- lære av hverandre

### **Intervju B**

Nå ble neste steg å forlate første informant for å se på intervjuet med andre informant, og gjennomføre samme analyseprosess her. Etter å ha hatt full fokus på første intervju, tenkte jeg at

jeg hadde mer enn nok interessant materiale her og at det ville være vanskelig å hente noe mer fra neste intervju. Det var nødvendig å få litt pause mellom disse to analyseprosessene med tanke på å nullstille meg. Jeg ønsket å ha fullt fokus på innholdet også i dette intervjuet, og gå inn med åpent og nysgjerrig sinn og få tak i hva andre informant var opptatt av og formidlet.

Når jeg fordypet meg i andre intervju ble det like mange interessante tema som trådte fram, og første intervju ble nesten glemt. Jeg gjorde som ved første intervju, og skrev ned egne tanker, erfaringer og refleksjoner i høyre marg mens jeg leste. Deretter lette jeg etter begynnende tema og skrev ned stikkord i venstre marg. Det ble mange stikkord også her, som jeg samlet og grupperte til begynnende tema. Deretter jobbet jeg meg fram til 6 kategorier, som ble de overordnede tema i dette andre intervjuet. Nedenfor følger oversikt over disse overordnede temaene. Henvisninger til temaene under hver enkelt finnes i vedlegg 4.

#### Overordnede tema i intervju B:

1. Krevende symptom
2. Romme
3. Lydhør for når det er behov for hva
4. Få satt et system som gir trygghet
5. Finne mestring
6. En ny mulighet

#### **Intervju C**

Det ble viktig å vie denne informanten samme oppmerksomhet og nysgjerrighet som de andre to, selv om jeg nå syns jeg hadde mye materiale. I stedet for å se etter hva denne informanten sa om overordnede tema fra intervju A og B, valgte jeg å gjennomføre samme analyseprosess til og med steg 4 også her. Jeg ønsket å frigjøre meg fra innholdet i de andre to intervjuene, for å se om det steg fram noe nytt. Det å gjøre et uvalg av tema, blir aldri nøytralt. Jeg leser teksten med mine briller som er farget av min kunnskap, erfaring, interesse osv og informanten selv ville kanskje trekke fram andre kategorier enn de jeg har valgt. Følgende overordnede tema ble valgt ut:

1. Jobbe med forståelse
2. Identitetsbygging-felles prosjekt
3. Trygg base
4. Engasjerte foreldre - ansvarliggjøre
5. Samarbeid med andre

## **Mastertema**

Arbeidet med å sortere de overordnede tema, og finne mastertema, tok nå fatt. Jeg samlet de overordnede temaene fra alle tre intervjuene, integrerte funnene og samlet disse til noen få mastertema. Dette var en krevende oppgave. Jeg var opptatt av å holde fast ved informantenes budskap, samtidig som jeg var interessert i den informasjon som handlet om de tema jeg hadde som utgangspunkt for studie. De spørsmål jeg hadde stilt gjenspeilte seg i det materiale jeg fikk, så slik sett var jeg med på å legge føringer for hva som kom fram i intervjusamtalene.

Jeg hadde 17 overordnede tema som skulle kategoriseres på nytt, og jeg så etter sammenhenger mellom hva informantene hadde vært opptatt av. Jeg endte opp med 5 mastertema som jeg syntes i stor grad dekket meningsinnholdet i de tre intervjuene. Dette var følgende tema:

1. Kunnskap og forståelse
2. Samtalen
3. Familiearbeid
4. Mestring
5. Et trygt system

Jeg lagde en tabell som viste mastertema, de overordnede tema som var knyttet til disse, og videre også de begynnende tema. Dette er steg 5 i analysemetoden til IPA. Tabell med denne oversikt er lagt ved i vedlegg 5.

## **5. FUNN OG DRØFTING AV FUNN**

Jeg vurderte å begrense meg til noen av mastertemaene når jeg skulle se på de funn jeg hadde gjort, og drøfte disse. Jeg fant imidlertid ut at de mastertemaene hang tett sammen og at noe ville gå tapt ved å velge vekk ett eller to mastertema. Dermed er alle fem mastertemaene tatt med i videre drøfting. Ut fra plasshensyn blir det begrenset hva jeg kan ta med under hvert mastertema. Jeg har valgt å ta for meg ett tema om gangen, der overordnede tema blir sett nærmere på. Jeg ønsket å få formidlet informantenes tanker og meninger best mulig, og bringer inn sitater fra dem underveis. I parentes bak sitatet vises det til hvor sitatet er hentet fra, der informant, side - og linjetall refereres. Samtidig prøver jeg å drøfte funn opp mot teori og egen kunnskap og erfaring underveis.

## 5.1. Kunnskap og forståelse

Informantene formidlet at selv om hver enkelt ungdom med spiseforstyrrelse er forskjellig, er det allikevel noen mønstre de kan kjenne igjen i møte med dette fenomenet.

I litteratur formidles det samme. Fellestrekk og en del tema som går igjen i møte med disse personene er bl.a. uro, engstelse, manglende kontroll, usikkerhet på egen identitet, dårlig selvbilde, egne og andres forventninger, skam/ skyld, ansvar, redsel for framtid eller overganger i livet. Dårlig kontakt med seg selv, og mangel på ord på følelser er med på å bidra til at kroppen blir en budbringer for disse temaene (Skårderud 2007).

Hva spiseforstyrrelse gjør med kropp og sinn, og hva den fordrer, syntes informantene syntes var viktig å ha noe kunnskap om for å kunne tilpasse sin tilnærming.

### 5.1.1. Generell kunnskap om spiseforstyrrelse

A var opptatt av hvordan underernæring påvirker kommunikasjon:

*Når de kommer ned i en lav vekt så skjer det noe kognitivt. Om du formulerer deg positivt og oppbyggende, og tenker kognitiv tilnærming, så er det akkurat som denne gruppa her hører det samme. At hvis vi sier noe er bra, så hører de "ah...hun synes jeg er tykk". De trekker noen konklusjoner som er veldig felles selv om de er forskjellige individer(A5:9).*

B var opptatt av at hun trengte en basiskunnskap om hva underernæring gjør med kropp og sinn. *Selv om det er viktig å hente inn kunnskap om kroppslig helse fra andre, så tenker jeg at vi som terapeuter trenger ganske mye kunnskap om det selv, for personlig kunne informere om det da dette styrer mye når man har spiseforstyrrelser(B5:8).*

C var opptatt av at ungdommen måtte opp på et visst nivå slik at kroppen ikke lider. Hun var opptatt av at de kom opp i vekt slik at *de klarer å fungere på et visst ferdighetsnivå og at de kan ha kjæreste hvis de vil, kan ha relasjoner med andre mennesker hvis de vil og få barn hvis de vil. Jeg tenker man da går over til litt annet psykologisk spor enn ren spiseforstyrrelse (C8:1).*

Å vite hva underernæring gjør med kropp og sinn, tenker A er sentralt med tanke på å tilpasse terapien som gis.

*Hvis dette er en jente som nesten ikke har spist før hun kommer til meg - har vært på skolen i forkant, ikke har spist noe i løpet av dagen, kanskje har måttet ta buss og sitte på venterom før hun kommer inn til meg, så er det noe med hvor mye vi kan forvente. Hvor lange økter kan vi*

*tenke at de tåler, og når blir det direkte antiterapeutisk å sitte i samtale med meg hvis det bare blir enda mer slitsomt i tillegg til alt annet (A6:10).*

Ut fra kunnskapen hun har om hva mangel på ernæring fører med seg, forteller hun at det er nyttig å skille samtaler der mat og vekt blir et tema fra mer terapeutiske samtaler:

*For det skjer noe med en gang vekt blir blandet inn i samtalen, eller drøfting av kostlista. Da er de ikke tilgjengelig opplever jeg for den terapeutiske tilnærmingen, for da er de i krig. Da er alle barrikader oppe, og rigiditeten slår inn. Da forventer jeg jo ikke at det skal kunne jobbes med tankene og tankemønsteret (A9:13).*

Sult gjør noe med vår mentale kapasitet, og bidrar bl.a. til at vår evne til å konsentrere oss og forstå oss selv og andre svekkes. Instinktive og følelsesmessige reaksjoner blir mer fremtredende på bekostning av evnen til å tolke, reflektere og sortere de inntrykk og impulser vi mottar. Dette påvirker kommunikasjon og evnen til å forstå oss selv og andre.

### 5.1.2. Krevende symptom

B omtalte spiseforstyrrelse som er et krevende symptom, både fordi det tar mye tid og kapasitet i forhold til behandling men også på grunn av at det er en veldig alvorlig lidelse. Det er også et krevende symptom for familie og nettverk å forholde seg til. Hun formidler at noe av det viktigste i arbeidet derfor er å romme all den fortvilelse, usikkerhet, angst, skyldfølelse, følelse av utilstrekkelighet og kanskje også følelse av skam, som både ungdommen og foreldre kan ha. Hun opplever det som viktig at vi tåler de reaksjonene som kommer.

At ungdommen endrer atferd er ikke bare utfordrende for familien å forholde seg til, men også for vennene. B var også opptatt av venners situasjon og formidler at *mange av de som har anoreksi strever også med det sosiale og trekker seg mye inn i seg selv, slik at vennene ikke blir så mye sett. Det er ikke lett å være venninne i den periode som de med spiseforstyrrelse er veldig selvopptatt (B9:6 og B10:2).*

Som figuren under pkt 2.1. viser har spiseforstyrrelsen en tendens til å spise opp andre fokus i livet til en person, slik at de blir mindre opptatt av venner, aktiviteter og skole da fokus på mat og kropp overskygger alt. Dette kan være vanskelig for omverden å forholder seg til, og kan medføre økt isolasjon.

Hva spiseforstyrrelse handler om for den enkelte kan være vanskelig å forstå, og informantene formidlet at forståelsen også kan skifte underveis. C ga eksempel på hvordan forståelsen av hva spiseforstyrrelsen handlet om skiftet etter hvert som hun ble kjent med ungdommen og undervekten ble redusert.

*I starten handlet det mye om tokulturell identitet, og spiseforstyrrelsen ble mer forstått som en usikkerhet rundt identitet. Men etter en tid, når jeg fikk jobbet med henne etter at hun hadde kommet opp i en adekvat vekt, så var det temaet over og ut. Det kom da fram en ganske sterk overgrepshistorie i et annet land (C4:6).*

Hun forteller at det etter dette ble jobbet mer med tvang, rigiditet, sosial angst og mangel på følelse av egenverdi.

Informantene nevner også sårbarhetsfaktorer i forståelsen av anoreksi.

*Jeg er opptatt av at det kan være personer som av en eller annen grunn er mer disponert enn andre for denne lidelsen, ut fra en personlighet som f.eks. er litt mer perfektjonistisk. Men mange kan jo leve godt med dette - uten at det slår ut i spiseforstyrrelse - så jeg tenker at det er mange ting som bidrar til at man utvikler lidelsen (B2:34).*

B er opptatt av at spiseforstyrrelse er et veldig sammensatt symptom, som kan handle om mange ting. Hun syns tilknytningsteori gir mening i forståelsen av symptomet, samtidig som det er viktig å ha forståelse av at det er flere faktorer som virker inn - fra medfødt sårbarhet til forskjellige typer stress.

*Ungdommen kommer i en slags krise der de blir usikre på hvem de er og mister litt formen på et vis. Jeg syns jeg ofte har sett at det er flere ting som skjer samtidig; kanskje noe som skjer i familien, og så skjer det noe med venner. Videre kan man møte mye fokus på kropp og mat fra venner, presse eller ukeblader. Samlet sett er det flere ting som gjør at man blir syk (B2:16).*

Astrid Johnsen beskriver spiseforstyrrelse som en krise, der spiseforstyrrelser kan betraktes som uttrykk for et samspill som oppstår i skjæringspunktet mellom individ, familie og samfunn (1995). Spiseforstyrrelser viser seg å være mer forskjellige enn man tidligere trodde, der ungdommene har forskjellig livssituasjon og familiebakgrunn.

C forstår spiseforstyrrelse bl.a. som en måte å si ifra om at noe er for vanskelig å håndtere. Ungdommen er opptatt av å finne en løsning, og spiseforstyrrelsen oppleves som en hjelp:



*Jeg har nok hele tiden sett på spiseforstyrrelser som forsøk på å finne en løsning. Tenkningen min går kort sagt ut på at barn gjør det som er fornuftig, men de ser ikke konsekvensene av det de gjør. Så jeg tenker selv om spiseforstyrrelse er strevsomt, så regulerer det noe. I stedet for å tenke sykdom så tenker jeg at det er faktisk til nytte (C14:21).*

Alle tre informantene formidler forståelse av spiseforstyrrelsen som en måte å håndtere mange krav og forventninger på. C beskriver at omgivelsenes forventninger kan være i utakt med ungdommens egen utvikling og modning:

*Det er altså en slags utakt som medfører at barna sier ”stopp verden jeg vil av”- eller ”vent nå litt” eller ”jeg vil ikke bli voksen” Det er som om barna er overstyrt av noe voksent, som barnet sier ifra om at det ikke er klar for(C6:24).*

A formidler ungdommens måte å håndtere krav og forventninger på slik:

*De kommer jo med det samme problemet: det er maten som er vanskelig, det er selvbilde som er forvrengt, og jeg synes det ofte er veldig flinke, strebende ungdommer som ikke tror de er gode nok sånn som de er. Det har kanskje startet med en kommentar om kropp eller et inntrykk av å være overvektig. For andre så er det noe med at det å bli voksen er fryktelig skummelt – eller at kravene til prestasjoner, sosialt eller på skole, blir for store. Forventningene også til egne ferdigheter blir for store, og maten blir en arena det kan mekkes på for å få full kontroll(A3:3).*

Overfølsomhet rettet mot reaksjoner fra andre, kritikk eller misbilligelse, er noe som kjennetegnes flere med spiseforstyrrelse i følge Røer. De blir opptatt av å tilpasse seg andres reaksjoner og forventninger, noe som gjør barnet lett ”ytrestyrt”. Spiseforstyrrelser kan slik sett bli et forsøk på å regulere og dempe angsten gjennom restriktivt matinntak og stoppe utviklingen fra barn til voksen (Røer 2006).

### 5.1.3. Jobbe med forståelse

Informantene var også opptatt av at den kunnskap de satt med selv ble formidlet videre.

*Psykoedukasjon tror jeg er veldig viktig med disse jentene, men du må velge riktig tidspunkt. Dersom informasjon ungdommen har fått tidligere har vært moraliserende så preller det lett av, fordi du også må møte dem på deres opplevelse. De trenger å bli forstått på en del av de tingene som de går og forestiller seg og tenker rundt egen kropp og mat. Jeg tror at man må lytte dem litt tomme, og ikke bare gå inn i en argumentasjon (A5:15).*

Informant C tenker at hun burde ha brukt mer tid med familien på opplæring av forståelse, og da legge vekt på forståelse og ikke på måltider og hvordan de skal gjøre det.

B la vekt på at ungdom og foreldre bidrar med mye informasjon, men at de samtidig trenger å få del i den kunnskapen som terapeutene sitter med. Dette for at familien bedre kan forstå de situasjoner som oppstår i hverdagen, og for de skal kunne møte disse best mulig. Hun har tro på at foreldrene også kan bli mer delaktig i behandlingen ved å få informasjon og økt kunnskap om fenomenet.

*At vi kan si noe om hva en spiseforstyrrelse er og selvfølgelig hvordan mangel på mat virker inn er nyttig. Viktig å få vite noe om hva spiseforstyrrelsen gjør med en person, og hva den fordrer. Når foreldre opplever spiseforstyrrelse, blir det ofte veldig vanskelig for dem. De blir veldig usikker, og lurer på hvordan de skal få det til og hvor lenge det varer(B5:14).*

I følge Ristvedt er kjente effekter av kunnskapsbasert familiearbeid i grupper (psykoedukasjon), reduksjon av tilbakefallsrisiko, bedring av livskvalitet, styrking av familierelasjoner og bedring av sosiale funksjoner hos pasienten (i Halvorsen et al 2006).

Mye frykt og angst hos personer med spiseforstyrrelser er bygd på manglende kunnskap - ikke minst om hvordan kroppen fungerer. Det er dermed viktig å øke kunnskapen hos pasienten, og familien rundt. Informasjon og kunnskap kan bidra til at motet til å leve sitt liv på annet vis økes.

I tillegg er det de som skal håndtere de dagligdagse utfordringene som trenger denne kunnskapen mest for å tåle det best mulig.

I intervjuene viste informantene at de hadde mye kunnskap om spiseforstyrrelse, og de hadde hentet sin kunnskap på ulikt vis: fra utdanning, kurs, kollegasamarbeid, litteratur, egen erfaring, nettverksgruppe, veiledning og fra selve livet.

## **5.2. Samtalen**

Først vil jeg si litt om hva informantene la vekt på når ungdommen kom til samtale med dem på poliklinikken. Alle tre informantene ønsket at ungdommens første møte med BUP skulle være sammen med foreldrene. En av informantene uttrykte dette slik:

*Jeg tenker det er kjempeviktig at foreldrene er med helt fra det første møtet, og kommer felles.*

*Jeg vil jo tro at de ikke får den samme inngangsporten hvis de ikke er med helt fra starten.*

*Starten er veldig viktig, og oppstart i fellesskap er sentralt for videre samarbeid(B4:26).*

Informantenes opplevelse var at begge foreldrene stort sett møtte til samtalen sammen med barnet sitt, men det kunne være variasjoner. Noen ganger møtte ungdommen sammen med mor, og noen ganger var også henviser med. En av informantene la spesielt vekt på at det var viktig at både mor og far kom, og at dette var viktig for å skape balanse i foreldrealliansen. Informanten hadde erfart at det hadde blitt ugreit en gang der hun hadde startet opp samarbeidet med bare mor og datter.

*Far kan bli mer distansert hvis han ikke får være med første gangen. Da tror han kanskje at jeg har konspirert med mor og så er vi i gang. Fra at han tror jeg har alliert meg med mor, til at vi har lagt føringer på at kanskje far ikke er nok deltagende for eksempel. Den relasjonelle vansken som er i familien, smitter fryktelig fort over på behandling(C18:24).*

En av informantene synes det ga større frihet å møte familien alene, og slik skape allianse med dem alle, mens to av informantene så det mest hensiktsmessig å være to i det første møtet og at det ga større fleksibilitet. Ved å være to i familiesamtalen ville det også være større mulighet til å ivareta og romme opplevelsen til den enkelte i familien, og dele seg ved behov.

*Vi har som prinsipp å kalle inn foreldre også, men da er vi gjerne to behandlere så vi har mulighet til å dele oss. Da kan den ene snakke med ungdommen og den andre snakke med foreldre etter hvert - men vi starter ut felles. Dette synes jeg jo ofte er veldig fruktbart. Får både vist at dere hører sammen og at foreldrene står sammen med deg om dette her, men også at vi synes ungdommen er viktig og vil høre deres stemme (A8:8).*

I poliklinisk sammenheng tenker A at det er noen utfordringer for å lage et trygt nok system for ungdom og familie når det gjelder tilgjengelighet.

*Det handler jo litt om det å jobbe med ungdommer, at når de er motiverte må du være der. Da kan du ikke si at om 14 dager passer det. Du må på en måte være der når de melder seg på. Det å ha en så fleksibel timebok at du kan putte inn avtaler oftere når de trenger det, og være tilgjengelig, kan være en utfordring (A20:13).*

Samtidig synes hun det av og til kan være vanskelig å bestemme hvor ofte de skal se hverandre ut fra andre hensyn som f.eks hvor mye ungdommen tåler, hvor mye går terapeutens kontakt på bekostning av kontakt med venner, skole og overskudd til andre positive ting og hvor mye har de igjen for å være på samtaler.

Sosial- og helsedirektoratet peker på en rekke momenter som fremmer et gunstig terapiutfall ut fra en kvantitativ sammenfatning og analyse av litteraturen. Behandlingen må først og fremst ha en viss struktur og fokus, særlig rettet mot en emosjonell, og ikke bare en intellektuell forståelse av hvordan symptomer påvirker interpersonelle relasjoner. Dernest må den ha en viss intensitet (helst to timer pr. uke) og varighet (minst 15-20 timer), samt inkludere ettervern helst i minst ett år. Det legges også vekt på at terapeuter så langt som mulig, bør kunne forplikte seg på et slikt tidsperspektiv for å unngå uheldig diskontinuitet i behandlingen, og at diskontinuitet forebygges ved et praktisk samarbeid i og mellom forvaltningsnivåene i helsevesenet (US 7-2000).

Samtalen var viktig i behandling av spiseforstyrrelse for alle tre informantene, og de hadde ulike samtaleformer som individualsamtale, foreldresamtaler og familiesamtaler. Dette er i samsvar med hva jeg har funnet i teorien. Skårderud skriver at den nyttigste behandlingsformen er samtaler, som kan finne sted i mange former. Han viser til at nytten er stort sett lik ved de ulike formene (2007). Det har vært diskutert hva som gir mest effekt av ulike tilnærminger, men like viktig som hvilken terapi man tilbyr er hvordan man som terapeut møter personene i samtalen. Jeg har i dette kapitlet valgt å ha fokus på hva informantene tenker er viktige ferdigheter hos en terapeut og sentrale temaer i samtalene.

### 5.2.1. Romme

B var opptatt å romme ungdommen og de rundt:

*Jeg tenker det er veldig viktig at vi som terapeuter i samtaler rommer et slikt krevende symptom, og tåler å stå i det. Jeg tenker vel at det er viktig å kunne møte det ungdommen og familien er i, og møte de følelser som de har (B3:8).*

Hennes erfaring var at tema mat og måltider tar veldig mye plass da det er det som oppleves vanskeligst. Hun var opptatt av å møte den enkelte der de er. Hun ønsket å ta tid til den plass som spiseforstyrrelsen tar i huset, med tanke på å få endret det - selv om det kan ta tid.

Ifølge B så var det ikke bare fortvilelsen og tema mat som var viktig å romme, men også tausheten:

*Det var så vanskelig å nå henne på noe. Det å romme tausheten merket jeg gjorde noe med meg. Det kan jo føles som avvising, men det er viktig å romme også den og bare være i det til det forhåpentligvis åpner seg litt mer etter hvert når det blir mer trygt å si noe (B14.16).*

Personer med spiseforstyrrelser har gjerne et begrenset verbalt språk for følelser og tanker. I tillegg har de også liten kapasitet for selvrefleksjon eller refleksjon i dialog med andre, selv om de prater lett om ikke-personlige temaer. Følelser blir kommunisert mye på impuls, og de lar symptomene uttrykke viktige behov. Spiseforstyrrelser kan slik oppfattes som kommunikasjon av en smertefull indre tilstand- som analogt språk - hvor andre uttrykksformer ikke er tilgjengelig eller er forhindret (Røer 2006).

Jeg ble nysgjerrig på hva som hjelper informant B i å tåle og romme.

*Kunnskapen om spiseforstyrrelse betyr mye, og forståelsen av at det er sykdommen dette handler om. Det er viktig og ikke la seg avvise, og være der tilstede. Jeg tror det hjelper noen ganger å ha erfaringer med å lykkes. Det er en god følelse å kjenne at NÅ har det åpnet seg, og da skjer det masse. Det er fin kunnskap å ha med seg at det nytter å stå der og ha håpet oppe på at det kan skje endringer (B14:32).*

A var opptatt av å skape tillit og få allianse med ungdommen ved oppstart av et behandlingsforløp.

*Jeg tror også at du må ha den kunnskapen, og den ydmykheten med å våge å stå i den litt ubehagelige situasjonen der du bare vil ha personen til å begynne å spise igjen... og greie å ha litt is magen for å få en allianse- for å få litt tillit og kontakt (A5.27).*

For å oppnå dette la hun vekt på at ungdommen må bli møtt og tatt på alvor, og forstått på det de går og forestiller seg og bli lyttet tomme for sine forestillinger.

Videre sier hun at

*Noen ganger må vi våge å være fleksibel og gi litt for å holde på alliansen og motivasjonen, og skape rom for nye tanker og opplevelse av mestring (A11:14).*

A har erfart at det ikke alltid har vært mulig å starte opp en kontakt på denne måten. Dette har vært i situasjoner når ungdommen som er henvist til BUP har vært i så dårlig helsemessig tilstand at det har vært påkrevd med snarlig sykehusinnleggelse.

Torsteinsson mener det er sentralt i behandling av spiseforstyrrelser å etablere en emosjonell base i den terapeutiske relasjon. Hun understreker nødvendigheten av at terapeuten evner å skape en varm og menneskelig relasjon, sammen med åpenhet og direktehet i den verbale kommunikasjon, og at dette er nødvendig for å skape endring (i Johnsen 1995).

I følge Baklund viser terapiforskning at terapeutens evne til innlevelse og følelsesmessig engasjement fremmer gode terapieresultater. Samtidig har man sett at klienter i vellykkede terapier beskriver terapeuter som varme, oppmerksomme, forståelsesfulle og respekterende. Terapeuten som person anses altså viktigere enn den teoretiske bakgrunnen vedkommende har (Baklund i Halvorsen et al 2006).

Skårderud legger vekt på at terapeuten er aktiv, tydelig og konkret i møte med personer med spiseforstyrrelser, og at de klarer å romme ambivalens og kontrolltema i behandlingen.

En av informantene sier noe om dette:

*Jeg tenker at spiseforstyrrelses-jobbing også handler om å være tydelig, strukturert - ja, at det er noen "no negotiables" som på en måte ligger der (C3:14).*

### 5.2.2. Samtalens innhold

Informantene formidlet at de innhentet en del informasjon i starten:

*Jeg ønsker å få en full anamnese. Ønsker også kognitivt kartlegge jenta, selv om hun er sliten. Veldig mange gjør ikke det - de går rett på spiseforstyrrelsen og begynner å jobbe med den psykologiske relasjonen, og da bommer man ganske mye. Jeg prøver å gjøre en barnpsykiatrisk vurdering. Da blir det et ganske bredt fundament, og så jobber jeg med nytteprinsippet mitt. Hva er nyttig?(C20:25 og 21:4).*

I Sosial og helsedirektoratet utredningsserie 7:2000 skriver de at en grundig somatisk og psykiatrisk vurdering er en betingelse for rett behandling på rett omsorgsnivå. Slik sett henger utredning og vurdering nøye sammen med behandlingen. I følge utredningsserien skal en god psykiatrisk anamnese inneholde en "mest mulig nøyaktig symptombeskrivelse, opplysninger/ vurderinger knyttet til eventuelle traumatiske livshendelser, familie og familieklima, sosiale relasjoner og nettverk, selvfølelse og psykologisk mestring, initial vurdering av psykiatrisk komorbiditet, samt erfaring og effekt fra evt. tidligere behandlingskontakt"(2000:29).

Informantene var ellers opptatt av å legge til rette for at ulike tema kunne tas opp i samtalene. *Jeg er opptatt av at en del av samtalen hos meg skal ha fokus på de vanskelige tingene, men at en del alltid skal handle noe om mestring og noe hyggelig. Det oppbyggende må få stor plass hvis de skal holde ut. Vanskene koster så mye energi og det er ikke energi disse har. Jeg ønsker å ha tema oppe som gjør at det å komme ikke bare blir en pekefinger i forhold til det med maten.*

*Jeg har et ønske om at de skal forstå sin egen verdi, og den tanken må man få til å vokse fram i dem som sin egen tanke(A6:14).*

Informanten var også opptatt av å være en motvekt til den påvirkning ungdommer blir utsatt for fra mange kanter, som handler om idealer de vil leve opp til i forhold til kropp, utseende og prestasjoner.

*Hvis du som ungdom har en sårbarhet og ikke greier å håndtere utsagn eller forventninger alene, så er du veldig avhengig av å ha noen som er en motvekt - som gir deg andre tanker og får deg til å vokse (A4:28).*

Motivasjon og bidra til å øke denne var ett av temaene i samtalen:

*Ofte i de sakene her så er jo ikke ungdommen der at de har bruk for oss, men foreldre, lærere, tanter, onkler, søsken og helsesøster på skolen er bekymret. Så kommer de hit for å være greiefor å få fred fra det maset kanskje (A7:21).*

Skårderud skriver at grunnmuren i behandlingsarbeidet er å fremme motivasjon, og at god hjelp forutsetter holdning og handling. Motivasjon for forandring er en prosess, og er ikke noe som finnes inne i den syke selv, men noe som blir skapt i dialogen. Holdning handler om å anstrenge seg for å forstå, og hjelp handler om å skape trygghet for endring (2007).

Venner kan være viktig å bringe inn for å skape motivasjon:

*Det sosiale miljøet og venner er kanskje viktigere noen ganger enn familien. Særlig hos tenåringer ser jeg at hvis de ikke har kontakt med venner, så er det mange ting som ikke oppleves meningsfylt. Får vi vennene til å vise en viss kunnskap og forståelse, og komme med impulser fra det virkelige liv, så er det mye lettere å få til endring(A18:24).*

*Den normaliseringen venner kommer inn med – den smaken av liv og glede - er ofte vekten på vektskåla for dem som har spiseforstyrrelse til å kunne si at spiseforstyrrelsen koster meg for mye, og fører de inn i en posisjon som forandrer forståelse og tanker (A19:9).*

Ungdommens posisjon, og ikke minst fall i posisjon, i jevnaldremiljøet har i følge Røer vært mye oversett i forståelsen av spiseforstyrrelse. Dette kan være vanskelig for ungdom å håndtere når de ikke er trygg på egen identitet, og ikke har nødvendige redskap tilgjengelig. Det analoge budskapet i spiseforstyrrelsen kan nettopp være et sterkt ønske om å stoppe opp, stanse utviklingen av kroppen, melde seg ut av sin sosial kontekst(2006).

### 5.2.3. Identitetsbygging - felles prosjekt

Skårderud skriver at spiseforstyrrelser alltid handler om lav og svingende selvfølelse (2007). Ved å mestre å gå ned i vekt, mestrer man i alle fall noe.

En av informantene synes det var spennende med identitetsbegrepet, da det tar utgangspunkt i det pasienten bygger selv. Hun var opptatt av å få motivert ungdommen med på et felles prosjekt og gi ungdommen tid til å jobbe med egne ting.

*Jeg er opptatt av å finne et felles prosjekt. Dette kan være hva som helst egentlig. Ikke finne årsak, men finne forståelse. Hva gir mening for deg? Hva er spiseforstyrrelsen for deg? Dette tror jeg at vi har tjent noe på, så jeg bruker mye tid på dette (C17:15).*

Hun var videre opptatt av den bekreftelse som ungdommene får eller ikke får, og hva forventninger fra omgivelsene kan bidra med i utvikling av ungdommens egen identitet:

*De er i en flinkhetskultur som gjør at de på en måte litt overdrevent glir inn i roller, hvor de trenger mye umiddelbar bekreftelse på at det er bra nok det de gjør (C4:28).*

Hun problematiserte: når er det som er godt nok nå ikke godt nok neste gang.

*Det er stadig ett trinn til du skal klatre, og jeg tror at i noen av disse familiene er trappen du går i uten hvileskjær. Det forventes at det alltid skal være plass til noe mer. Så jeg tror i det øyeblikket en ungdom har behov for å si at akkurat nå har jeg lyst til å stoppe opp og kjenne litt etter, kan det være fare for å miste bekreftelse eller bli bekreftet feil(C5:9).*

Et barn som er i overgang til puberteten og på vei inn i voksenlivet, kan kjenne på engstelse for det ukjente. Når hun ikke kjenner seg selv, blir den som har en spiseforstyrrelse avhengig av å bli bekreftet av andre – og bli noen. Det å bli sett for den man er og ikke det man gjør, og få oversikt over hvem man er og finne sin plass i relasjon til andre, fremheves av mange med spiseforstyrrelse som et kjerneproblem (Skårderud 2007).

De andre to informantene var også opptatt av å styrke ungdommens selvfølelse gjennom samtaler.

*Det å ha en forståelse av å bli kjent med den enkeltes mestring er sentralt. Hvilke mestringsområder og ressurser er det som de har, for det har de jo alle sammen (A6:1).*

*Det er veldig viktig å jobbe systemisk med den selvfølelsen som kanskje er blitt mer ute av balanse - både med den som har spiseforstyrrelsen og deres bilde av seg selv- men også viktig å ha med foreldrene slik at de kan være integrert i dette (B3:16).*



Spiseforstyrrelsen kan ta så stor plass eller medføre så mye stress at det hindrer aldersadekvat utvikling av kognitive funksjoner. Disse ungdommene har ikke rukket å utvikle et integrert selv i form av en sammenhengende og meningsfylt livshistorie. Når sosiale hendelser ikke integreres i en sammenheng, blir utvikling av et organisert selv og en trygg identitet vanskelig (Røer 2006). Vi trenger familien med i samtaler for å hjelpe til med å skape en sammenheng i ungdommenes livshistorier. Det er ofte tungt å skape mening og innhold i samtale med disse ungdommene når vi arbeider individuelt, da de ofte har liten evne til refleksjon, har et uutviklet selv og mangler motivasjon for behandling.

Halvorsen og Andersen er opptatt av at relasjonen mellom barn og foreldre er det mest virksomme behandlere kan spille på, og at denne relasjonen er grunnleggende for menneskets livslange separasjons- og individueringssprosess som igjen er en forutsetning for at barnet kan utvikle egen identitet. Resultatet av en god individueringssprosess er at barnet lykkes i å skille ut og gjenkjenne egne følelser og behov som forskjellige fra foreldrenes og samtidig oppleve en trygghet for at tilknytning og kjærlighet kan fortsette, selv om man er adskilte og forskjellige personer (Halvorsen et al 2006).

Informant C hadde som nyansatt på BUP fått en slags mal på hvordan man jobbet med spiseforstyrrelser. Det var en individualterapeut, som ofte var en psykolog, og så var det ofte en sosionom som var familiens representant. I tillegg hadde de noen felles familiesamtaler. Etter hvert har hun sett at andre saker ikke nødvendigvis må løses på samme måte. Hun tenker at feltet rundt spiseforstyrrelse har hatt det som en litt etablert sannhet at det er familierapi som har størst behandlingseffekt.

*Jeg tror at mange kollegaer blir fort oppskrifts-anoreksibehandlere. Jeg tenker av og til at psykoterapi og individualbehandling også kan være løsninger på en del spiseforstyrrelser. Jeg liker veldig godt å jobbe med familien, men da liker jeg å jobbe alene, noe jeg kan gjøre når undervekt ikke er i faregrensen. Ellers får jeg selvfølgelig hjelp fra andre slik at de ikke skader seg (C7:22).*

### **5.3. Familiesamarbeid**

Spiseforstyrrelsen uttrykker et problem med å forholde seg, og det å bli bedre kjent med sine nærmeste er også å bli bedre kjent med seg selv (Skårderud 2007).

Temaene i den første fasen dreier seg i følge Halvorsen om å bli kjent med familiemedlemmene og deres historie, dele tanker og følelser omkring viktige hendelser i familiens liv og støtte familiemedlemmene i den daglige kampen mot spiseproblemet (et al 2006). Det er nyttig å gi

rom for å snakke om spiseproblemet også i familieterapien da det er disse spørsmålene familiemedlemmene gjerne føler er viktigst. Familiemedlemmenes erfaringer og følelser i forhold til barnets spiseproblem kan tjene som en viktig inngangsport til følelsesmessig materiale.

Videre har jeg i punkt 5.3.1. latt informant A være budbringer, mens C sin stemme vil være mest sentral i punkt 5.3.2. Informant B vil være mer sentral under pkt. 5.4. Dette ut fra at de vektla ulike tema i familiearbeid, som er blitt ivaretatt gjennom den kategorisering jeg har foretatt.

### 5.3.1. Viktig med foreldre og søsken inn

Alle tre informantene la vekt på å møte foreldre og familien, da spiseforstyrrelse er en sykdom som påvirker hele familien og hele familien er i kontinuerlig krise. De beskriver at det er viktig å være til stede for hele familien når krisen oppleves som størst.

*Jeg tror vi er raske med å få foreldrene i tale, når de er i en krise. De er kanskje ikke tilgjengelig for å jobbe med det reelle problemet, men de trenger å ventilere og tømme seg på en eller annen måte, og dele frykten og de opplevelsene de har(A12:9).*

Røer er opptatt av at familiemedlemmer trenger oppmuntring til å restaurere sine relasjoner i stedet for å hjelpe dem til mer avstand. Det er også viktig å huske på søsken, og invitere dem med inn i samarbeidet. Søsken kan lett komme til å føle at spiseforstyrrelsen er søsterens måte å ta kontroll og få oppmerksomhet på, og samtidig kan de være veldig bekymret for hennes tilstand. Røer skriver at søskenrivalisering ofte er en bakenforliggende faktor i utviklingen av spiseforstyrrelse(2006).

Disse pasientens selvfølelse er så skjør, at det å bli forbigått i konkurranse med søsken er en alvorlig påkjenning. Søsken kan føle mye ansvar for å ta hensyn og bidra til tilfriskning.

Informantene inviterte også søsken med til samtaler, men det var litt avhengig av deres alder hva som opplevdes nyttig. En informant fortalte om en erfaring hun hadde, der hun inviterte med søster til en ungdom som strevde med flere ting:

*Det var veldig viktig å få søsken inn for å sette ord på det de opplevde. Når min pasient hørte sin søster si noe om hvor glad hun var i søsteren sin og hvor redd hun var for henne, ga det motivasjon til å jobbe med sider hos seg selv. Søsteren kunne tåle situasjonen bedre når hun visste hva det handlet om. Pasienten klarte etter hvert å gjøre noe med det, og fant en annen måte å kommunisere vanskene på(A16:23).*

Skyldfølelse kan ofte bli et tema i samtale med foreldrene i følge informantene. Foreldrene kan kjenne på skyldfølelse for at ungdommen deres har kommet ned i så lavt vekt, og at de ikke har sett det før eller har klart å stoppe utviklingen. Å få tid til å dele dette med behandlere og få økt forståelse for sykdommen opplevdes som nyttig.

Informantene la vekt på at samarbeid med foreldre er viktig ut fra at de er barnets viktigste omsorgspersoner. Barnet er avhengige av sine foreldre, og har en sterk lojalitet til dem da foreldre er autoriteter i barnets liv. I behandling er det viktig å anerkjenne foreldrenes posisjon. Foreldrene beskrives videre som en viktig ressurs i behandling, og som gode medhjelpere:

*Det at foreldrene stiller seg tilgjengelig for ungene sine har ofte en kjempevirkning syns jeg. Det å oppleve omsorgen og støtten fra foreldrene er veldig viktig for disse ungdommene her, samtidig som de får ha sin autonomi og sin løsrivelsesprosess midt oppi alt sammen (A10:1).*

*Med hjelp av foreldrene har ungdommen kommet seg ut igjen på en eller annen arena. De har bidratt til at vi har fått løst opp i noen knuter i forhold til venner, sosialt miljø eller der de har hatt tendens til tilbaketrekning – og så skjer det masse (A9:27).*

Halvorsen og Andersen har erfaring med betydningen av foresattes deltagelse ved behandling i institusjon. De sier at all erfaring i behandling av barn med alvorlig sykdom viser at omsorgspersonenes tilstedeværelse og omsorg under sykehusinnleggelse er av avgjørende betydning for barnets psykiske og fysiske helse (Halvorsen et al 2006). Det er derfor grunnleggende at foreldrene deltar i behandlingen, og også er med ved sykehusinnleggelse. Dette er også en rettighet som barnet og foreldrene har jfr ”Lov om pasientrettigheter” §6.2 (2005) og ”Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon”(2000).

A var opptatt av at vi som behandlere også må tåle å være tydelige voksne ovenfor foreldre, og anerkjenne det de gjør av gode og oppbyggende ting, og være med å regulere eller veilede når de tar uheldige valg. Hun tenker det er viktig å våge å være ærlige ovenfor foreldre når omsorgen ikke oppleves tilstrekkelig i en slik krevende omsorgssituasjon:

*Vi vil jo forvente at foreldre engasjerer seg og stiller opp for barna sine når de er syke, og ikke minst ved sånne alvorlige sykdommer. Vi forventer at de er der, viser et visst engasjement og en viss engstelse også. Gjør de ikke det blir man jo bekymret, og kanskje er vi noen ganger ikke tøffe nok til å si ifra. Ved at vi er ærlige og åpne, får også foreldrene selv en mulighet til å si hva de tenker og trenger av støtte (A18:8).*

### 5.3.2. Trygg base

Spiseforstyrrelser oppstår som regel i typiske overgangsfaser i ungdomslivet (Røer 2006). Dette er en periode hvor mange strever med å utvikle en trygg identitet. I tillegg gir økt autonomi i forhold til foreldre mindre oppfølging og omsorg hjemmefra. Mange kan kjenne på utrygghet og engstelse i forbindelse med det å miste omsorg eller oppleve å bli mer usynlig.

Informant C var opptatt av at ungdommen hadde en trygg base i livet sitt:

*Jeg er opptatt av at familien er en trygg base for ungdommene. Jeg liker å snakke om hvilken type kontakt de har med hvem, hva kan de bruke mor og far til, hva er nyttig og hva tror de at de har arvet av sine foreldre (C8:20).*

I tillegg var hun opptatt av besteforeldregenerasjonen, og at deres bidrag er nyttige for å skape en trygg base for utvikling:

*Ofte hopper vi en generasjon tilbake og finner en besteforeldre-generasjon der det er masse å hente. En av tingene er at besteforeldregenerasjonen kan ivareta en større variasjon enn det redde og fortvilte foreldre kan ivareta der og da (C10:7).*

Min erfaring er at redselen for å bli mer ”usynlig” kan være stor for noen i en tilfriskningsprosess. Gjennom spiseforstyrrelsen får de ofte noe som de så sår har trengt, men ikke har klart å be om på annet vis. Hvis man er engstelig for å miste omsorg og oppmerksomhet ved å bli frisk, kan det å gi fra seg anoreksi-identiteten bli vanskelig. Det blir viktig å hjelpe både ungdommen og familien til å be om, gi og ta imot omsorg på annet vis. Røer skriver at omsorg og oppmerksomhet kan vise seg å være tveegget, og at eksponering av pasienter f.eks. i media kan lett forsterke pasientidentiteten og kan gjøre veien til et vanlig liv enda vanskeligere (2006).

Flere av informantene nevnte også relasjonsvansker som en måte å forstå spiseforstyrrelse. C var opptatt av å få kommunikasjon og relasjonelle endringer i familien opp som tema i samtalene, og ha en tydelig og åpen kommunikasjon:

*Jeg spør om det er noen relasjonelle og strukturelle endringer i familien som er viktig i saken. Har de planer om å skille lag eller er det noe relasjonelt i familien som gjør at de er i en vanskelig situasjon? Er familien stresset av f.eks. arbeidsløshet eller andre forhold som påvirker den daglige flyten? Har de noe ytre press eller er det noen som mener noe om driften av familien, så tar jeg det opp fort (C20:3).*

Generelt kan vi si at det er viktig at foreldrene får hjelp og støtte til å opptre sterkere enn anoreksien, og er i stand til å motstå det tyranniet som kanskje barnet eller ungdommen selv ikke

kan motstå. Foreldrene har ofte liten erfaring i å stå i en konflikt med barnet, som ofte har vært usedvanlig greit og fornuftig. De trenger derfor trening i å være bestemte, og hjelp til å finne måter å gi omsorg på uten å fravike at barnet trenger mat og hvile. Det er viktig at anoreksien ikke lammer eller skremmer oss så mye at vi mister fokuset på at barnet kanskje står oppe i viktige og nødvendige utviklingsprosesser som kan kreve noe tid, både for barnet og foreldrene (Halvorsen 2006: 234).

### 5.3.3. Engasjerte foreldre- ansvarliggjøring

Informantene var opptatt av at det skjer oftest noe i behandling der foreldre engasjerer seg. C tenker det er viktig at foreldrene investerer tid og forplikter seg til å være med i familiesamtaler minst én gang i uka og setter av tid til det.

*Der hvor jeg synes vi ikke får det til, er der hvor vi ikke får engasjert foreldrene. Det er reglen mer enn unntak i behandling av spiseforstyrrelse(C10:23).*

*Der jeg synes foreldrene er innstilt på å jobbe, så synes jeg at det har vært mest suksesser. Der hvor familien er sammen (C22.1).*

C er opptatt av å ansvarliggjøre foreldre, slik at de gjennom det kan få tilbake troen på seg selv og verdien som mor og far. Hun gir ansvaret for regulering av ungdommens aktivitet og skolegang tilbake til foreldrene.

*Jeg legger et større ansvar på foreldrene, og pålegger dem å koordinere ansvaret mellom behandlingsinstansene sånn at vi har en stemme (C25:6).*

Informant C sier at hun tenker det er mor og far som skal ta ansvar for koordinering mellom de ulike instanser og av behandlingen som gis. Dersom de sier ifra om at dette blir for vanskelig ansvar å ta, så innkaller C til et felles møte med de aktuelle.

*Jeg ansvarliggjør foreldrene veldig mye her, fordi jeg tror foreldre får for mye jobb med å mate ungen sin, og får for lite ansvar for å koordinere grensesettingen mellom behandlere. Jeg synes at litteraturen er full av at dette er en jobb for spesialisthelsetjenesten der foreldrene blir satt til intet (C24:27).*

Min erfaring fra institusjon er at foreldre er svært slitne når ungdommen deres blir innlagt. De har stått på for å få barnet sitt til å spise, og har ofte vært i kontakt med flere instanser i forkant av innleggelse. Deres bekymring er stor og de trenger selv mye støtte for å stå i den krevende situasjon som de er i. Jeg er også opptatt av å styrke foreldrenes tro på egen kompetanse, men har ikke tro på at dette styrkes best ved at de skal sitte med

koordineringsansvaret i den mest kritiske fasen. Det som uansett er viktigst for meg er å lytte til hva hver enkelt forelder tenker er mest hensiktsmessig for dem i deres situasjon. Her tenker jeg det vil være mange alternativer til hva som gir foreldrene større tro på egen kompetanse.

Det jeg har opplevd mest nyttig er når foreldre får tilbake troen på seg selv ved at de tar tilbake foreldremyndigheten og blir tydelige voksne som kjemper for ungdommen mot anoreksien, og ikke blir lammet av den. Dette innebærer å mestre måltider og klare å regulere aktivitet og skole gjennom å tørre sette grenser for eget barn, inntil ungdommen selv er i stand til å ivareta mer av dette ansvaret. Det å få tillit til seg selv som omsorgsperson ovenfor sitt eget barn, bidrar ofte til økt energi hos foreldrene.

Inger Halvorsen skriver at mat er riktig medisin ved spiseforstyrrelser, og selv om barn og unge kan være redde for å ta medisin, klarer de å gjennomføre behandling når helsepersonell og foreldre er tydelige på at dette er nødvendig, og står sammen om å støtte den unge (2006).

Halvorsens erfaring er at barn og unge med anoreksi klarer å spise når de får samme hjelp som andre syke barn som er redde for medisin, dvs. at en bruker medisinsk autoritet, trøst, informasjon, omsorg og oppmuntring. Ved at behandler tar ansvaret for vurdering av hva kroppen trenger av mat og hvile for å bli frisk, plager gjerne spiseforstyrrelsen personen mindre når det ikke er hun/ han selv som tar dette valget. Det er barnets oppgave å spise, men behandlerne kan være til hjelp bl.a. ved å vise empati, utforske problemet sammen med barnet, forvente normal pasientatferd og understreke medisinske realiteter (Halvorsen 2006).

## **5.4. Mestring**

To av informantene snakket om mestring i forbindelse med behandling av spiseforstyrrelse. I møte med foreldre til ungdommene var de opptatt av å styrke mestringsopplevelsen, men de var også opptatt av å styrke fagfolk i ulike instanser til å tåle å stå i de utfordringer behandling av spiseforstyrrelser gir.

### 5.4.1. Hjelp til å tåle

Det å oppleve at man mestrer situasjonen og tåler de utfordringene man møter, tenker informantene handler mye om å ha tilstrekkelig kunnskap og forståelse. Dette gjelder både for familie og behandlere.

Der foreldre kan ha litt ulike forståelse og tanker om hvordan f.eks. måltid skal gjennomføres, er det viktig å hjelpe dem til å være samkjørte og stå sammen i følge A.

*Da handler det ofte om å forene og skape en balanse og få de til å skjønne at de må stå sammen. De trenger hjelp til å tåle sin egen redsel. Foreldre trenger støtte til å stå i matsituasjoner da de må sette noen grenser, ha noen krav samtidig som de også skal motivere. Samtidig blir det viktig å hjelpe foreldrene til å lytte på ungdommen sin (A15:18).*

Informant A tenker at dette er tenåringer som i tillegg er i opposisjon mot sine foreldre, så foreldrene har en helt annen utfordring i matsituasjon enn det som en miljøterapeut i institusjon vil ha. Hun forteller at innen poliklinisk ramme er det foreldrene som skal forvalte kontrakten som lages og stå i måltidene med ungdommen hjemme. Det er i følge A da viktig å være lydhør for hva som er gjennomførbart, og hjelpe foreldrene til å finne mestringsmåter når ting butter og situasjonen blir vanskelig.

*Kanskje er vi noen ganger for travle til å dvele ved en del emner for dem i familien. Hvis foreldrene skal stå i barna sine lidelser så må de være et eller annet sted selv som gjør at de tåler det. Da må de kanskje ha det bra sammen som par og ikke ha uløste konflikter som de tar med seg inn i konflikter rundt maten(A17:8).*

Informant B er også opptatt av at foreldrene får hjelp til å være en støtte for ungdommen sin: *Jeg tror det viktigste vi gjør er å jobbe hardt med foreldrene for at ikke de også skal trekke seg tilbake (B10:3).*

Fremtidsangst kan bli fremtredende for mange unge, og mange foreldre er redde for å være autoritære og klarer derfor ikke bidra til å dempe usikkerhet og frykt for fremtiden. Fantasier som ikke korrigeres av de voksne, tar over (Røer 2006). Det vil derfor være viktig å hjelpe og støtte foreldrene, og hele familien, for å håndtere de utfordringer de møter på en best mulig måte.

Når ungdommen begynner å friskne til, og måltider går greiere opplever A det som viktig å hjelpe foreldrene til fortsatt holde fokus på endringsønskene:

*Da tror jeg at det er viktig at foreldrene ikke slakker og tenker at nå går det bra, og starter opp den travle hverdagen igjen. Det er viktig å hjelpe foreldrene til holde ut og fortsette å ha fokus på de endringsønskene som ungdommen har hatt om f.eks. samspill i familien, felles aktiviteter og omsorg. Da må vi også være der og være gode å snakke med (A20.6).*

For at familien skal kunne tåle og holde ut, er det viktig at de kan hente trygghet i hjelpeapparatet. Informanten forteller at BUP ofte samarbeider med helsesøster og fastlege i tillegg til foreldre, og at BUP da tilbyr veiledning for å trygge de til å stå i de ulike situasjonene. *Jeg tror det er viktig å ikke sitte alene med sånne saker, for å orke å holde ut. Videre at de blir innkalt til møte og får oppdatering underveis slik at det er et samarbeid(A7:5).*

I tillegg gir BUP, som A jobber på, veiledning til miljøarbeidere og helsesøstre på alle videregående skoler i deres region. At BUP deltar ute på andre arenaer opplever A gjør noe med samarbeidet. De blir mer kjent, og det blir lettere å ta kontakt når man har et ansikt å forholde seg til.

Ved innleggelse i sykehus kan det være utfordrende for pleierne å stå i de daglige situasjonene med ungdommen og samtidig ta vare på bekymrede foreldre. A tenker derfor det også er viktig *å jobbe veiledende inn mot de sykepleierne som jobber med familien og barnet mens de er innlagt på avdelingen, og hjelpe de til å møte foreldre i krise da de kan ha en annen atferd enn ellers (A10:12).*

#### 5.4.2. Lydhøre for når det er behov for hva

Informantene var opptatt av å være lydhøre for når det er behov for hva, for at familien skal oppleve mestring. B tenker det er viktig å ta tid til å bli kjent for å få tak i dette, og likedan ta i bruk ulike tilnærminger for å finne noe som treffer den det gjelder og som kan bygge dem opp.

Hun tenker at det er viktig å ta i bruk ulike elementer i behandling, og at behandling handler om å jobbe med ulike ting i en prosess.

*Familiene er forskjellige og individene er forskjellige, så det blir litt å føle seg fram. Hvis du f.eks. skal behandle angst så vet du noe om hva du kan gjøre for at endringer skal skje. Med spiseforstyrrelse syns jeg det er ekstra krevende, for da er det er mange ting å forholde seg til. Spiseforstyrrelser er ofte vanskelige, og går over så lang tid, at det er å håpe at noe av det vi bruker tiden til virker over tid (B13:33).*

Informant B trekker fram at det er viktig å være lydhør for når andre tiltak er aktuelle.

I noen av de sakene hun har vært inne i har poliklinisk behandling vært tilstrekkelig, men i noen har det vært behov for innleggelse på døgnbasis.



*De ganger jeg opplever at det blir vanskelig å få gjort noe poliklinisk, at det blir for sporadisk de møtene her, så tenker jeg det kan være nyttig med institusjon. Det er noe annet å være på en institusjon, på Kringsjåtunet eller på RASP, både for den det gjelder og familien som trenger litt mer en periode. Der kan de møte dem til samtaler oftere(B10:24).*

B tenker det er viktig med fleksibilitet i behandling. Hun fortalte om en sak der hun samarbeidet med RASP, som er regionalt senter for spiseforstyrrelse på Ullevål i Oslo:

*En tid tilbake var det en familie som var på RASP- de var der bare i 4 uker, men det skjedde tydelig noe i den perioden. De klarte å sikre en vektoppgang i den perioden, og det var en veldig åpenhet ved utskriving om at dersom det var behov for noe mer kunne de komme tilbake. Vi behandlere i denne saken tok ny kontakt da vekten gikk ned og ting var litt låst. Det ble ikke mulig å få med familien på ny innleggelse av ulike grunner, men jeg tror fortsatt at det hadde vært kjempenyttig i den familien f.eks. å komme inn noen uker på nytt for så å kunne dra hjem igjen etter å ha blitt litt løftet(B10:34).*

Andre ganger tenker hun det er behov for andre intervensjoner, og at det trengs mer tid:

*I andre saker tror jeg det er veldig viktig å legge dem inn for en litt lengre periode, for å komme et godt stykke på vei. For noen ganger dukker det opp stoppere etter at man er innlagt(B11:16).*

Nytteverdien av langvarige innleggelser når det gjelder alvorlige spiseforstyrrelser, er omdiskutert. Svært mange med langvarig og alvorlig spiseforstyrrelse trenger behandling over et lengre tidsrom i et spesialisert terapiopplegg. Sosial og helsedirektoratet hevder at der det lar seg gjøre, bør pasienten derfor overføres til et strukturert dagbehandlingstilbud så snart tilstanden gjør det forsvarlig (US 7-2000). I følge dette vil målet med behandling for pasienter som er innlagt i sykehus være å gjøre pasienten i stand til å motta behandling på et lavere omsorgsnivå – i poliklinikk eller dagsenter.

#### 5.4.3. Finne mestring

Informantene var opptatt av å bidra til at både ungdom, foreldre og også behandlere opplevde mestring i møte med fenomenet spiseforstyrrelse. B la vekt på å hjelpe familien til å huske på det positive ved den som har spiseforstyrrelse og med familien, noe som lett kan bli litt glemt når utfordringene er så store:

*Jeg ønsker å lete etter det som er positivt ved dem, da noen har mistet troen på at de er noe og kan noe. Familien lurer på om de er alright midt i alt det vanskelige. Jeg prøver å hjelpe dem til å finne noe mestring (B3:23).*

Hun fortalte om en vanskelig familiesak hun hadde jobbet med, der behandlingen bare hadde vart ett år.

*Det var mye familiearbeid, og **de tok noen grep sammen!**(B7:4).*

*Hva som førte til endringene blir jo bare hypoteser, men akkurat i den saken så lurer jeg på om det handlet en god del om hvem er jeg og hvem er min familie. Akkurat for den ungdommen så tror jeg savnet etter far var sentralt. Far bodde sammen med familien og var en veldig fin far, og det var kanskje derfor savnet og ønsket om å få ham nærmere var der. Men det hadde blitt en arbeidsfordeling mellom foreldrene som førte til at han gjorde en del andre ting. Men når han forstod at det var ønske om endring, klarte han å gjøre noe med det veldig fort. Han og familien klarte å korrigere på det.*

Jeg ble nysgjerrig på hvordan hun jobbet med familien for å få dette fram.

*Jeg jobbet sammen med dem og tok fram det de hadde med seg av positive ting. Jeg tror også faren tok det veldig til seg at han var ønsket mer inn. Det var jo ikke så enkelt som det. Det var andre faktorer der også, men de fant i alle fall litt mer ut av det sammen (B7:11).*

Hun synes det er viktig at familien kommer mer fram- ikke minst deres ressurser:

*Det handler om hvordan man henter opp den historien familien har, og jeg har sett på bilder som familien har med og snakket om dem. Jeg prøver å bruke ett eller annet, men det blir jo veldig individuelt hva som passer. Jeg tenker familiearbeid er kjempesentralt (B8:2).*

Det å få en annen opplevelse av seg selv og bedre selvfølelse tror B er viktig både for ungdom og foreldre, men også kunne se mer positivt på hele familien sin. Dette har hun erfart har vært med på å bidra til tilfriskning. Hun tenker også at det å ha hatt det vanskelig en periode kan ha ført familien nærmere hverandre, og kan ha bidratt til å komme videre.

Det å få lov til å være med i samarbeidet med familien, og se de positive endringer som skjer, gir også mer trygghet på at man som terapeut kan bidra. Hun sier:

*Jeg vil tro at vi noen ganger har bidratt med noe som har blitt et vendepunkt, at noen brikker har falt på plass (B13:3).*

#### 5.4.4. En ny mulighet

Ut fra et utviklingspsykologisk perspektiv formidler informantene at spiseforstyrrelse kan være en ny mulighet til å få ivaretatt udekkede behov som omsorg, nærhet og trygghet.

Mange unge med spiseforstyrrelse har store problemer med å se seg selv i en historisk og sosial sammenheng. Ut fra dette blir løsrivelsesprosessen fra familien forsinket, og pasienten mister tid i forhold til utdanning og yrkesliv. Når ungdommen kommer i en krise der det kreves en bedre integrert identitet, opplever ungdommen et slags sammenbrudd i selvfølelse. Tendenser til ytre styring ser ut til å utvikles på bekostning av et trygt forankret selv (Røer 2006).

B er opptatt av at en trygg tilknytning gir mulighet for en god løsrivelse fra foreldre, og det blir derfor viktig å hjelpe foreldre til å lage en god base for løsrivelse. Ut fra at man selv mister grepet, trenger man at noen andre tar tak, og det blir en ny mulighet til komme nærmere hverandre.

*Det er noe som jeg synes er viktig, og det er det med tilknytning. Jeg har noen ganger tenkt på at det har vært litt utrygg tilknytning i familien jeg har jobbet med. Andre ganger kan tilknytningsmønstrene i familien egentlig ha vært gode nok, men at det bare skjedde så mye i perioden jenta var liten så det kanskje ble litt tynt. Ungdomstiden kan jo da være en ny sjanse til å få til tilknytningen på nytt. Det synes jeg å se er nyttig med de som har spiseforstyrrelse (B15.9).*

B tenker det da er viktig å være der sammen med foreldrene og få de til å ta imot barnet og se det som en gylden mulighet.

Familiens overgang til en fase med tenåringsbarn er gjerne et viktig tema i familieterapien. Ofte har anoreksipasienten vært et spesielt ansvarlig og ”greit” barn, og har fått lite trening i å kreve oppmerksomhet, uttrykke uenighet og ta hensyn til sine egne behov. Diskusjoner med foreldre og jevnaldrende bidrar til at barn og tenåringer lærer seg selv å kjenne, får trening i å hevde seg og bygger opp selvtillit (Halvorsen et al 2006). Familieterapien må derfor forholde seg til det følelsesmessige budskapet og hjelpe familien til å ta sine følelser og behov på alvor, slik at behovet for å uttrykke seg gjennom ikke å spise blir overflødig.

Gjennom å stå i et nært samspill med foreldrene og andre viktige personer over tid, blir barn og unge trygge på sin tilknytning, og på at forskjellighet ikke truer tilhørigheten til deres nærmeste. Selv om spiseforstyrrelser er en utrolig stor belastning, kan det hende at den også kan føre med seg noe verdifullt ved at foreldrene får anledning til å gi datteren mye ekstra oppmerksomhet og

omsorg før hun skal ta et skritt videre, mot en mer selvstendig rolle som ung voksen (Halvorsen et al 2006).

## **5.5. Et trygt system**

Jeg ønsket gjennom min studie å få mer innsikt i hva informantene tenkte rundt samarbeid med andre instanser, og hvordan dette ble praktisert i en poliklinisk sammenheng. Ord som ble sentrale i deres tilbakemelding var: forutsigbarhet, trygge rammer, felles forståelse, forståelse av hverandre, klar struktur og tydelig kommunikasjon.

### 5.5.1. Forutsigbarhet i behandling

Ved innleggelse i sykehus syns A det er viktig med en felles forståelse av de avtaler som blir gjort, for at foreldre, poliklinikk og sykehus kan være samkjørte og lage trygge og forutsigbare rammer for ungdommen. Hun har erfart at det er viktig at BUP deltar på sykehusets møter.

*Det vi gjorde i forhold til disse sakene var at vi var med på kontraktsmøter som var 1x i uka. Jeg tenker at kontrakter her er et viktig tema, slik at alle har felles forståelse av hva en kontrakt er. Å ha forutsigbarhet og trygge rammer opplever jeg som kjempeviktig i arbeidet med disse ungdommene (A11.5).*

A er opptatt av at de fra BUP og barneavdeling får snakket sammen om rammene rundt behandlingen, og at en er helt sikker på at en forstår hverandre når man møtes og snakker sammen. Utfordringen her er kontinuitet av aktuelle personer.

*Noe av det som kan være vanskelig er når man møter forskjellige leger på barneavdelingen til hvert kontraktsmøte, og de har forskjellige måter å løse tingene på. Det blir utrygt for ungdom og foreldre, og noen ganger syns jeg det blir utrygt for meg selv også (A11:23).*

At gode samarbeidsstrukturer er på plass opplever informant A som nyttig. Da kan BUP og deres lokale barneavdeling være samkjørte på hvordan fellesmøter skal være og hvordan kontrakter skal se ut. Det å vite hvilke oppgaver som er barneavdelingen sine og hvilke oppgaver som er BUP sine formidler A som trygt for dem alle. At de har klare avtaler å forholde seg til, og kjenner til hverandre, gjør at de kan utfylle hverandre bedre.

*Da tror jeg det også er oppbyggelig for barneavdelingen å ha kontakt med oss uten at vi skal gå inn å ta plassen til ansatte på barneavdeling og deres jobbing. De jobber med det somatiske, og vi må være der sånn at alliansen er på plass når ungdommen skal ut igjen. Det skal jo være en glidende overgang (A12.13).*

A forteller at det kan være utfordrende noen ganger å vite hva man skal være med på og hva man skal la være under innleggelse på sykehus/ institusjon, for å unngå å trække i andres bed og unngå at det blir for mange for ungdommen å forholde seg til.

*Da har det noen ganger vært et kunststykke å finne ut av når man skal være med og når man skal trekke seg tilbake for å balansere det. Det kan fort bli veldig mange å forholde seg til, og da blir det veldig overveldende igjen(A7.14).*

Målet med innleggelse i psykiatriske avdelinger er som regel mer ærgjerrig enn ved de medisinske tjenestene i følge Skårderud: å gi et fullt terapeutisk tilbud og ikke bare livredning. Sammen med personalet vil pasienten kunne bearbeide sine reaksjoner på nærhet og sosiale forhold (2007). Skårderuds oppfatning er at det ved innleggelser i psykiatriske avdelinger er mest praktisk at den polikliniske behandleren trer i bakgrunnen og deltar på et fåtall samarbeidsmøter - i størst grad ved innleggelse og utskrivning. Dette for at pasienten skal slippe å forholde seg til så mange stemmer samtidig, da miljøterapi bidrar med mange folk inn i systemet.

Jeg var nysgjerrig på hva A tenkte ville være et optimalt samarbeid mellom poliklinikk og institusjoner generelt hvis hun fikk bestemme. Hun svarte da følgende:

*Da tror jeg at vi er nødt til å ha noen veldig avklarte instruksjoner om hvilke oppgaver er hvilken instans sitt område. Samtidig må vi ha glidende overganger og invitere hverandre inn. Vi må tenke pasientens beste og på pasientflyten mer enn våre egne arbeidshverdager og vår egen avdeling. Vi må tenke på hva som er viktig at de andre vet for å overta stafettpinnen, og hvordan samhandle for å bli trygge i møte med familien (A20.18).*

Skårderud er opptatt av at behandlerne har kontakt før innleggelse og tilstreber enighet om premisser og målsettinger. Slik sett bør enhver behandling være basert på en behandlingskontrakt slik at avtaler blir tydelige for alle (2007).

Det å ha kunnskap om hverandre opplevde A som viktig.

*Sykehuslegene må ha kunnskap om hvem som jobber på BUP, og vite hvordan vi jobber og forståelse for dette. Vi på BUP må ha forståelse for hvordan de jobber på sykehus og i institusjon. Vi må jo da ha noen møtepunkter uten pasienter, der vi deler faglige temaer og underviser hverandre om våre erfaringer og deler erfaringer fra både godt og dårlig samarbeid. For det gode samarbeidet blir ofte til underveis (A20.24).*

Etter å ha samarbeidet i en sak tenker A det er viktig at samarbeidspartnere møtes for å evaluere samarbeidet; Hva var det som fungerte og hva var det som ikke fungerte?

#### 5.5.2. Få hverandres styrker fram- lære av hverandre

Når det gjaldt samarbeid med andre instanser var A den som formidlet mest om dette i intervjuene og derfor refereres hun mest. Hun samarbeidet med helsesøster og fastlege i saker, der de ivaretok oppfølging av helse mens BUP kunne ha fokus på samtaler, og hun samarbeidet med skoler ved behov.

*Det å få lov til å ringe til helsesøster og kontaktlærer for å få til et skolemøte når det er behov for det synes jeg er fint. Dette for bl.a. å justere forventningene skolen har til ungdommens prestasjoner. Da synes jeg at vi ofte møter en veldig vilje fra skolens side til å være fleksibel med tanke på å vurdere barnet og tilrettelegge på en annen måte en periode (A12:25).*

A formidler at skolen noen ganger er med på møte hos BUP, mens andre ganger så synes A det er veldig fint å komme ut for å se skolen som ungdommen går på for å få et innblikk i hvordan omgivelsene er og den hverdagen som ungdommen lever i.

A inviterer også henviser med inn på første samtale på BUP dersom det er hensiktsmessig. Hun synes 1.linjetjenesten har mye å bidra med, men ser at de ikke alltid tror det selv.

*De i 1.linjetjenesten er flinke, og de har masse kunnskap og de har en tilgjengelighet som den gruppen her trenger. Jeg synes at mange helsesøstre og fastleger ofte sitter veldig alene med veldig alvorlige og vanskelige ting, og da trenger de å få tilbakemelding på at det de gjør er riktig og bra og få litt veiledning på det de lurer på. Men det overrasker meg jo mange ganger hvor mye tvil de har om det de gjør, når de gjør så mye bra (A14:27).*

Informant A er opptatt av at hjelpen i størst mulig grad gis der ungdommen er.

*Jeg tenker det viktigste arbeidet med de aller fleste foregår i 1. linje. Det er der de bor, det er der de lever og det er dem de er sammen med 24 timer i døgnet som er viktigst. Det blir farlig hvis det blir sånn at ting bare kan løses fra 2.linje, og at de er har svaret på alt. Ikke det at jeg tror det er sånn, men jeg tror at det er veldig mange som jobber i 1.linje som devaluerer sin egen innsats (A14:23).*

Det er også forventninger fra statlig hold om at spesialisthelsetjenesten blir mer utadrettet mot førstelinjetjenesten, både i forhold til enkeltpasienter og ved deltagelse i veiledning og

undervisning (SH 4-2000). Allmennhelsetjenestene er ikke bare det første, men også ofte det beste valget i følge Skårderud, der det er lav terskel og god tilgjengelighet til tilbudene. Han mener at det derfor bør være en helsepolitisk prioritert oppgave å utvikle kompetanse til å behandle spiseforstyrrelse innenfor rammene av 1.linjetjenesten (2007). Helsestasjoner har muligheter for tidlig intervensjon, og Skårderud viser til at det er gode eksempler på at helsestasjoner har stått for hele behandlingskontakten. Særlig hos unge med spiseforstyrrelse er det i følge Skårderud også naturlig med kontakt med lærere, rådgivere, gymlærere og idrettstrenerne. Skolen har en sentral rolle i det forebyggende arbeidet(2007).

Kompetansehevingen gjennom konsultasjon og veiledning tenker Skårderud er 2.linjens ansvar.

Jeg spurte A om hun ser noen hindringer for samarbeid med andre, og det gjorde hun. Hun synes det var utfordrende der hun møtte en fastlege som ikke er interessert i ungdom. Hun tenkte dette kan handle om lite erfaring med denne gruppen og engstelse hos fastlege for å ta på seg oppgaver som tar mye tid og innebærer mye ansvar. I tillegg tenker hun at det stadig er noen runder å gå i samarbeidet med sykehusets barneavdeling. Hun har noen ønsker for samarbeidet videre.

*Det beste er når en greier å få hverandres styrker fram, og lære av hverandre. At BUP får oppdatert sin somatiske kunnskap i det gode samarbeidet med barneavdelingen, og at barneavdelingen tar med seg de gode samtaleformene fra BUP-personalet. Så kanskje er noe av det å ha samtaler sammen litt oppbyggelige både for barneavdelingen og BUP (A14.12).*

### 5.5.3. Få satt et system som gir trygghet

Informant B var opptatt av å få satt et system som gir trygghet helt fra oppstart av kontakt.

Det å ha flere å drøfte saker med internt tenker hun er med på å gi økt trygghet hos behandler, noe som oppleves nødvendig for å gi trygghet videre til familien.

På spørsmål om B har trukket inn andre samarbeidspartnere, nevner hun samarbeidet med fastlege gjennom møter og avtaler om veiing. Hun synes det er viktig å få satt et system som gir en trygghet også på den somatiske biten. Når det har vært behov for mer kunnskap om ernæring har B enten hentet kunnskap internt på BUP eller samarbeidet med ernæringsfysiolog på sykehuset. I tillegg hadde hun erfaring med at noen av de som hadde vært innlagt på barneavdeling fortsatte med dietetiker på sykehuset etter utskrivning da denne personen var tryggest å forholde seg til for familien i en overgangsfase. BUP hadde da samarbeidet med dietetiker.

*Det har da vært et samarbeid, slik at dietetikers innspill ikke blir løstrevet fra det andre men en del av behandlingen her. Det synes jeg har vært veldig bra (B5.27).*

På spørsmål om det er noen hindringer for at B kan jobbe slik hun ønsker i møte med unge med spiseforstyrrelse, svarer hun at hun synes det meste er godt lagt til rette på poliklinikken. Nok tid og tilgjengelighet ser hun imidlertid kan være en utfordring.

Hun har ikke hatt noe fast samarbeid med skole i sakene hun jobber med, men de har samarbeidet når det har vært behov for å legge bedre til rette i skolesituasjon. Det har vært få saker der helsesøster på skolen har vært inne med tilbud til ungdommen i følge B. BUP har noen ganger vært i kontakt med skole for å informere ansatte om de utfordringer spiseforstyrrelse kan gi i en skolesammenheng. Det har da oftest vært BUP som har tatt initiativ til samarbeid med skolen, og det har vært mest kontakt via telefon.

*Noen ganger har den som har hatt spiseforstyrrelse ikke ønsket at vi tar kontakt med skolen, og noen ganger har det ikke vært så nødvendig heller. Men i de vanskeligste sakene så har det jo vært helt nødvendig (B9.12).*

Når det gjelder avklaring av roller, ansvar og forventninger til hverandre i et samarbeid, sier B at de avtaler dette seg i mellom i hver enkelt sak. Hun synes det er naturlig at hun som behandler på BUP tar kontakt for å avklare disse tingene. B synes samarbeidet med andre instanser har fungert selv om det har vært noe ulikt hva innholdet i dette har vært.

Sosialkomiteen innstilling S.nr.258 (1996-97) viser til at barne- og ungdomspsykiatrien har behov for samarbeid med en rekke andre instanser som skoleverket, primærhelsetjenesten, barnevernstjenesten, voksenpsykiatrien og habilitering, og det er forventet at et slikt samarbeid skjer. Det blir i dette viktig å avklare ansvarsområder til de ulike instanser i samarbeidet og like ens tydeliggjøre grensene mellom dem.

C har erfart at det stort sett er fastlege eller foreldre som tar kontakt med BUP for å be om hjelp for ungdommen. Hun synes det er fint å samarbeide med fastlege når det gjelder oppfølging av somatisk helse.

*Sånn forståelsesmessig jobber jeg mye alene. Ellers liker jeg å samarbeide med fastlege. Syns det av og til er bedre å bruke fastlege, enn nødvendigvis bruke en av legene her på BUP. Har ungdommen en interessert og god fastlege, så vil jeg bruke fastlegen til å ta blodprøvene, sjekke hjertet, måle og veie (C22:11).*



Det er ofte C som tar initiativ til samarbeid og gjøre avtaler rundt dette, og hun sender behandlingsplan til fastlegen. Hun kobler også på dietetiker dersom ungdommen har behov for det. Når det gjelder ungdommens ønske om å trene hender det at C kobler på fysioterapeut som da kan veilede på dette for å unngå noe skade eller overtrening.

C har imidlertid samarbeidet lite med skole. På spørsmål om dette svarer C  
*Nei, det er kanskje et sort hull. Det er ganske lite. Veldig lite egentlig (C23:25).*

På spørsmål om hun tenker det er nødvendig svarer C at ansvaret for kontakt med skole legger hun til foreldrene.

Selv om C formidler at hun liker å jobbe mye alene i behandling av unge med spiseforstyrrelse og deres familie, sier hun også at hun liker å ha flere folk rundt å spille på. Hun samarbeider med sykehus når det er behov for innleggelse der. Jeg spurte om når hun tenker det er behov for innleggelse i psykiatrisk døgninstitusjon.

*Det tenker jeg er aktuelt når foreldrene ikke evner å klare å ta et koordinert ansvar for situasjonen. Ikke det at de ikke vil, men at de ikke evner å ta ansvar for noe som er så depressivt som disse jentene ofte er. Det kan også være at jenta selv vil et annet sted. Jeg ser at de som går lenge i behandlingssystemet, som vi bruker mye tid og ressurser på for å koordinere, ofte har foreldre som selv strever med å ta et stort nok ansvar og ta ansvar for å skolere jenta si sånn at hun kan vokse (C26:6).*

Spørsmålet om når det er påkrevd med sykehusbehandling, handler om skjønn i følge Skårderud, men at visse hovedretningslinjer bør følges (2007). Ved en livstruende situasjon er sykehusinnleggelse den beste behandling. Han mener at en innleggelse kan bryte onde sirkler, være et pustehull og gi god omsorg.

## **6. OPPSUMMERING OG DRØFTING OPP MOT PROBLEMSTILLING**

I min studie ønsket jeg å undersøke hvordan terapeuter forstår fenomenet spiseforstyrrelse og hva de tenker er sentralt i behandlingen. Jeg var nysgjerrig på i hvilken grad informantene la vekt på familiearbeid og samarbeid med andre i møte med de ungdommene som strever med spiseforstyrrelse.

Informantene forstod fenomenet spiseforstyrrelse på måter i pkt.5.1. som var gjenkjennbart fra litteratur jeg har vist til. Jeg fant lite forskjeller i forståelse mellom informantene selv om de

uttrykte seg på ulikt vis og vektla litt ulike ting. At informantene vektla litt ulik kunnskap og forståelse tenker jeg kan ha sammenheng med at de har ulik fagbakgrunn, men tross forskjellig fagbakgrunn var de svært samkjørte på hva som var sentralt i møte med unge med spiseforstyrrelse. Alle tre var enige om at det var viktig å ha en basiskunnskap om spiseforstyrrelse i bunn, og vite hva den fordrer, for å kunne gi et godt og tilpasset behandlingstilbud.

Det kan se ut som informantene har en felles plattform å jobbe ut fra, eller en felles basiskunnskap med seg, i møte med spiseforstyrrelse.

Feltet spiseforstyrrelse i Norge har vært relativt oversiktlig, med noen sentrale kjente fagpersoner som har gitt føringer gjennom litteratur de har skrevet og utdanning/ kursing. Slik sett tenker jeg at informantene, som ansatte innen psykisk helse for barn og unge, har fått med seg mye samme kunnskap og har lent seg mye på de samme kilder.

Informantene vektla litt ulike ting når det gjaldt samtalens form og innhold som vist i pkt.5.2., men også her var det mange felles tema de fokuserte på. Temaene var også gjenkjennbar fra teorien jeg har vist til i kapittel 2. Det er mange elementer som skal ivaretas gjennom samtaler, og det kom ikke klart fram i alle intervjuene hvordan den enkelte integrerer f.eks. kostveiledning og kunnskapsformidling som en del av behandlingen.

I teorien jeg har vist til legger forfattere vekt på **integreert** samtaleterapi i møte med unge med spiseforstyrrelse. Dette innebærer at flere elementer blir inkludert i samtalen som

- Å endre kostvaner
- Undervise om ernæring og spiseforstyrrelse
- Utfordre sentrale tankemønstre
- Knytte mat og kropp til følelser
- Belyse forholdet til andre.

Skårderud legger vekt på at en behandler også må forholde seg til somatiske forhold, og at det å være opptatt av vekten er et nødvendig onde. Utfordringen i dette er å ta vekten tilstrekkelig på alvor uten å bli lammet av den (2007). Han er også opptatt av å skape mening gjennom samtalebehandling og at dette kan være vel så viktig som å avdekke mening. Utforskningen av forsøkene på å mestre symptomene er også veien til å fremme det psykologiske repertoaret, og oversettelsesarbeid er sentralt. Å utvikle et språk om seg selv handler i behandling om å bruke tid, og det handler mindre om ”å få noe ut” og mer om å ”få noe inn” i samtalene.

Jeg tenker at vi som behandlere må forholde oss til alle elementene ovenfor for å gi en helhetlig hjelp til ungdom med spiseforstyrrelse, men at dette kan ivaretas i ulike samtaler. På mitt

arbeidssted har vi opplevd det nyttig å skille samtaler om temaene vekt, kostliste og aktivitet fra andre samtaler slik informant A også viste til. Ungdommene skal opp i vekt når de er undervektig, og tema rundt dette aktiverer sterke følelser. Jeg tenker det er veldig viktig at foreldrene er med i samtalen når disse temaene drøftes. Det er de som må ivareta avtalene når deres ungdom er for dårlig til å ta ansvar for avtalen selv, og foreldrene trenger støtte og hjelp av oss behandlere til å stå i de utfordringer som dette byr på. Min erfaring er at ungdommene opplever det tryggere å spise når foreldrene tåler de forhandlinger som ungdommen utsetter dem for, uten å vike fra de avtaler som er gjort. Hvordan både ungdom og foreldre kan støttes i dette, kan være tema i ulike former for samtaler.

Informantene var alle opptatt av å møte familien fra oppstart av behandling og samarbeide med dem underveis slik det kommer frem i pkt.5.3. Familieperspektivet ser ut fra dette til å være en integrert del i behandling av spiseforstyrrelse hos informantene. Når det gjelder behandling utover det å ivareta somatisk helse, legger Sosial og helsedirektoratets rapport vekt på at familierterapi har dokumentert effekt (US 7:2000).

Familierterapi er nyttig for pasienter med spiseforstyrrelse og deres familier under forutsetning av at familierterapien er tilpasset akkurat denne pasientgruppen når det gjelder prinsippene for innhold, form og organisering i følge Røer (2006). Bredspektret familierterapi er en tilnærming hvor metodene ikke sammenblandes men tilpasses, med sine særpreg, til forskjellige faser i behandlingen (timing) og til forskjellige aspekter ved pasientens problemer. Røer tenker det er viktig at man kan skille mellom veiledning og terapi i den terapeutiske prosessen.

Røer viser til at spiseforstyrrelse er en relasjonsforstyrrelse, og at terapeut og klient derfor alltid vil tjene på å få etablert familiesamtaler i en eller annen form. Dersom klienten vil eller må ha behandling alene, taper man muligheter til å arbeide med spiseforstyrrelsen i den konteksten klienten lever i. Ungdom med spiseforstyrrelse har, pga sin usikre identitet, enda mer kontekstavhengig adferd. Møter man ikke familien, mister man muligheten til å se hvordan pasienten selv bidrar til å opprettholde destruktive samspillsmønstre. Også terapeutiske retninger som tradisjonelt foregår individuelt, f.eks. kognitiv terapi, vil når det gjelder spiseforstyrrelse fungere bedre i en familierapeutisk sammenheng (2006).

Det viktigste i familierterapi er kanskje at språket settes i gang innenfor trygge rammer i følge Skårderud. Å ta pasienten ut av sammenhengen han eller hun lever i, og så arbeide i et begrenset terapeutisk rom, kan være lite effektivt. Det isolerte sinnet finnes ikke, og det er behov for økt

bevissthet om nytten og nødvendigheten av å arbeide med flere enn den som har symptomene (2007). Selv om alle tre informantene var opptatt av å møte foreldre og familie i samtaler, er min opplevelse likevel at informantene prioriterte mest tid på individualsamtaler. Disse hadde de gjerne ukentlig mens familien møtte sjeldnere til samtale.

I punkt 5.4. formidler informantene tro på foreldrenes bidrag og at de engasjerer seg. Det ser ut til å ha blitt en etablert erfaring å betrakte foreldre som en ressurs. Informant A og B var de som formidlet mest om familiens evne til å ta noen grep selv, og legge til rette for dette. De la vekt på familiens egne ressurser og mestringsevne.

Jeg tenker at vår viktigste oppgave som behandlere er å legge til rette for at familien kan ta seg selv i bruk på en annen måte, slik at de kan komme ut av de negative sirkler de har kommet inn i. Jeg har tro på at det er familien som best kan ta de gode grep sammen for å skape endring, men at vi trengs som katalysatorer for å sette positive prosesser i gang. Vi som terapeuter skal bare være med et stykke på veien, mens familien er der resten av livet, og det er da viktig å stimulere deres egne evner til problemløsning.

Nasjonalt folkehelseinstitutt nevner i sin rapport positive faktorer som har vist seg å beskytte mot utvikling av psykiske lidelser hos barn og unge generelt. De skriver at det å vokse opp med ressurssterke foreldre som har en varm, støttende og konsekvent oppdragelsesstil, og det å få god sosial støtte fra venner og familie i perioder med belastninger og negative livshendelser, er med på å beskytte. Også støttende lærere og medelever er med på å skape grobunn for god psykisk helse (2009:8). Ut fra dette vil det være sentralt å gi viktige personer i en ungdoms nettverk den kunnskap og veiledning de trenger for å kunne møte utfordringene som spiseforstyrrelse gir. Å bruke ressurser på dette anser jeg som investering. Det er der ungdom lever sine liv de har behov for å få den næring de trenger for å vokse og utvikle seg på en god måte.

I tillegg ser rapporten nettverkets ressurser i samspill med barnets egenskaper, og at dette også er av betydning. Barn mestrer lettere stress forbundet med belastninger dersom det har gode kognitive evner og positive temperamentstrekk, som høy grad av fleksibilitet og sosialitet. Barnets evne til å regulere sine følelser gjennom å roe ned seg selv, konsentrere seg og være målbevisste, har vist seg å beskytte mot negativ påvirkning fra konflikter mellom foreldre og foreldres problemer (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009).

Dette samspillet mellom individuelt fokus og familie- og nettverksfokus anser jeg som viktig i behandling av spiseforstyrrelse. Det å kunne forholde seg til både/ og i stedet for enten/ eller

ved bruk av ulike terapeutiske tilnæringer tenker jeg er viktig. Hva er nyttig for hvem når blir det viktigste spørsmål vi kan stille.

I punkt 5.5. har jeg presentert tanker som kom fram om samarbeid med andre. Her tenker jeg at stemmen til informant B og C ikke er tilstrekkelig ivaretatt, da dette temaet fikk mindre plass i intervju med dem enn med informant A. Det jeg kan si ut fra den informasjon jeg fikk, er at de vektla samarbeidet med andre i tiltakskjeden og med andre instanser forskjellig.

A hadde mye kontakt opp mot 1.linjetjeneste som helsesøster, fastlege og skole og formidlet tiltro til deres bidrag. I tillegg hadde hun mye samarbeid med barneavdeling og institusjon når ungdom var innlagt der, og var også opptatt av evaluering av samarbeidet for å kunne bedre dette.

Informant B hadde lite samarbeid med skole og helsesøstre, men samarbeidet med dietetiker, fastlege og institusjon når det var behov for det. Hun var opptatt av fleksibilitet i samarbeidet mellom poliklinikk og institusjon.

Både B og C hadde mye samarbeid internt på BUP. De hadde mange ulike fagprofesjoner tilgjengelig for drøfting, og var ofte to i saker som ivaretok ulike samtaler.

Informant C likte best å jobbe alene og hadde lite internt samarbeid på BUP ut fra det som ble formidlet. C hadde ikke samarbeid med skole, og samarbeidet med færres mulig. Dette kan forstås som et ønske om å unngå for mange stemmer inn i behandlingen og hindre fragmentering. Hun samarbeidet med fastlege, dietetiker og fysioterapeut ved behov.

Skårderud minner om at tverrfaglighet ikke behøver å bety flere profesjonelle inn, men at man samler kompetansen fra flere profesjonsgrupper. Tverrfaglighet kan således bety at den enkelte behandler bestreber seg på å lære seg mer fra andre fag. Eksempelvis er det nyttig at psykologen vet en del om under- og feilernæringens somatiske og psykiske konsekvenser (2007).

Den enkelte behandler trenger imidlertid støttespillere og veiledere han eller hun kan henvende seg til, og det kan tenkes uhensiktsmessig at pasienten selv må forholde seg til alle disse.

I litteratur jeg har vist til legges det vekt på å etablere et godt samarbeid med andre viktige personer rundt ungdom med spiseforstyrrelse, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom 1.- og 2.linjetjenesten. Dette for at ungdom og familie skal kunne møte et samordnet behandlingssystem og kunne bli godt ivaretatt. I tillegg legges vekt på samarbeid med skole, fastlege og helsesøster bl.a. med tanke på opplæring og veiledning.

Behandling av spiseforstyrrelse utfordrer behandlingsapparatets tverrfaglighet. Når det er slik at mange med spiseforstyrrelse opplever kaos og indre fragmentering, er det viktig at de ikke møter en ytre fragmentering. I vanskelige saker kan hjelperne bli mange og ansvarsområdene forskjellige. Pasienten kan bli sentrum i et uoversiktlig nettverk av råd, holdninger og tiltak. I slike situasjoner er det hensiktsmessig å samle de forskjellige hjelperne, bidra til å avklare ansvarsroller og bli enige om beslutningsmyndighet. Målet er tydelighet for alle og at alle skal være samkjørte i behandlingsopplegget rundt pasienten (Skårderud 2007).

Jeg er usikker på i hvor stor grad samarbeid med andre instanser blir mulig å ivareta for ansatte på BUP ut fra informantenes formidling. BUP har en hverdag med stort arbeidspress, og jeg tenker at begrenset tid og kapasitet kan bidra til at samordning med andre instanser blir vanskelig å ivareta selv om det er ønske om og vilje til det.

Informantene opplevde at rammene på deres arbeidsplass ga gode muligheter for å ivareta ungdommene og familiene på en tilstrekkelig måte. Det virker som de har mulighet til å være fleksible. Det eneste to av dem nevner som utfordring på BUP var tilstrekkelig med tid, og mulighet til å være tilgjengelig oftere når ungdommen hadde behov for det.

## **7. KONKLUSJON/ AVSLUTNING**

Jeg brukte mye tid i hvert intervju på informantenes forståelse av spiseforstyrrelse og kunnskap om dette. Jeg ønsket å se om dette la noen føringer for den behandling de ga. Det ble ut fra dette mindre tid til å snakke om samarbeid med andre instanser, noe jeg gjerne skulle ha brukt mer tid på.

Ut fra mine funn, om at informantene sitter med mye lik forståelse og kunnskap om spiseforstyrrelse, er det ikke grunnlag for å si at det er slike forskjeller som fører til eventuell ulik praksis og behandlingstilnærming. Forståelse som informantene har er også i samsvar med teori jeg har vist til.

Når min erfaring har vært at det allikevel har vært noe forskjell i praksis på hvor mye familie og andre instanser har vært trukket med i samarbeidet med BUP i forkant av innleggelse hos oss, kan det handle om andre faktorer. Begrensninger i tid og kapasitet innenfor den polikliniske rammen kan være en faktor som bidrar til å begrense ivaretagelse av samarbeid, eller det har kanskje ikke vært mulig å rekke mer før innleggelse i sykehus/ institusjon da situasjonen har vært kritisk. Ønsket og vilje til samarbeid opplever jeg er der. Kanskje kan ulik fagbakgrunn også bidra noe til at samarbeid blir vektlagt ulikt i den praksis som utøves, i tillegg til at personlige erfaringer med hva som oppleves nyttig naturlig virker inn.

Ut fra de tre korte samtaler med informantene, som gir begrenset tilgang på informasjon, er jeg nysgjerrig på hvilken vekt informantene legger på familiens egne iboende helbredende krefter. Hvor sentrale tenker de at behandlere er i tilfriskningsprosessen, og hvor sentrale tenker de at familiemedlemmene eller andre faktorer er i dette? Dette fikk jeg ikke tilstrekkelig belyst, og jeg tenker at jeg ville ha snakket mer med informantene om dette hvis jeg skulle ha gjort studien på nytt.

Skulle jeg ha gjort en ny studie ville jeg viet mer oppmerksomhet på informantenes samarbeid med andre deler av tiltakskjeden og andre instanser.

Jeg blir også nysgjerrig på hva ungdom og deres familie selv ville ha formidlet om tema som er tatt opp i denne studien. En undersøkelse ut fra brukeres perspektiv ville dermed vært interessant.

## 8. LITTERATURLISTE

- Andersen, A. og Halvorsen, I.: "Ikke spise- spise sammen – spise selv. Samarbeid med barneavdeling, barne-og ungdomspsykiatri og familien" Johnsen, A (red) Vendepunkter. Oslo. Tano As 1995.
- Anderson,H, Goolishian, H: " Från påverkan till medverkan", Bokförlaget Mareld 1992
- Everett, Euris L. og Furseth, Inger: "Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre" Universitetsforlaget 2004
- Fangen, Katrine : "Forberede til feltarbeid" Kap.4 i Deltagende observasjon, Fagbokforlaget 2004
- Gilje, Nils og Grimen, Harald: "Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi" Pax Forlag A/S Oslo 1993
- Halvorsen, I. Andersen A, Heyerdahl S: "Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment" Eur.child Adolesc.Psychiatry 13, 2004, 295-306
- Halvorsen, Rostad; Rund, Seltzer: "Foreldre og fagfolk i samspill- behandling av psykiske vansker hos barn og unge" Hertervig forlag 2006
- Hårtveit,Håkon/ Jensen,Per: "Familien - pluss en", Tano Aschehoug 1999
- Imber-Black, Evan: " Families and larger System", The Guilford Press 1988
- Jensen, Per: "Ansikt til ansikt", Ad Notam Gyldendal 3.opplag 1998
- Johnsen, A, Sundet,R, Torsteinsson, V.W: " Samspill og selvopplevelse", Tano Aschehoug 1996
- Johnsen, Astrid: " Vendepunkter- om familierapi og spiseforstyrrelser" Tano As 1995
- Jones, Elsa: " Familierapi i systemperspektiv", Dansk psykologisk forlag, 2001
- Kvale, Brinkmann: "Det kvalitative forskningsintervju" 2.utgave Gyldendal 2009
- Langdridge, Darren: "Psykologisk forskningsmetode" en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger. Tapir akademiske forlag 2006, kap 13, 14 og 15
- Lundby, Geir: "Samarbeid som terapi" Pax forlag, Oslo 2009
- Maier, Henry W.: "Barn og unge utenfor familien- Utviklingsmuligheter", Ad Notam Gyldendal 1997
- Mason, B: "Handing Over", Karnac Books, London 1991
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: "Psykiske lidelser i Norge- Et folkehelseperspektiv" Rapport 2009:8
- Nasjonalt folkehelseinstitutt: "Trivsel og oppvekst- barndom og ungdomstid" rapport 2007:5
- Ryen, Anne : "Det kvalitative intervjuet - fra vitenskapsteori til feltarbeid", Fagbokforlaget 2002
- Rør, Anne: "Spiseforstyrrelser- symptomforståelse og behandlingsstrategier" Gyldendal akademiske 2006



- Rønnestad, M.H: ”Psykoterapiforskning: Noen utviklingslinjer og betraktninger om ”the Dodo bird verdict”.”Everybody has won and must have prizes”  
Tidsskrift for Norsk psykologiforening, 37:2000, 1003-1016
- Schjødt, Borrik og Egeland, Thor Aage: ”Fra systemteori til familieterapi” Tano 1993
- Selvini Palassolli, Boscolo, Cecchin, Prata: ”The problem of the referring person”  
Marital and.Fam.Therapy, 6, 1980
- SINTEF: ”Psyisk helsevern for barn og unge- behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet” Sintef helse mars 2005
- Skårderud, Finn: ”Sterk/ svak – håndbok om spiseforstyrrelser” Aschehoug 2.opplag 2007
- Skårderud, Finn: ”Foredrag om spiseforstyrrelse” [www.skarderud.no/spiseforstyrrelser.asp](http://www.skarderud.no/spiseforstyrrelser.asp)
- Smith, J.A.: “ Doing Interpretative Phenomenological Anaysis” kap.14 I boka “Qualitative health psychology: theories and methods” London, Sage 1999.
- Smith, Flowers and Larkin: ” Interpretative Phenomenological Analysis- Theory, Method and Research” Printed in great Britain by the MPG Books group-2009
- Sosial-og helsedirektoratet: ” Alvorlige spiseforstyrrelser- retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten” IS -2714 Oslo mai 7: 2000
- Sosial-og helsedirektoratet: ”Koordinering av psykososialt arbeid- for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser”, utredningsserie 2-2000
- Sosial-og helsedirektoratet: ”...og bedre skal det bli” Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial-og helsetjenesten(2005-2015) IS-1162- veileder
- Staten helsetilsyn: Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker Utredningsserie 2-2001
- Statens helsetilsyn: Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien. Utredningsserie 4-2000 s.113-135
- Søndergaard, Svend Nis: “Flerfamiliegruppeterapi ved spiseforstyrrelser” Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis, Diakonhjemmet Oslo 2007
- Teigmo, Ester : ”Familiesamtalen i kommunalt psykisk helsearbeid” Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis, Diakonhjemmet Oslo 2010.
- Thagaard, Tove : ”Systematikk og inlevelse- en innføring i kvalitativ metode”,Fagbokforlaget 2003
- Vedeler, Gerdt H.: ” Klienten og terapeuten mellom flere hjelpere” Fokus på familien nr.2, 1994
- Vedele, Arlene: Forelesning og stensiler fra forelesning 17./ 18.08.09
- Widdershoven G.: ”The story of life. Hermeneutic perspectives on the relationship between narrative an life history” I the narrative study of lives. Editors R.Josselson og A.Lieblich. sage 1993

## VEDLEGG 1

### Til

**Avdelingsjef ved BUP- Gjøvik, Bjørg Antonsen og  
Avdelingsjef ved BUP- Lillehammer, Kjell Tangerud**

Lillehammer 21.10.10

I forbindelse med min masterutdanning i familieterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets høgskole, ønsker jeg å gjennomføre et forskningsprosjekt med fokus på hva som blir ansett som sentralt i behandling av unge med spiseforstyrrelse. I forbindelse med prosjektet ønsker jeg å intervju 3-4 ansatte fordelt på BUP-Gjøvik og BUP-Lillehammer.

Jeg henvender meg til dere som avdelingssjefer, som har oversikt over hvilke personer som kan være aktuelle informanter på BUP i dette prosjektet. Vedlagt følger informasjonsskriv som redergjør nærmere for prosjektet og hvordan det er tenkt gjennomført. Det vil være viktig å få informanter som har noe erfaring med arbeid med spiseforstyrrelse, og det hadde vært interessant om informantene har ulik utdanningsbakgrunn.

Jeg ber dere formidle informasjonsskrivet til aktuelle informanter, og dersom de samtykker til å bli intervjuet ber jeg om at dere får samtykke til å gi meg navnene slik at jeg kan kontakte disse direkte og avtale tidspunkt for intervjuet.

Håper på snarlig positivt svar.

Med vennlig hilsen

Solbjørg Skruklien  
Klinisk sosionom  
BUP-døgn, Kringsjåtunet  
Tlf. 61117400

Vedlegg: Informasjonsskriv til aktuelle informanter

## INFORMASJONSSKRIV

### **Forespørsel om å få intervjuer deg som ansatt ved BUP i forbindelse med mitt forskningsprosjekt knyttet til masterstudiet i familieterapi og systemisk praksis.**

I forbindelse med min masterutdanning i familieterapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets høgskole, ønsker jeg å gjennomføre et forskningsprosjekt med fokus på hva som blir ansett som sentralt i behandling av unge med spiseforstyrrelse. Hensikten med prosjektet er å få økt forståelse og innsikt i arbeidet dere på BUP gjør i møte med denne pasientgruppen, og hvilke tanker dere gjør dere i forhold til hvilke faktorer som kan ha betydning for tilfriskning i behandlingen.

Jeg har valgt å gjennomføre et kvalitativt forskningsstudie, og ut fra det ønsker jeg å intervjuer 3-4 ansatte fordelt på BUP'ene på Gjøvik og Lillehammer. Jeg har valgt semistrukturert intervju, og hvert intervju vil være av ca. 1 times varighet. Da jeg har valgt å ha en fenomenologisk tilnærming til materialet som innhentes, vil det bli lagt vekt på den enkelte ansattes opplevelse i møte med denne type problematikk. Prosjektet vil bli utført av undertegnede, med veiledning av 1.amanuensis Asbjørn Kaasa på Diakonhjemmets høgskole.

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

Identiteten til informanter som samtykker i å delta i denne studien vil i oppgaven bli anonymisert. Jeg ønsker å få mulighet til å ta opp lydbåndopptak fra intervjuene. Datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt. Lydbåndopptakene vil bli lagret i Kringsjåtunets låste arkivskap, og vil ikke bli tilgjengelig for andre enn undertegnede og veileder. Navnelister vil bli oppbevart separat fra det øvrige datamaterialet, men vil kunne kobles mot datamaterialet ved hjelp av en referansekode som kun student har tilgang til. Etter at masteroppgaven er godkjent vil lydbåndopptak bli slettet. Likedan vil transkripsjoner og notater fra intervju bli anonymisert. Det vil også bli lagt stor vekt på å anonymisere den informasjon som framkommer i oppgaven. Dersom det er ønskelig kan du som informant få lese oppgaven før den blir levert, for å sikre at materialet fra intervjuene er tilstrekkelig anonymisert. Masteroppgaven forventes å være avsluttet i juni 2011.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, og godkjent der. Vil du lese mer om dette kan du gå inn på [www.nsd.no](http://www.nsd.no). Ut fra anbefaling fra NSD har jeg vært i kontakt med Regional komité for medisinsk forskningsetikk, og de har bekreftet at prosjektet ikke er fremleggingspliktig for dem.

Hvis du ønsker å delta i prosjektet, kan du kontakte meg på tlf. 61117400/ 99006779. Håper du tar kontakt, og gjerne så snart som mulig. Du kan også kontakte meg hvis du har spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker mer informasjon. Du kan også ta kontakt med min veileder 1.amanuensis Asbjørn Kaasa på Diakonhjemmets høgskole på telefon: 22451977.

Med vennlig hilsen  
Solbjørg Skruklien  
Klinisk sosionom, BUP-døgn, Kringsjåtunet

## VEDLEGG 2

### INTERVJUGUIDE

#### **Egen kompetanse/ erfaring:**

1. Kan du fortelle litt om din bakgrunn.
2. Kan du fortelle litt om dine erfaringer som behandler på BUP i møte med unge med spiseforstyrrelser?

#### **Teori:**

3. Hvordan forstår du fenomenet spiseforstyrrelse?
4. Hvor har du hentet din forståelse fra?

#### **Behandling:**

5. Hva tenker du er viktig i behandlingen av spiseforstyrrelser? Hvorfor?
6. Hva er den eller de viktigste elementene i en god behandling?
7. Hvilke kunnskaper mener du er nødvendige?
8. Er det forhold som gjør det vanskelig å gjøre det du skulle ønske å gjøre?
9. Kan du gi meg et typisk eksempel på hvordan en behandling foregår?
10. Dersom du var i posisjon: hvilke endringer ville du foretatt deg for å få til en best mulig behandling.

#### **Familiearbeid:**

11. Hvilken kontakt har du med familien til ungdommene?
12. Hva legger du vekt på i møte med familien, og hvilke tema er sentrale slik du har erfart?
13. Hvilke tanker gjør du deg rundt familiearbeid / familieterapi i forbindelse med behandling av unge med spiseforstyrrelser?

#### **Samarbeid:**

14. Kan du si litt om samarbeid med andre fagpersoner - internt og med andre instanser?
15. Hvordan avklares roller, ansvar, forventninger til hverandre?
16. Hvilke utfordringer ser du i det å jobbe helhetlig og koordinert? Finnes hindringer ?
17. Hvordan kunne et optimalt samarbeid mellom poliklinikk, døgn-institusjon og barenavd. se ut?

### **VEDLEGG 3**

#### **Eksempel på analyse av transkribert intervju, steg 1 og 2 i IPA fra intervju m/ informant B.**

Det ble ikke mulig for meg å få lagt inn dette vedlegget elektronisk, da det er i liggende format. Vedlegget på 2 sider er dermed kun å finne i papir-eksemplarene som sendes pr.post. Vedlegg 4 finnes på side 86.

Side 2 av vedlegg 3 skal være her, men finnes kun i papireksemlarene

## VEDLEGG 4

### OVERSIKT OVER OVERORDNEDE TEMA OG BEGYNNENDE TEMA I INTERVJU A OG B

#### **Intervju A med side og linjehenvvisning:**

##### **1. Generell kunnskap om spiseforstyrrelse i bunn**

En del mønstre like 5,3-5,4-5,7-3,4-3,6

Oppdager vi ikke guttene 3,19-3,24

Basiskunnskap om hva som skjer med ved underernæring. 5,13-5,9-19,22

Tilgjengelighet for terapi 6,23-6,28-9,13-19,16

Å bli voksen er fryktelig skummelt 3,10-3,11-3,30-4,5

Sårbarhetsfaktorer 4,22

Uheldig fokus i forhold til prestasjon i idrett 4,13

##### **2. Samtalens innhold**

Allianse, tillit og kontakt 5,27-8,1-11,14-7,27

Trenger å bli forstått og lyttet til 5,19-5,21-5,25

Gi motvekt ved andre tanker som får dem til å vokse 4, 30-6,14-6,1-6,15-6,21

Motivasjon 7,21-11,15-19,12

Venner 18,24-18,28-19,8-6,25

##### **3. Viktig med foreldre og søsken inn**

Familie i kontinuerlig krise 2,2-2,4, 12,11-15,11-12,8

Foreldre barnets viktigste omsorgspersoner 10,4-18,5-8,11-17,23-18,1-10,1-10,3

Avhengig av samarbeid med foreldre 8,21-8,32-8,7-9,21-9,22-9,27- 15,13-15,18-18,18

Søsken 16,21 -16,23

Våge å være tydelige voksne. 10,29-9,27-9,24-10,30-18,3-18,6 -18,9-18,14

Andre måter å kommunisere på 16,29-20,4

##### **4. Hjelp til å tåle**

Kunnskap og ydmykhet 5,26-10,13 -17,13-17,15

Stå sammen rundt ungdommen 15,18-15,22-7,5-14,29-17,20

Samtaler/ møter 15,23-15,26-15,30 -15,32 -16,3-16,4-16,7-20,6

Finne mestringsmåter 16,8

Veiledning 7,10-10,12-10,23-13,11-14,30 -17,10

Psykoedukasjon 5,15-17,14

## **5. Forutsigbarhet i behandling**

Forutsigbarhet og trygge rammer 11,10-11,23- 12,13-20,13

Samarbeid mellom instanser 11,5-11,20-11,30-12,4-12,5-7,14-7,15-20,22-20,25

Felles forståelse og forstå hverandre 11,7-11,20-20,18-19,27-19,30

Klar struktur og kommunikasjon 11,7-11,30-11,32-17,20-11,12-11,14

## **6. Få hverandres styrker fram- lære av hverandre**

Samarbeid med 1.linjetjenesten 9,11-12,25-12,26- 13,4-13,25-14,19-14,23-14,26-6,23-6,25

Lage kontaktnett 13,6- 13,10-14,6

Samarbeid med sykehus 13,29-14,2-17,21-14,12-6,23

Kunnskap om hverandre i behandlingsskjeden 20,29

Dele erfaringer vedr. samarbeid 20,31-21,7

## **Intervju B, uten side-og linjehenvisning:**

### **1. Krevende symptom**

En sammensatt lidelse

Vite hva spiseforstyrrelsen gjør og fordrer

Mye jobb

Psykoedukativ tilnærming/ veiledning

Ikke lett å være venn

### **2. Romme**

Tåle å stå i det -ikke avvise

Møte det de er i-møte følelsene

Støtte de rundt

Tid til den plass spiseforstyrrelsen tar i huset

Forståelse og kunnskap hjelper



### **3. Lydhør for når det er behov for hva**

Bli kjent

Forskjellige tilnærminger

Ulike tiltak

Behandling som prosess

### **4. Få satt et system som gir trygghet**

Familien felles inngangsport

Internt på BUP

Samordnet behandling

Fleksibilitet i tiltakskjeden

Samarbeid med skole/andre

### **5. Finne mestring**

Selvfølelsen i ubalanse

Familien komme mer fram

Familiearbeid – å ta noen grep sammen

Finne alternative måter

Styrke foreldrekompentansen

Tro og håp

### **6. En ny mulighet**

Til å dekke behov og knytte seg til

Til å komme nærmere hverandre

Til å lage en god base for løsrivelse

## VEDLEGG 5

**Tabell med oversikt over mastertema, overordnede tema og begynnende tema**

MASTERTEMA	OVERORDNEDE TEMA	BEGYNNENDE TEMA
Kunnskap og forståelse	Generell kunnskap om spise-forstyrrelse A1 Krevende symptom B1 Jobbe med forståelse C1	En del mønstre like Oppdager vi ikke guttene Basiskunnskap om underernæring. Tilgjengelighet for terapi Å bli voksen er fryktelig skummelt Sårbarhetsfaktorer Uheldig fokus i forhold til prestasjon i idrett En sammensatt lidelse Vite hva spiseforstyrrelsen gjør og fordrer Mye jobb Psykoedukativ tilnærming/ veiledning Ikke lett å være venn Forståelsen skiftet ”Stopp verden jeg vil av Ulik kommunikasjon Kroppslige reaksjoner Funksjonelt symptom Andre vansker Gutter og idrettsutøvere
Samtalen	Romme B2 Samtalens innhold A2 Identitetsbygging-felles prosjekt C2	Tåle å stå i det -ikke avvise Møte det de er i-møte følelsene Støtte de rundt Tid til den plass spiseforstyrrelsen tar i huset Forståelse og kunnskap hjelper Allianse, tillit og kontakt Trenger å bli forstått og lyttet til Gi motvekt v/ tanker som får dem til å vokse Motivasjon Venner Bekreftelse Identiteten spennende Selvfølelse Motivere til felles prosjekt
Familiesamarbeid	Viktig med foreldre og søsken inn A3 Trygg base C3 Engasjerte foreldre-ansvarliggjøre C4	Familie i kontinuerlig krise Foreldre barnets viktigste omsorgspersoner Avhengig av samarbeid med foreldre Søsken Våge å være tydelige voksne. Andre måter å kommunisere på Begynner med hele familie Mer opptatt av trygg base enn tilknytning Tydelig og strukturert Relasjon og kommunikasjon i fam Besteforeldregenerasjon ivaretar variasjon Endring med engasjerte foreldrene Investere tid/ forplikte seg

		<p>Tydelig og åpen kommunikasjon</p> <p>Ansvarliggjøre foreldre</p> <p>Foreldre koordinere</p>
Mestring	<p>Hjelp til å tåle A4</p> <p>Lydhør for når det er behov for hva B3</p> <p>Finne mestring B5</p> <p>En ny mulighet B6</p>	<p>Kunnskap og ydmykhet</p> <p>Stå sammen rundt ungdommen</p> <p>Samtaler/ møter</p> <p>Finne mestringsmåter</p> <p>Veiledning</p> <p>Psykoedukasjon</p> <p>Bli kjent</p> <p>Forskjellige tilnærminger</p> <p>Ulike tiltak</p> <p>Behandling som prosess</p> <p>Selvfølelsen i ubalanse</p> <p>Familien komme mer fram</p> <p>Familiearbeid – å ta noen grep sammen</p> <p>Finne alternative måter</p> <p>Styrke foreldrekompetansen</p> <p>Tro og håp</p> <p>Mulig å dekke behov og knytte seg til</p> <p>Komme nærmere hverandre</p> <p>Lage en god base for løsrivelse</p>
Et trygt system	<p>Forutsigbarhet i behandling A5</p> <p>Få hverandres styrker fram- lære av hverandre A6</p> <p>Få satt et system som gir trygghet B4</p> <p>Samarbeid med andre C5</p>	<p>Forutsigbarhet og trygge rammer</p> <p>Samarbeid mellom instanser</p> <p>Felles forståelse og forstå hverandre</p> <p>Klar struktur og kommunikasjon</p> <p>Samarbeid med 1.linjetjenesten</p> <p>Lage kontaktnett</p> <p>Samarbeid med sykehus</p> <p>Kunnskap om hverandre i behandlingsskjeden</p> <p>Dele erfaringer vedr. samarbeid</p> <p>Familien felles inngangsport</p> <p>Internt på BUP</p> <p>Samordnet behandling</p> <p>Fleksibilitet i tiltaksskjeden</p> <p>Samarbeid med skole/andre</p> <p>Arbeider alene</p> <p>Liker dårlig klare oppskrifter</p> <p>Andre bekymret</p> <p>Fastlege, dietetiker, fysioterapeut</p> <p>Samarbeid med skole et sort hull.</p> <p>Samles flere til møte ved behov</p>