

Behandling av ungdom med anoreksi

*Hvordan opplever foreldre sin rolle i
behandlingen av ungdom med anoreksi, når
behandlingen først og fremst har fokus på
individuelle intervensjoner?*

MASTER I FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK PRAKSIS
Mgfam 11
ELIN TORINE LARSEN
DIAKONHJEMMET HØYSKOLE
2. NOVEMBER 2015

SAMMENDRAG

Denne oppgaven er en kvalitativ studie basert på intervjuer av foreldre til ungdom med anoreksi. Ungdommen har vært i behandling som først og fremst hadde fokus på individuelle intervensjoner. Informantene er mor eller far fra fire forskjellige familier. Intervjuene ble gjennomført høsten 2014. Tema for oppgaven var å undersøke hvordan foreldrene opplevde sin rolle i behandlingen av sitt barn, og om delaktighet var noe som var viktig for dem. Problemstillingen var som følger: Hvordan opplever foreldre sin rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi når behandlingen først og fremst har fokus på individuelle intervensjoner? Tilleggsspørsmål var: I hvilken grad opplever foreldre å være delaktig i behandlingen, og hva legger de i ordet ”delaktig”? Hvilke forventninger har foreldrene til sin rolle i behandlingen? Hvordan ser foreldre på viktigheten av å være delaktig i behandlingen? I hvilken grad opplever familier at terapeuten er opptatt av deres rolle og delaktighet? Hvordan tenker de at terapeuter kan skape en kontekst der foreldre kan få en mer delaktig rolle? Spørsmålene er besvart ut fra en fenomenologisk hermeneutisk analyse. Jeg har benyttet meg av systematisk tekstkondensering modifisert av Malterud og vil i det følgende oppsummere konklusjonene fra min undersøkelse.

I analysen fant jeg fire kodegrupper:

1) Å bli en annen enn jeg er. 2) Lytt, ikke bare hør! 3) Det handler om noe mer. 4) Kunnskap gir trygghet.

Informantene fortalte historier om å føle seg oversett av terapeuten og om «å bli en annen enn jeg er». Dette dreide seg om at de følte at de måtte bruke sterke virkemidler for å få hjelp. De var også opptatt av å bli lyttet til av terapeuten, noe de opplevde i liten grad i møtet med hjelpeapparatet. Gjennom disse historiene var det tydelig at foreldrene ikke opplevde at de hadde vært delaktig i behandlingen. Flere mente at det å være delaktig, var nettopp å bli hørt og å oppleve en viss form for innflytelse. Det ble også tydelig at de savnet det å få kunnskap om sykdommen, slik at de var rustet til å bedre kunne hjelpe ungdommen hjemme. Når det gjaldt forventinger til delaktighet, var de samstemte i at de hadde store forventninger om å være mer deltagende både i samtaler og i behandlingen som helhet.

FORORD

Jeg vil først og fremst takke de fire foreldrene som sa seg villig til å bli intervjuet om dette temaet. Tusen takk for at dere bød på dere selv og delte deres sterke historier med følelser og engasjement.

Takk til en tålmodig veileder psykologspesialist Vigdis Wie Torsteinsson for dine ”pirkete” kommentarer og gode fagartikler. Det har bidratt til nye faglige refleksjoner.

Sist, men ikke minst, min familie: Trond Gudbrandsen og Melodie. Takk for at dere har stått i dette sammen med meg. Mamma Unni Larsen: takk for at du har stilt opp når vi har hatt behov for hjelp til å få «puslespillet» på plass i disse 4 årene med skole.

Innhold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 OPPBYGGING AV OPPGAVEN	6
1.2 BAKGRUNN OG TEMA FOR OPPGAVEN	6
1.3 FØLGENDE PROBLEMSTILLING VIL BLI BELYST I MIN MASTEROPPGAVE:	9
<i>Tilleggsspørsmål:</i>	9
1.4 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	9
1.5 BEGREPSAVKLARING	11
2.0 TEORI	13
2.1 RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV SPISEFORSTYRRELSER	13
2.1.1 <i>Retningslinjer</i>	14
2.2 UNGDOMSTIDEN	16
2.3 KOMMUNIKASJON OG RELASJONER	16
2.4 KOMMUNIKASJON MED BARN OG UNGE	17
2.5 SIRKULARITET	18
2.6 FORANDRING	19
2.7 MAKT	19
2.8 HVA ER SPISEFORSTYRRELSE?	20
2.9 FORSTÅELSE AV SPISEFORSTYRRELSE	21
2.9.1 <i>Kultur</i>	22
2.9.2 <i>Personlig sårbarhet og familiære forhold</i>	22
2.9.3 <i>Spiseforstyrrelse som kommunikasjon</i>	23
2.9.4 <i>Lav selvfølelse</i>	23
2.9.5 <i>Kontroll og mestring av følelser</i>	24
2.9.6 <i>Overgangsfaser</i>	24
2.9.7 <i>Krise</i>	24
2.10 OM Å STYRKE FORELDREROLLEN	25
2.11 OM FAMILIETERAPEUTISKE TRADISJONER KNYTTET TIL BEHANDLING AV ANOREKSI	26
2.12 INDIVIDUALTERAPI	28
2.12.1 <i>Foreldreinvolvering i individualterapi</i>	29
2.13 ANERKJENNELSE	30
3.0 METODOLOGISK FORANKRING OG FORSKNINGSDESIGN	31
3.1 KVALITATIV METODE	31
3.2 FENOMENOLOGI	31
3.3 HERMENEUTIKK	32
3.4 ETISKE BETRAKTNINGER	33
3.5 TROVERDIGHET, OVERFØRBARHET OG PÅLITELIGHET	34
3.6 GJENNOMFØRING AV INTERVJU	35
3.7 ANALYSEMETODE AV DATA	37
4.0 PRESENTASJON AV RESULTAT	40
4.1 Å BLI EN ANNEN ENN JEG ER	40
4.2 LYTT, IKKE BARE HØR!	44
4.3 KUNNSKAP GIR MENING/TRYGGHET	46
4.4 DET HANDLER OM NOE MER	48
4.5 OPPSUMMERING AV FUNN	50
5.0 DRØFTING	53

5.1 «JEG MÅTTE BLI GAL»	53
5.2 «BARE DET Å FORSTÅ»	57
5.3 «DET VAR AKKURAT SOM DE IGNORERTE MEG»	61
5.4 «DET HANDLER OM NOE MER»	62
5.4.1 Hva er anoreksi?	62
5.4.2 Familiære forhold.	63
5.4.3 Ikke- familiære forhold.	64
5.4.4 Viktig for behandling	67
5.5 HVA ER DELAKTIGHET?	68
5.5.1 Delaktighet handler om anerkjennelse?	68
5.6 HVORDAN KAN TERAPEUTEN LEGGE TIL RETTE FOR AT FORELDRENE KAN FÅ EN MER DELAKTIG ROLLE?	69
5.7 KRITISK BLIKK TIL HISTORIENE; HVA HANDLER DE OM?	72
6.0 OPPSUMMERING.	75
7.0 LITTERATURLISTE.....	78
VEDLEGG 1: INVITASJONSBREV.....	81
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	82
VEDLEGG 3: UTDRAK FRA TRANSKRIPSJONER.....	83

1.0 Innledning

«Sultekunstnerne. De som ikke spiser. De ekstremt tynne, sterke menneskene som har evnen til å motstå noe av det mest essensielle i et menneskes liv. Evnen til å la være å ta til seg det som trengs for å leve, evnen til å la være å spise.

Blir man lykkelig som tynn? Hva skjer i hodene til de stakkars sjelene som har fått det for seg at livet blir så himla bedre om man går ned noen kilo? Eller kanskje 30...

Det skjer noe i menneskets hode når man utvikler en spiseforstyrrelse. Noe forandrer seg; man kobler hode fra kroppen, separerer dem som om de ikke hører sammen lenger, og begrepet «kroppen min» slutter å eksistere, det blir liksom bare et objekt som henger med en, enten man vil eller ikke. (Som oftest ikke). De to delene mister kontakten med hverandre. Dette er faktisk en direkte konsekvens av enten å veie for lite, overspise og kaste opp til hodet føles som om det skal sprenges, løpe så lenge at kroppen nesten faller sammen på bakken, eller tvangsspise så mye at magen bare føles som en hard murstein. Man mister kontakten med seg selv; Jeg mistet kontakten med meg selv». (Maren, 16år)

1.1 Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven har i alt 6 kapitler. Kapittel 1 tar for seg kontekst og bakgrunn for det tema som er valgt. Her gjøres det rede for begreper, min faglige bakgrunn og problemstillingen presenteres. Kapittel 2 tar for seg de teoretiske aspekter som bygger opp under det som fremkommer senere i oppgaven. Kapittel 3 handler om hvilken forskningsmetode som er fulgt, med bakenforliggende teori og redegjørelse for hvordan jeg har gått frem i analysearbeidet. Kapittel 4 er datakapittelet. Her redegjøres det for de funn som fremkommer i mitt materiale som et resultat av intervjuene. I kapittel 5 blir dataene fra foregående kapittel drøftet. Oppgaven avsluttes med oppsummering i kapittel 6.

1.2 Bakgrunn og tema for oppgaven

Denne oppgaven omhandler familier der en ungdom har anoreksi. Oppgaven tar for seg foreldrenes opplevelse av egen rolle i behandlingen.

Jeg jobber daglig som miljøterapeut på en institusjon for ungdom med spiseforstyrrelser, og har også terapeutiske samtaler med noen av pasientene.

Min faglige bakgrunn er vernepleier. Dette innebærer at jeg i utgangspunktet hadde en annen teoretisk historie enn det systemteoretiske. Min faglige historie er farget av atferdsterapeutiske og sykepleievitenskaplige teorier. Jeg har jobbet innenfor eldreomsorg, barnevern og voksenpsykiatri. De siste 5 årene har jeg jobbet ved en institusjon der vi jobber etter en egen modell som stort sett kan knyttes opp mot en kognitiv tilnærming. Sentrale begreper innen vår behandling er kognitiv terapi, psykoedukasjon, eksponeringsterapi, ernæring, hvile og mindfulness. Hos oss er det pasienten som er innlagt, ikke familien. Likevel har de fleste ungdommene under 16 år en forelder med seg. Foreldrene får eget rom og spiser i egen leilighet, men er til stede på huset slik at de kan støtte pasientene utenom programmet. Engstelige pasienter, eller pasienter med mye tilleggsproblematikk, har også anledning til å ha en forelder tilstede dersom dette er ønskelig. Noen foreldre er også til stede på bakgrunn av egne avtaler med institusjonen.

Behandlingsmodellen tar utgangspunkt i kognitiv terapi. Den baserer seg på å hjelpe pasienten til å forstå og hvordan automatiske tanker oppstår, og hvordan de styrer vår atferd. Videre fokuserer den på hvordan pasienten kan bryte handlingsmønstre ved å indentifisere automatiske tanker i vanskelige situasjoner (Wilhelmsen, 2014). Dette er i utgangspunktet en tilnærming som baserer seg på individualterapi (se begrepsavklaring).

Psykoedukasjon er også en viktig del av behandlingsmodellen. Denne delen av tilnærmingen baserer seg på å lære pasienten om hvordan vår modell søker å forstå spiseforstyrrelsen, og hvordan man utfra denne forståelsen ønsker å behandle pasienten. Tilnærmingen avhenger av at pasienten får tillit til terapeuten, modellen og de øvrige ansatte. I arbeid med spiseforstyrrelser innebærer dette flere ganger å repetere og påminne pasienten om hvordan spiseforstyrrelsen styrer tanker, og omvendt.

Måltidene og hvile/ mindfulness en del av eksponeringsterapien. Kort forklart dreier dette seg om at pasienten kan redusere angst, ved å utsette seg for situasjoner der angsten oppstår. Pasienten eksponeres langsomt og kontrollert for situasjoner som skaper angst og uro. Målet er å gi pasienten erfaring med at hun ikke har noe å frykte annet enn frykten selv. Etter hvert i behandlingen vil også pasienten spise måltider sammen med mor/ far. Under mindfulness blir også pasienten tvunget til å føle på egen kropp og følelser, noe som også kan være angstfremmende for mange.

Som helhet er modellen basert på individuell behandling, men terapeutene har samtaler med pasienten daglig og er frie til å legge opp samtalene slik de måtte ønske, så lenge de

inkluderer den grunnleggende behandlingsmodellen. Det er derfor ulik praksis på hvor ofte familien blir inkludert i samtalerommet. Dette har naturligvis sammenheng med hvilken faglig bakgrunn og hvilke erfaringer terapeuten har.

Kort oppsummert er familier ikke naturlig inkludert i behandlingsmodellen. Dette skaper igjen en kontekst der familier kanskje ikke forventer å være en del av behandlingen, som gjerne gjenspeiler seg i deres relasjon til behandlingsstedet og terapeutene. Terapeutens oppfattelse av familiens ønsker, er også med på å styre hvor ofte familien inviteres inn i terapirommet.

Nasjonale og internasjonale retningslinjer for hvordan spiseforstyrrelser forstås og bør behandles er med på å forme behandlingsmodeller, men de skaper også forforståelser, både hos terapeuter, pasienter og familier. Retningslinjene er tydelig på at det anbefales at foreldre har en medvirkende rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi. I de nasjonale retningslinjene (Utredningsserien 7:2000, pkt 3.3.1 og 3.3.2) fremkommer det likevel at selv om familieterapi anbefales spesielt til de yngste pasientene, har også individuell tilnærming vist seg å være virkningsfull. Kognitiv terapi og psykoedukative metoder nevnes som tilnærminger som har vist seg å ha god effekt i poliklinisk behandling. Det kan se ut til at behandlingseffekten vel så mye kan ligge i å kombinere ulike tilnærminger, som for eksempel familieterapi, individualterapi, og støttende gruppeterapi. Utfra retningslinjene kan man si at det vil være en fordel om terapeuter og behandlingssteder har et utvalg av behandlingsstrategier tilgjengelig i behandling av ungdom med anoreksi.

I en gjennomgang av den forskningen som foreligger konkluderer Eisler (2005) også med at forskning på effekt av ulike behandlingstilnærminger for anoreksi viser at familieterapi er den anbefalte behandlingsformen. Dette når pasienten er under 18 år, og har hatt sykdommen i mindre enn 3 år. Jeg tenker at det derfor vil være interessant å se om, og hvordan, foreldre i praksis opplever å bli inkludert selv om rammene er en individualterapeutisk tilnærming.

Mitt fokus i denne studien er altså foreldre som møter terapeuter i et system hvor det er mulig, men ikke nødvendig, å inkludere familien i behandlingen. Oppgaven vil ha fokus på familienes opplevelse av behandlingen og i hvilken grad de både ønsker og føler at de har en delaktig rolle. Hver enkelt terapeut og hvert enkelt behandlingssted skaper rammene for samarbeidet med foreldre. Jeg er nysgjerrig på hvilke forventninger foreldrene har til behandlingen, om de selv er opptatt av å være delaktig og om de føler de er en nyttig ressurs. Videre vil det være interessant om foreldrene har noen tanker om hvordan terapeuter i en slik

behandlingskontekst kan gi dem en følelse av å være inkludert, og hvordan de kan legge til rette for å inkludere foreldrene.

1.3 Følgende problemstilling vil bli belyst i min masteroppgave:

Hvordan opplever foreldre sin rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi, når behandlingen først og fremst har fokus på individuelle intervensjoner?

Tilleggsspørsmål:

I hvilken grad opplever foreldre å være delaktig i behandlingen, og hva legger de i ordet ”delaktig”?

Hvilke forventninger har foreldrene til sin rolle i behandlingen?

Hvordan ser foreldre på viktigheten av å være delaktig i behandlingen?

I hvilken grad opplever familier at terapeuten er opptatt av deres rolle og delaktighet?

Hvordan tenker de at terapeuter kan skape en kontekst der foreldre kan få en mer delaktig rolle?

1.4 Hensikten med oppgaven

På behandlingssteder som i utgangspunktet representerer en individuell tilnærming, skapes det rammer som ansatte, pasienter og familier må forholde seg til. Dette medfører ofte at det er pasienten som er i fokus, og at foreldre er mindre delaktig. Det er derfor interessant å se nærmere på hvilke tanker foreldrene i denne konteksten har om egen rolle i behandlingen og om det å være delaktig er noe de er opptatt av. Etter å ha søkt i databaser tilknyttet høgskoler og søkt etter lignende temaer gjennom «google», har jeg ikke funnet noen tidligere studier som har tatt for seg akkurat denne problemstillingen.

Som tidligere beskrevet jobber jeg selv i en kontekst der det er mulig å kombinere det å jobbe individuelt med pasienter og samtidig kunne involvere foreldrene. Noen foreldre er med fra starten av behandlingen, noen er med i liten grad, mens andre blir vurdert å ha en viktigere rolle senere i behandlingsforløpet. Jeg håper gjennom dette prosjektet å finne mer ut av i

hvilken grad foreldrene tenker det er viktig at terapeutene involverer dem i behandlingen. Jeg håper å høre historier fra foreldrene knyttet til deres opplevelser og følelser i møte med terapeuten, der behandlingen er individuell. Kanskje vil jeg få historier som kan gi et innblikk i hva som skjer mellom terapeuten og foreldrene. Mitt ønske er altså å utforske hvordan foreldre opplever å bli møtt, men også ønsker å bli møtt, i en kontekst der terapeuten jobber individuelt med pasienten. Hva betyr delaktighet for dem?

Min forforståelse er at det kan ligge et stort ansvar hos terapeutene som jobber individuelt med spiseforstyrrelser, fordi mye av tidligere forskning viser at foreldrene og også resten av familien ofte, av ulike grunner, har en viktig rolle knyttet til tilfriskning. Kan man ha samtaler med pasienter individuelt, men likevel ha et systemisk fokus? Vil jeg få noen svar fra foreldrene knyttet til dette?

Vi lever i en verden der mange er farget av tradisjonen med lineære årsaksforklaringer (Jensen og Ulleberg, 2013). Vil jeg derfor også finne mye av denne tenkningen hos familiene jeg møter? Jeg håper å få noen svar knyttet til foreldrenes forståelse av behandlingen av spiseforstyrrelsen.

Hvilken kontekst man på behandlingssteder skaper i møte med pasienten og familien, vil være avgjørende for forståelsen av de forventninger som konstrueres mellom familien og terapeuten. Jeg håper derfor å høre historier fra foreldrene knyttet til deres forforståelser; hva som var med på å skape dem, og i hvilken grad de harmonerte med deres opplevelser?

Det vil i mitt prosjekt være avgjørende om jeg som forsker klarer å stille spørsmål som kan få familier til å utforske og reflektere rundt egen rolle og forventninger til behandlingen. Jeg må også ta utgangspunkt i at behandlingssteder i Norge arbeider forskjellig og skaper derfor ulike kontekster for pasienter og familier. Dette er med på å skape forventninger hos de involverte. Det er derfor viktig å lage en intervjuguide som ivaretar disse problemstillingene.

I dette prosjektet ønsket jeg ikke å forske på egen arbeidsplass. Dette for å unngå at leseren kan klare å resonnerer seg frem til informantenes, og dermed også ungdommenes, identitet. Jeg ønsket ikke å intervju foreldre jeg allerede hadde en relasjon til gjennom min arbeidsplass, da jeg som intervjuer ønsket å ha en rolle som var minst mulig preget av erfaringer og kunnskap knyttet til de menneskene jeg møtte. Jeg har derfor rekruttert informanter fra andre behandlingssteder. Informantene er foreldre som har hatt en ungdom i

behandling ved et behandlingssted i Norge som i utgangspunktet ikke har som intensjon å ta hele familien inn til behandling. Jeg har heller ikke vært opptatt av å skaffe informanter der ungdommen har vært til behandling på heldøgns institusjon. Jeg beskriver rekrutteringen av informanter nærmere i analysekapittelet.

1.5 Begrepsavklaring

Jeg vil her redegjøre for hva jeg selv legger i ordet **delaktighet** og hvorfor. Delaktighet handler for meg om å delta, å være en del av noe. Ut fra systemisk forståelse er vi alle aktører i hverandres livsverden, som er med på å skape konstruksjoner som gjør oss til den vi er og hvordan vi oppfører oss (Jensen og Ulleberg, 2013). Man kan være delaktig på mange måter, enten man bare er til stede, eller er aktivt med i en samtale. I oppgaven ønsker jeg å se på hvordan foreldre opplever det å være en del av behandlingen av ungdommen, hvordan de opplever sin egen rolle og hvor viktig det er for dem å være tilstede, enten de er aktivt med i samtaler eller bare er til stede i rommet. Dette innebærer også å se nærmere på hva foreldrene legger i ordet delaktighet.

I oppgaven vil jeg benytte meg av ordet **familieterapi**. Familieterapeuter i nyere tid er opptatt av sosialkonstruksjonisme, som innebærer at vi konstruerer vår forståelse i språklig interaksjon med andre. (Hårtveit & Jenssen, 2004) Sosialkonstruksjonisme er opptatt av de prosesser som finner sted *mellom* mennesker som fører til at det skapes mening. De mener videre at det er disse prosessene som er viktige å studere og forholde seg til, ikke det som finnes inni hodet til den enkelte. Innenfor denne tenkningen er man også opptatt av at tanker ikke eksisterer før det uttrykkes i språket, og man er opptatt av det som skjer mellom menneskene i et system (Lundby, 2003:23). Man tenker at det er nyttig at hele familien deltar i behandlingen, ikke nødvendigvis fordi de tenker at hele familien er årsak til problemet, men at familiemedlemmer er viktig støttespillere i behandling av ungdom med anoreksi. Årsaken til utviklingen av sykdommen er som regel ikke interessant, men heller hvordan familien har organisert seg rundt problemet etter at det har oppstått (Eisler, 2005). Jeg benytter meg også av ordet **systemisk** (for eksempel «ha et systemisk fokus»), som kort forklart handler om å samtale med pasienter ut fra den forståelsen som ligger til grunn innen familieterapi (beskrevet ovenfor) (Hårtveit & Jenssen, 2004).

Jeg benytter meg også av begrepet **individualterapi**. Generelt kan man si at individualterapi er en type samtaleterapi som foregår mellom to mennesker, én terapeut og én klient/pasient. Individualterapi er en av de vanligste formene for samtaleterapi, som anvendes for å imøtegå de fleste enkeltpersoners behov for profesjonell psykologisk støtte, veiledning og behandling (Berge, 2008). Jeg presenterer begrepet nærmere i teoridelen.

Spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse, og den handler ikke bare om 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. Sykdommen kan etter hvert overta store deler av livet og tar så stor plass at man ikke klarer å fokusere på annet enn tanker knyttet til kalorier, vekt og kropp. Atferden som følger spiseforstyrrelsen gir kroppen store belastninger, og mange med spiseforstyrrelser trekker seg ofte tilbake fra det sosiale livet (Skårderud, 2007). Mange mener at spiseforstyrrelse kan forstås som kommunikasjon (Skårderud, 2007). Det finnes flere typer spiseforstyrrelser. Jeg velger i denne oppgaven å fokusere på, og dermed gjøre bruk av begrepet **anoreksi**. Noen ganger i oppgaven bruker jeg begrepet spiseforstyrrelser, fordi det som omtales også gjelder for flere typer spiseforstyrrelser. Jeg velger å gjøre bruk av diagnosebegrepet anoreksi fordi det er den betegnelsen som er allment kjent. Spiseforstyrrelser og anoreksi blir nærmere definert i teorikapittelet.

«Det er rart hvordan man kan få det for seg at livet vil forbedre seg til en dans på roser ved å bli tynn. Utrolig at man kan miste alt som kan kalles bakkefølelse og faktisk tro at tynnhet smaker bedre enn livet selv». Therese, 16 år.

2.0 Teori

Teorier jeg har valgt er på ingen måte objektive, men gir heller en gjenklang av meg selv. Jeg har ikke funnet noe tidligere forskning som har fokus direkte på min problemstilling, men det er mye forskning knyttet til familieterapifeltet som anbefaler at foreldre har en delaktig rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi. Mitt prosjekt omhandler ikke direkte familieterapi, men har fokus på foreldrenes opplevelse av egen rolle i behandlingen der terapeuten har en individuell tilnærming. Jeg har derfor også tatt for meg noe forskning som omhandler foreldreinvolvering i en kontekst der man behandler pasienten individuelt. Teorier og tidligere forskning vil bli presentert i ulike punkter nedenfor.

I dette kapitlet vil jeg først presentere rammer og retningslinjer knyttet til behandling av spiseforstyrrelser. Deretter vil jeg si litt om utfordringer knyttet til ungdomstiden da dette kan være nyttig for videre drøft av familiens kontekst. Jeg vil også presentere noen kommunikasjonsteorier, teori om sirkularitet, forandring og om maktperspektivet i terapeutisk praksis. Deretter ser jeg nærmere på anoreksi; forståelse og behandling av denne. Jeg vil så presentere en artikkel om familieterapeutiske tradisjoner, og si noe om begrepet individualterapi, etterfulgt av teori knyttet til familieinvolvering i kognitiv atferdsterapi. Jeg vil til slutt komme inn på begrepet anerkjennelse da dette, etter mine funn, ble en del av drøftingen. Jeg vil under hvert punkt i dette kapitlet forklare kort hvorfor jeg har med den aktuelle empirien/teorien.

2.1 Rammer og retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser

Rammer og retningslinjer er med på å skape våre forforståelser om hvordan behandlingen bør gjennomføres, de er ment til å kvalitetssikre den hjelpen som blir gitt. Derfor ønsker jeg å presentere relevant teori knyttet til dette.

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 (2009) skriver om behandling i poliklinikkene. Når det gjelder behandlingsplan, tidsbruk og tilbud, mener Røer (2009) 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, 2009). Det er ressurskrevende å ivareta dette i en poliklinikk som i utgangspunktet ofte er hardt presset i forhold til ansattes tidsbruk. Røer (2009) legger også vekt på at flerfaglig samarbeid ved behandling er viktig, men tidkrevende.

Familieintervensjoner består av familierådgivning, familiearbeid og familierapi. Familierådgivning innebærer veiledning for å få en bedre kognitiv forståelse av spiseforstyrrelsen. I familiearbeid inkluderer mer intervensjoner og rådgivning for å følge opp avtalt opplegg. Familierapi retter seg mot kartlegging av relasjoner og kommunikasjon med påfølgende intervensjoner, og innebærer å skape muligheter for samspill. Familiearbeid regnes som nødvendig for pasienter under 18 år, familierapi anbefales spesielt for pasienter under 18 år med anoreksi, der sykdomsforløpet har vart mindre enn 3 år. Her viser forskning at familierapi er mer virksomt enn individualterapi med hensyn til vektøkning, symptombedring, funksjonelle familierelasjoner og sosial tilpasning (Russel et al, 1987)

2.1.1 Retningslinjer

De norske nasjonale retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisttjenesten (Utredningsserien 7:2000) er utarbeidet av Statens Helsetilsyn i 2000 (Retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, 2000). Jeg presenterte også deler av disse i innledningen.

Her kommer det frem at for pasienter under 18 år og med et kort sykdomsforløp har familierapi dokumentert effekt. Hos så unge pasienter, hvor sykdomsforløpet har vart mindre enn tre år, har familierapi vist seg å være bedre enn individualterapi med hensyn til bedring.

Det er etter hvert en etablert erfaring å betrakte foreldre som en ressurs. Man bør starte med informasjon om den aktuelle spiseforstyrrelsen både for pasienten og til foreldre. Neste skritt er at behandler bestemmer nødvendig vektøkning og progresjon, samt sikrer at foreldrene som barnets ressurspersoner tar medansvar for denne. Dette innebærer samarbeid om et spesifikt kostopplegg (utredningsserie 7:2000, pkt 3.1.3). Under samme punkt anbefales det at

behandler må styrke foreldrenes rolle som foreldre og hjelpe dem til å samarbeide om behandlingen av barnet.

Foreldrene blir dermed nesten å betrakte som behandlerens forlengede arm. Dette kan kalles familiearbeid, og bør skilles fra familieterapi. I praksis vil overgang fra det ene til det andre være glidende, og denne overgangen bør derfor klargjøres overfor foreldrene (kap 3.13: 33).

Et eksempel på internasjonale retningslinjer er National Clinical Practice Guideline Number CG9, utviklet av National Collaborating Centre for Mental Health i Storbritannia i 2004. Den understreker i kapittel 2 at fordi barn og unge med spiseforstyrrelser er avhengig av familie/ omsorgspersoner, har det vist seg at familieterapi/ systemisk terapi har vært en nødvendig tilnærming (s 32). I dette kapitlet anbefales følgende for det kliniske arbeidet:

«Omsorgspersoner bør informeres om spiseforstyrrelsen, behandlingsforløpet og om signaler/ tegn fra pasienten man bør være oppmerksom i forhold til pasientens psykiske og somatiske tilstand» (kap 2.10.1:33). Retningslinjene er utarbeidet over tid i nært samarbeid med brukerorganisasjoner og behandlere, inkludert miljøpersonell og sykepleiere.

«Omsorgspersoner skal også ha mulighet til å spørre om sykdommen og behandlingen» (kap 2.11.3:33)

«Om familier skal involveres eller ikke i behandlingen vurderes ut fra alder og utvikling. Men i hovedsak bør familien involveres i behandlingen av barn og ungdom» (kap 2.11.4:34).

For aldersgruppen under 18 år er samarbeid med foreldre og familie sentralt uansett problematikk. For eksempel legger Statens helsetilsyn føringer for hvordan poliklinikkenes 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. Regelmessige familiesamtaler med fokus på relasjon mellom pasient og pårørende bør også gis der det er behov for dette» (s.30).

2.2 Ungdomstiden

Spiseforstyrrelse er en lidelse som knyttes til ungdom. Identitetskrise eller truet selvbilde kan særlig knyttes til ungdomstiden, der den unge opplever at det som er trygt endres i overgangen til det å bli voksen (Røer, 2009).

Jeg ønsker her å si noe om hvilke typiske utfordringer man kan møte i ungdomstiden, for å senere i oppgaven kunne belyse hvor sårbar denne tiden er, samt hvilke situasjoner de fleste ungdomsfamilier kan stå i. Dette spesielt med tanke på konflikter mellom foreldrene og ungdommen. Øvereide (2000), som er opptatt av barns utvikling av ”selv-andre-bilder”, refererer til Vygotsky når han sier at det er på grensen mellom det som mestres og det ennå ukjente at den voksnes involvering er avgjørende for barnets utvikling. Disse er viktige prosesser for utvikling av barns grunnleggende psykologiske ferdigheter (Øvreeide 2000:39).

Ungdomstiden innebærer flere utviklingsoppgaver som skal løses. Tidlig ungdomstid (11-14) innebærer en emosjonell frigjøringsprosess fra foreldre. Denne tiden preges av en ambivalens mellom avhengighet på den ene siden og frigjøring på den andre. Ungdom i denne alderen preges spesielt av at de ikke skal skille seg ut fra andre ungdommer.

Midtre ungdomstid (15-17) preges av økende selvstendighet i form av søken etter egen identitet, kompetanse, mestring og kontroll. Til slutt sen ungdomstid (18-22), der det er karrierevalg, intime og vennskapelige relasjoner, samt valg av høyere utdanning og yrkesfelt som er viktig (Bugge, 2003).

Ungdom kan finne det ubehagelig å snakke om det som er vanskelig. Dette kan de vise ved å bli mer tilbaketrukket i samtalen. Da skal terapeuten unngå å snakke om det vanskelige temaet (Jensen og Ulleberg, 2011).

2.3 Kommunikasjon og relasjoner

Kommunikasjon vil i mitt prosjekt ha en vesentlig plass, da dette er relevant for flere aspekter i min drøfting av funn og problemstilling.

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. Sirkularitet blir et vesentlig begrep (Jensen og Ulleberg, 2011).

Det er ikke mulig å ikke kommunisere. Både det du gjør og ikke gjør blir fortolket av noen. Dette kjennetegner mennesket. Det går ikke an å oppføre seg på en måte som ikke vil tolkes og forstås av andre.

I en kommunikasjonssekvens mellom mennesker kommuniserer vi alltid på flere nivåer. Parallelt med innholdet i samtalen kommuniserer vi også direkte om hvordan vi ser på vår relasjon, og også om vårt forhold til det temaet vi snakker om (triadisk modell). Bateson mente at vi hovedsakelig holder på med å definere forholdet og indirekte forteller hverandre hvordan vi ser forholdet og hverandre. Det er dette vi er opptatt med, uansett hva samtalen handler om. Det er altså hvordan vi forstår relasjonen som metakommuniserer (Jensen og Ulleberg, 2011).

Tom Andersen er opptatt av den gode samtalen i boken «Reflekterende prosesser» (2005). Han mener at dialogen er avhengig av at terapeuten tar seg tid til å lytte til pasienten/ klienten, men også til å bruke pauser for å være i stand til å tenke og reflektere over det som blir sagt. Både pasient/ klient og terapeuten selv er avhengig av stillhet for å kunne reflektere optimalt. Andersen er også opptatt av kroppslige uttrykk, noe som krever mye oppmerksomhet rettet mot den man samtaler med. Det å hele tiden vurdere og å være oppmerksom på den andre er tidkrevende, men nødvendig for at pasient/klient skal føle integritet. Ved å stille et spørsmål til klienten kan terapeuten være oppmerksom på pust og andre kroppslige uttrykk hos klienten, dette for å få bekreftelser på om måten man kommuniserer på ikke er for forstyrrende for klienten. Dersom pasienten opplever at spørsmålet eller måten man kommuniserer på ikke er passende, kan man komme i fare for å krenke pasientens integritet. Dette kan føre til at samtalen blir lukket.

2.4 Kommunikasjon med barn og unge

Jensen og Ulleberg (2011) henviser til Hundeide når de presenterer ulike former å snakke med barn og unge på. Den emosjonelle dialogen, den meningsskapende dialogen og den grensesettende dialogen opptrer parallelt i samtaler og kan betraktes som ulike måter å kommunisere på. De kan også sees på som ulike nivåer i kommunikasjonen. Ved å ta barnets initiativ og ytringer på alvor, kan barnet og den voksne inngå i en dialog der man også kan utvide barnets forståelse. Dette kan gjøres på ulike måter som f.eks. tegne, dramatisere eller eksternalisere i narrativer. Det er en utfordring å føre en dialog om ulike spørsmål rundt grensesetting og anerkjenne barnets opplevelse og stemme samtidig.

For at en samtale med barn eller unge skal være god, utviklende og regulerende er det viktig at den voksne er lydhør for barnets livsverden og erfaringer, og gir den unge mulighet til å gi dette et uttrykk. Man kan være oppmerksom på noen sider ved samtalen, og den må tilpasses den enkelte unges språknivå og erfaringsverden.

For å arbeide systemisk med pasienten kan man stille reflekterende og sirkulære spørsmål, og gjøre pasienten mer bevisst og reflektert på hva som skjer i relasjoner med de nærmeste i systemet (Jensen og Ulleberg, 2011).

2.5 Sirkularitet

Innen studiet «familieterapi og systemisk praksis» er sirkularitet et viktig begrep. Jeg vil bruke dette videre i oppgaven for å diskutere hvordan man kan forstå handlinger i relasjoner. I mitt prosjekt vil det blant annet gjelde relasjonen mellom familiemedlemmer og relasjonen mellom foreldre/pasienten og terapeuten.

Vi ser etter egenskapen hos den enkelte og dette kan fort bli en forklaringsramme for det som skjer, og av og til også for problemer som oppstår. Dette er en vanlig måte hos mange å forstå problemer på. Den lineære forståelsesmodellen er spesielt vanlig og svært nyttig innenfor naturvitenskapen, der man f eks søker å finne årsaken til en sykdom for å kunne helbrede den. Denne tradisjonen på å forstå og løse problemer er også blitt overført til andre områder blant oss mennesker. Et samspill mellom to mennesker blir f eks ofte beskrevet slik at det ene er årsaken til det andre. Den systemiske tradisjonen legger vekt på at samspill må forstås sirkulært. Sirkulære beskrivelser er mest brukbart som forståelsesrammer i den levende verden og i kommunikasjon mellom mennesker. Et samspill mellom to mennesker henger sammen, men ikke slik at den ene budskapet er årsaken til det andre. Begge parter deltar i samspillet med bidrag og ansvar. Relasjonen til den vi møter, konteksten vi befinner oss i og våre forforståelser er med på å styre hvordan vi er og blir oppfattet i de ulike situasjonene. Dette vil igjen være med å påvirke hvilke sider av seg selv den andre vil vise i situasjonen. Slik kan man si at samspillet er sirkulært.

2.6 Forandring

Anoreksi betraktes som en alvorlig sykdom. For å kunne bli fri fra spiseforstyrrelsen hevdes det at det kreves en viss form for forandring. Jeg presenterer derfor her måter å forstå forandring på.

Bateson kaller informasjon «en forskjell som gjør en forskjell» (Bateson, 2005:445). Det kan forstås slik at da mener han ikke bare informasjon, slik vi i dagligtalen tenker begrepet. Han mener alt vi klarer å sanse og registrere rundt. Dette kan for eksempel være å se ulikheten mellom to farger. Han mener at dersom vi skal se denne ulikheten, må det være en forskjell mellom dem som gjør en forskjell for oss, slik at vi kan registrere det. Når ny informasjon blir gitt, kan også endring skje.

Watzlawick skriver om to typer forandring; førsteordens og andreordens forandring. (Watzlawick et al, 1980). Første ordens forandring er den type forandring som kan finne sted innenfor den selvforståelsen og virkelighetsoppfattelsen pasienten og familien allerede har. Men noen ganger må man finne frem til nye forståelser som tilbyr nye rammer for å løse problemet (Jensen og Ulleberg, 2011). Jeg forstår det slik at det handler om at man må endre sine forestillinger, og lære seg å utforske nye måter å løse oppgaver på. Med et utvidet perspektiv på sin virkelighet, kan forandring i annen orden skje.

2.7 Makt

Ulleberg og Jensen (2011) skriver om makt i møte mellom hjelpeapparatet og pasient/ familie. Da mitt prosjekt omhandler møte mellom terapeut og foreldre, er dette aktuell teori for å kunne drøfte min problemstilling. Jeg vil nedenfor redegjøre for deres argumentasjon knyttet til maktbegrepet.

Det henvises til Michel Foucault og hans problematisering av forholdet mellom kunnskap og makt. Makt viser seg i relasjoner og må studeres i forhold til hvordan den kommer til uttrykk i praksis. Makten har mange ansikter og har gått fra åpne og direkte til mer indirekte former. De indirekte formene for makt kan virke tilslørende for både profesjonsutøveren og pasienten. Foreldre kan være redd for at klaging kan gå utover behandlingstilbudet ungdommen. Kritikkk og konflikter kan ramme den svakeste, den syke. Hva gjør dette med kommunikasjonen mellom profesjonsutøveren og brukere? Pasienter kan være i en svakere posisjon ved at de er unge og syke, og de er avhengige av den relasjonen de får til profesjonsutøveren. Det kan dreie seg om å vise tillit fra en posisjon som kan bære preget av både avmakt og manglende kunnskap.

Gjennom sine faglige kunnskaper og sitt profesjonelle språk kan profesjonsutøveren også utøve definisjonsmakt både i forhold til hvilke rammer man forstår problemer innenfor og i forhold til hvilke løsningstiltak eller endringsforslag som er gyldige eller riktige. Med definisjonsmakt mener vi en makt til å definere og beskrive virkeligheten altså en makt til å få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten. Hvis man er avhengig av profesjonsutøveren kan hun få makt til å tolke og definere problemene, kle det i et profesjonelt språk og foreslå mål for endring. Det er en stor utfordring å være bevisst på denne makten og lytte til brukerens versjon av virkeligheten, særlig hvis den avviker fra den allmenne oppfattingen eller den konkrete profesjonsutøvers virkelighetsforståelse.

Profesjonsutøveren innehar altså spesielle faglige kunnskaper og et rikt utviklet språk. Disse kunnskapene kan brukes til å skape tillit hos brukeren, men det er også et element i en definisjonsmakt når det gjelder å forstå problemer og finne løsninger. Klienter pasienter og elever kan føle seg overkjørt og hjelpeløse, og oppleve at deres erfaringer ikke blir lyttet til. En del av profesjonaliteten må være å vedkjenne seg maktforholdet i relasjonene til pasienten og familien, og tydeliggjøre og vedkjenne seg maktforholdet med de begrensninger og utfordringer det kan bringe med seg. Profesjonsutøveren må utvikle tillit og ansvar i forhold til pasienten og familien, altså en relasjon preget av tillit samtidig som de er klare på hvilket ansvar de er tildelt fra samfunnet. De må rettferdiggjøre det de gjør og gi gode grunner for handlinger. Eisler (2005) skriver også at det å være behandler og bli sett på som ekspert av familien kan skape problemer med hensyn til makt og kontroll i den terapeutiske relasjonen. Dette kan føles undergravende for familien og skape en følelse av avhengighet til den profesjonelle. Det er derfor viktig for terapeuten å være bevisst dette.

2.8 Hva er spiseforstyrrelse?

Jeg har valgt å ta med flere forståelser for å gi flere «kart» til å forstå «terrenget» med. Men først vil jeg si litt om hvordan spiseforstyrrelse beskrives ut fra en diagnostisk ramme og om sykdommens forekomst og alvorlighetsgrad.

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 (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 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 (Skårderud, 2007). 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 og er vår mest dødelige psykiatriske lidelse. 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 kommer til behandling (Sosial- og helsedirektoratet utredningsserie 7:2000).

2.9 Forståelse av 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. Det er forsket svært mye på anoreksi som fenomen. Det er imidlertid ikke fremkommet noe *entydig* årsaksgrunnlag. Connon og Stanley presenterte i 2003 at biologiske faktorer kan være med å bidra til utvikling av anoreksi (Eisler, 2005), men det er en økende forståelse for

kompleksiteten i årsaksforholdene. Det har gjort det hensiktsmessig å flytte fokuset fra direkte årsak til sårbarhetsfaktorer.

2.9.1 Kultur

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).

2.9.2 Personlig sårbarhet og familiære forhold

Familiekonstellasjonen var i mange år fokuset for tilnærming til spiseforstyrrelser. Salvador Minuchin har vært og er fortsatt sentral i denne forståelsen. Han bruker uttrykket «den anorektiske familie» eller «psykosomatic families». Disse familiene er ifølge ham preget av utydelige grenser mellom generasjonene. De var preget av overinvolverte, men samtidig utydelige foreldre - da helst mødre. Foreldrene ble beskrevet som å ha en adferd preget av konfliktunngåelse. Denne forståelsen bidro til at mange foreldre, særlig mødre følte at de var skyldige i at deres datter fikk anoreksi (Johnsen mfl., 2008:153). Eisler (2005) skriver i sin artikkel at behandling som baserer seg på årsaksforklaringer, retter seg ofte til en tanke om at faktorer som ledet til utviklingen av lidelsen fortsatt opererer, og effekten av disse opprettholder problemet. Dette i stedet for å tenke at faktorene forandrer seg rundt problemet over tid, og danner nye mønstre enn de som fantes før lidelsen utviklet seg (Eisler, 2005).

I utredningsserien 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). De 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 ”Psykiske 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 tilla 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.

2.9.3 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 (2009). 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 selvbylde. Utfordringene i denne lidelsen er at symptomene kan starte som kommunikasjon, men utvikles til pasientens hovedidentitet (Røer, 2009).

2.9.4 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 selvbylde. 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.

2.9.5 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.

2.9.6 Overgangsfaser

Gjerde og Hjermann 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 Hjermann 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).

2.9.7 Krise

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

I Astri 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 (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 Rør 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 seks måneder (Rør, 2006).

2.10 Om å styrke foreldrerollen

Jeg ønsker her å presentere et kvalitativt forskningsstudie som utforsker hvilke grunnleggende prinsipper innen familieterapi for ungdom med anoreksi som er ansett som mest effektive i klinisk praksis. Studiet er gjennomført av Gina Dimitropoulos ved universitetet i Toronto i samarbeid med Freeman, Lock og Le Grange, og er presentert i en artikkel (Dimitropoulos, Freeman, Lock, Le Grange, 2015).

Det er 5 prinsipper som anses for å forme familie basert behandling av spiseforstyrrelser:

- Terapeuten utforsker hva sykdommen handler om,
- Terapeuten skal ikke opptre som autoritær,
- Terapeuten har et innledende fokus på spiseforstyrrelsessymptomer,
- Terapeuten har fokus på å styrke foreldrerollen,
- Terapeuten har fokus på eksterne faktorer av sykdommen.

I denne artikkel fremkommer det at å styrke foreldrerollen er et av de mest fremtredende prinsippene innen familieterapi, og er identifisert som essensielt for at ungdom med anoreksi skal bli friske. Jeg vil kort oppsummere artikkelen nedenfor:

Foreldrene er den primære kilden til motivering og veiledning når det gjelder å bli fri fra spiseforstyrrelsesatferd. Eldre ungdom responderer bedre på individualterapi.

Ungdom med komorbide tilstander responderer også bedre på individualterapi.

De som går raskt opp i vekt i tidlig fase, har bedre prognoser enn de som bruker lang tid på å gå opp i vekt. Foreldre er de primære agentene for forandring hos deres barn.

Det er viktig at foreldrene blir styrket til å kunne ha en autoritativ rolle i forhold til å forberede måltider og å veilede ungdommen under måltider. I den fasen hvor ungdommen skal begynne å ta over noe av dette ansvaret selv, er det viktig at foreldrene ikke gir fra seg denne rollen for tidlig.

Det kan synes som vanskeligere å styrke foreldrerollen i familiebasert behandling hos foreldre som er deprimerte eller har en psykisk lidelse. Men dette gjelder også foreldre som har vanskeligheter med å takle stress eller som er utbrente.

Foreldre som ikke klarte å takle at barnet har det vanskelig, kan være med på å støtte spiseforstyrrelsen fremfor å hjelpe barnet ut av den. Dette var det denne undersøkelsen viste, men det finnes ingen empiri som støtter dette fra tidligere.

Like vanskelig som sykdommen selv, er å endre organisering og struktur innad i familien.

Dette kan gjøre at det å starte med endringer innad i familier ikke er hensiktsmessig for tilfriskning før det har gått en tid. Dette er det ikke forsket på tidligere.

I rapporten presenterer også Dimitropoulos hvordan informantene i studiet mente terapeuter arbeidet for å styrke foreldrerollen. Blant annet var det viktig med informasjon og eksterialisering av problemet overfor foreldrene, spesielt for å øke forståelsen over hvor alvorlig sykdommen hos deres barn er. Det vil styrke foreldrerollen når terapeuten er tydelig på at foreldrene har et ansvar for en alvorlig sykdom.

Dimitropoulos viser til Darcy m fl. (2013) når hun skriver om at det er avgjørende for terapeuter å fokusere på hvordan de kan bidra til å styrke foreldrerollen, spesielt i den første fasen av behandlingen. Særlig fordi tidligere studier viser at pasienter som legger raskt på seg i første del av behandlingen, viser seg å ha bedre prognoser (Dimitropoulos, Freeman, Lock, Le Grange, 2015).

2.11 Om familieterapeutiske tradisjoner knyttet til behandling av anoreksi

Denne artikkelen har jeg vurdert som et godt redskap i å kunne drøfte min problemstilling vedrørende foreldrenes delaktighet. Som nevnt i innledningen er Eisler i sin artikkel (2005) opptatt av at forklaringsmodeller for en spesifikk lidelse, ofte blir et paradigme for en spesiell tilnærming til psykoterapi. Innen familieterapi har dette blant annet kommet frem gjennom Bateson's «double-bind» teori knyttet til schizofreni. Et annet er Minuchin's konsept i forhold til begrepet «psychosomatic families» på 1970- tallet, som har hatt en stor innvirkning på behandling av anoreksi, og som også har spilt en viktig rolle i utviklingen av familieterapi.

Eisler (2005) problematiserer dette med at selv om vi har gode modeller for å behandle en tilstand, så forteller ikke dette nødvendigvis hvordan problemet har oppstått.

Minuchin og hans kolleger ved Philadelphia Child Guidance Clinic presenterte de første funn fra forskningsstudier knyttet til egen praksis i 1975. De mest klare funnene her dreide seg nettopp om behandling av ungdom med anoreksi. Funnene baserer seg på at ungdom med anoreksi gjør det veldig bra innen familierapi, ofte uten innleggelse. Det har etter dette kommet en rekke andre studier som bekrefter disse funnene, riktig nok med noen innvendinger. Tre hoved innvendinger er:

- Studiene er små og har metodiske begrensninger
- Det har vært veldig lite forskning som sammenligner familierapi med annen behandling, som f.eks. individualterapi.
- De fleste funnene er knyttet til den delen av familierapi som er strukturell. Med annen type familierapi er det få systematiske evalueringer (bortsett fra Stelen og Klebers oppfølgingsstudier av Milano metoden i 1987), og det er ingen direkte sammenheng mellom de ulike tilnærmingene

Eisler (2005) understreker likevel at alt i alt er det uansett noe man kan si sikkert; at familierapi spiller en vesentlig rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi.

Familierapeutisk behandling av spiseforstyrrelser retter seg mot familien som system. Tidligere var man opptatt av å lete etter feilen i disse familiene, men i nyere tid har de fleste familierapeuter mer fokus på å finne ut hvordan familien kan være med å hjelpe ungdommen til å bli bedre. Det å forstå hvordan familier reorganiserer seg rundt et problem er mye viktigere enn å forstå hvordan sykdommen oppsto. Dette fordi måten familien fungerer her og nå kan ha blitt en del av det som opprettholder problemet. Og det kan også begrense familiens evne til å bruke sine adaptive mekanismer til å bekjempe problemet (Eisler, 2005). Uansett hvordan familien fungerte før spiseforstyrrelsen oppsto, så har spiseforstyrrelsen stor innvirkning på familien som system. Over tid dominerer problemene rundt måltider alle aspekter i familielivet, alle relasjoner i og utenfor familien og alle rutiner i familien. Hvilke måter familien blir påvirket av spiseforstyrrelsen på, er avhengig av hvordan familien er organisert, hva slags stil den enkelte familie har og hvilken fase familien befinner seg i livet (Eisler, 2005). Dette betyr at det dysfunksjonelle man kan se i en familie, ikke nødvendigvis

var der før spiseforstyrrelsen oppsto. Det kan tvert om være et resultat av spiseforstyrrelsen (Ibid).

Eisler (2005) understreker likevel at dette ikke utelukker at det er mange studier som knytter spesielle faktorer i en familie til spiseforstyrrelser, men en eller to faktorer forklarer ikke nødvendigvis hvorfor anoreksi utvikles i disse familiene. Det er derfor nødvendig å se på hvordan flere faktorer innen familien påvirker hverandre.

Det anbefales at foreldre, og også andre familiemedlemmer, deltar helt eller delvis i behandlingen av ungdom med anoreksi. Dette er ikke fordi familiemedlemmene ses som kilden til at problemet har oppstått, men fordi de er nødvendige for å kunne hjelpe den syke til å bli bedre (Eisler, 2005).

2.12 Individualterapi

Min oppgave har fokus på individualterapi. Dette punktet blir derfor viktig å ha med i videre i diskusjonen av problemstillingen og mine funn.

Generelt kan man si at individualterapi er en type samtaleterapi som foregår mellom to mennesker, én terapeut og én klient/pasient. Individualterapi er en av de vanligste formene for samtaleterapi, som anvendes for å imøtegå de fleste enkeltpersoners behov for profesjonell psykologisk støtte, veiledning og behandling (Berge, 2008).

Når det er hensiktsmessig, kan en person som går i individualterapi noen ganger inkludere for eksempel en partner, et barn eller et familiemedlem i samtaler. Individualterapi er en behandlingsform som egner seg for en rekke forskjellige psykiske og psykososiale problemer, vansker og lidelser (Berge, 2008).

Det er veldig mange måter å tilnærme seg en pasient på under individualterapi. Forskjellen på de ulike retningene dreier seg om hva terapeuten fokuserer på i samtalen. Vanlige retninger er f.eks. *kognitiv terapi* og *psykodynamisk psykoterapi*. I kognitiv terapi fokuserer terapeuten ofte på mestring av tanker og følelser, og har hovedfokus her og nå og fremover i tid. Terapien bygger på at mennesket handler ut fra hvordan de tenker. Psykiske problemer blir ansett å skyldes at individet gjennom uheldige opplevelser og påvirkninger har lagt seg til grunnleggende feilaktige antagelser om seg selv og om verden, såkalte automatiske tanker (Berge, 2008). Ved klassisk psykoanalyse møtes terapeut og klient flere timer i uken i opptil flere år (Kennair, 2014). I andre terapi former som kognitiv terapi, inngår man gjerne en

avtale om totalt timeantall (Berge, 2008). Systemisk tilnærming er også en retning som kan brukes i samtaler en til en, der terapeuten er opptatt av relasjoner og systemet individet befinner seg i her og nå (Jensen og Ulleberg, 2011). Hovedforskjellen mellom familierapi og individualterapi er kort sagt at individualterapi fokuserer på en til en samtaler, mens familierapi dreier seg om familien som system.

2.12.1 Foreldreinvolvering i individualterapi

For å få et innblikk i hvordan man tenker foreldre spiller en rolle i behandlingen, til tross for at terapeuten har fokus på individualterapi, har jeg her valgt å se nærmere på hvordan foreldreinvolvering blir omtalt i teori som omhandler kognitiv atferdsterapi rettet mot barn og ungdom. Jeg har valgt dette fordi dette også er en anerkjent behandlingsmetode knyttet til spiseforstyrrelser. Det som presenteres her har fokus primært på angstbehandling, men henvender seg også til psykiske lidelser generelt.

Også innen kognitiv atferdsterapi tenker man at det er en god grunn til å involvere foreldrene i barnets/ ungdommens behandling, da foreldrene og familien i enkelte tilfeller kan spille en rolle i selve problemet som barnet er henvist for. Foreldrene kan uten å være seg det bevisst spille en rolle i utviklingen, utløsningen og opprettholdelsen av barnets problem (Suveg et al., 2006). Det kan tenkes at terapeuten har mulighet til å ta mer direkte tak i disse faktorene som forårsaker og vedlikeholder barnets vansker og arbeide for å endre dem, dersom foreldrene er involvert i barnets behandling. Foreldrene kan også i enkelte tilfeller motarbeide behandlingen som blir gitt. Det antas at det er enklere å sikre seg foreldrenes samarbeid dersom de er involvert i terapien (Suveg et al., 2006).

Dowell og Ogles (2010) har publisert en metaanalyse med fokus på for hvem og under hvilke betingelser det er gunstig at foreldrene er involvert i barnets behandling. De så på studier som har sammenlignet kombinerte behandlinger, som går ut på at både foreldrene og barnet er involvert i behandlingen, med individualbehandling av barnet. Ifølge dem tyder resultatene på at det er en moderat forbedring ($d = 0.27$) i behandlingsutfall forbundet med at foreldrene involveres i barnets behandling sammenlignet med ren individualterapeutisk behandling av barnet. Dette kan sies å tyde på at utfallet av barnets behandling blir bedre når foreldrene er involvert. Dowell og Ogles (2010) analyse viser også resultater som tyder på at verken

barnets alder eller type psykiske lidelse har modererende betydning for effekten av foreldreinvolvering.

Kendall (2006) skiller mellom tre roller foreldre kan ha i barnets behandling innen kognitiv atferdsterapi. 1) Foreldrene har en rolle hvor de gir terapeuten informasjon om forskjellige sider ved barnets problem. Det er de som henviser barnet og kjenner barnet best. 2) De har en rolle der de assisterer terapeuten i gjennomføringen av behandlingselementene. De er terapeutens forlengede arm, og har en medvirkning knyttet til behandlingen utenfor terapirommet/ hjemme. 3) Foreldrene har en rolle der de har en vedlikeholdende funksjon i forhold til barnets vansker. De er opplyst om hva pasienten må øve på og hvilke metoder man kan benytte seg av for å hjelpe seg selv, som har vært en del av barnets/ ungdommens individuelle samtaler med terapeuten.

2.13 Anerkjennelse

Foreldrene i studiet mitt beskriver delaktighet, og følelsene av denne, som noe som kan assosieres med anerkjennelse. Dette er noe jeg kommer inn på i drøftingskapittelet. Teori knyttet til anerkjennelse presenteres derfor her.

Laila Granli Aamodt, klinisk sosionom og fagbokforfatter har vært opptatt av anerkjennelse. Hun sier at anerkjennelse handler om gjensidighet og respekt i relasjonen. Forutsetningen for en bærende profesjonell relasjon er at partene anerkjenner hverandre som mennesker, med andre ord som likeverdige subjekter. Dette forhindrer ikke at partene er seg bevisst forskjelligheten (Aamodt, 1997). Relasjonen mellom terapeut og familie er en asymmetrisk relasjon som preges av at den ene har et problem som den andre har en etterspurt kompetanse i forhold til (Thornquist, 1994). Aamodt er opptatt av at relasjonen mellom hjelper og klient ikke skal bære preg av at hjelperen har en ekspertrolle ovenfor klienten. Hun er opptatt av hvordan begge parter sammen har konstruert ”det skapende i relasjonen”.

Aamodt fremhever videre *ektheten* mellom partene som et bærende element. Hun viser videre til betydningen av samspill. Det å være *tilstede* hos den andre vil si: lytte, ha respekt for den andre som unik, og å vise at man bryr seg. Bruk av tid er sentral, og at det skjer et ”møte” mellom personene (Ibid).

3.0 Metodologisk forankring og forskningsdesign.

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

3.1 Kvalitativ metode

Jeg vil i dette prosjektet bruke kvalitativ forskningsmetode ut fra en ide om at den er mest hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Kvalitativ metode egner seg godt til å beskrive og å forstå sosiale fenomen. Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst.

Metoden er valgt for å få frem informantenes forståelse og opplevelse av egen rolle i møte med terapeuter. Kunnskapsutviklingen i kvalitativ forskning kan aldri bli fullstendig. Metoden søker å beskrive den meningen og erfaringen som mennesker tillegger sin verden. Materialet i kvalitativ forskning består av tekst som skal analyseres og fortolkes. Kvalitativ metode kan beskrive mangfold og nyanser i teksten. Slik vil metoden bidra til å beskrive variasjonene i informantenes opplevelse og følelser knyttet til problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2009).

I min oppgave har jeg intervjuet en av foreldrene i familier der en ungdom har vært til individuell behandling. Jeg ønsker å få fars eller mors opplevelse av behandlingsforløpet.

3.2 Fenomenologi

Fenomenologisk tilnærming baserer seg på menneskers *opplevelse* av sin verden (Langdridge 2006:269). Betegnelsen kommer fra det greske *phainomenon*, fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne, og *logos*; lære (Thommasen, 2006). Edmund Husserl (1859-1938) er et sentralt navn bak fenomenologisk filosofi. Husserl sier at vår bevissthet alltid *er* om noe. Bevissthetens intensjonalitet er et begrep i denne sammenheng. Med dette mener han at

bevisstheten alltid er innrettet mot noe utenfor seg selv. Dersom jeg hører eller ser noe, er det *jeg* som hører, og dette *noe* som jeg hører ligger utenfor meg. Fokus i fenomenologien er på det som skjer mellom mennesker, og mellom mennesker og verden. I dette som ligger mellom oss, ligger muligheten til ulik forståelse eller oppfatning (Ibid). Vår bevissthet er i samhandling med verden. Dette står i motsetning til oppfatninger om at kognisjon er noe som kun foregår inni hodet. Fenomenologien er opptatt av hva vi som mennesker har *tilgang til* av opplevelse. Den er ikke opptatt av om det finnes opplevelse utenfor vår bevissthet eller ikke. Det er det *delte* offentlige rom av opplevelse. Eksempler på slike opplevelser kan være, sorg, frykt og sykdom (Langdridge, 2006).

Epoche er et fenomenologisk begrep som beskriver prosessen vi gjennomgår for å fristille oss fra tidligere ideer og holdninger til det jeg vil undersøke (Langdridge, 2006:272).

Fenomenologien søker å beskrive menneskers *opplevelse* av fenomenet. Innenfor fenomenologiske metoder er det et mål ikke å la seg påvirke av sin forforståelse. Det er et mål å forsøke å frigjøre seg fra denne. Det er nødvendig å være tvilende til sine forhåndsantagelser eller den naturlige hverdagskunnskapen (Langdridge, 2006). Likevel hevder noen fenomenologer at dette er umulig. Det hevdes at vår forforståelse alltid vil være med oss. Fenomenologi er den analysemetoden som ble valgt fordi opplevelser av egen rolle i behandling er et resultat av noe som opptrer mellom mennesker. Det er informantens opplevelser som er interessant i denne sammenheng. Jeg var også opptatt av informantenes forforståelse av anoreksi og om dette eventuelt påvirket deres tanker om egen rolle.

3.3 Hermeneutikk

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

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

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

3.4 Etske betraktninger

Forskningsetikk har viktige prinsipper som skal regulere forskningsadferd (Kvale og Brinkmann, 2009). Det er av betydning å gjøre etiske vurderinger og ikke ta noe for gitt når det gjelder å forstå andre mennesker og deres arbeid. Hensikten er å øke forskerens refleksjon knyttet til blant annet effekter av det man gjør. Ved forskning på mennesker er det spesielt tre etiske hensyn som det er viktig å ha klart for seg: det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det informerte samtykke innebærer at intervjupersonene er informert om oppgavens overordnede mål før de skriver under. Dette prinsippet ble ivaretatt ved å lage en skriftlig informasjon der hovedtrekkene er nedfelt. De ble informert om at de hele tiden underveis har mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn for dette.

Det er i et slikt prosjekt viktig å sørge for konfidensialitet, det vil si sørge for at intervjupersonene er sikret anonymitet. Det er viktig å tenke gjennom konsekvenser for intervjupersonene. Informanter skal uttale seg om andres smerter og følelsesmessige opplevelse. Dette kan for informantene by på følelser av å ha tolket feil, eller gjøre noen urett ved ikke å gjengi ting korrekt. Som forsker gjør man valg basert på egen forforståelse og egne vurderinger. Forskeren har mulighet til å trekke ut det som oppleves vesentlig og det som det ønskes fokus på. Egne punktueringer blir det som fremkommer som funn. Informantene vil kanskje ikke være enige i de ulike tolkninger av det som ble sagt. Det er objektivt til det informanten forteller. Det er viktig at forskeren kjenner ansvar for å gjengi informantens uttalelser så korrekt som mulig (Kvale og Brinkmann, 2009).

Innledningsvis i oppgaven nevnte jeg også noe om hvordan min posisjonering som forsker kan farge informantenes besvarelser. Her vil det være nyttig å søke en ikke vitende holdning både under intervjuene og under bearbeiding av materialet (Anderson, 2003).

Intervjuguide (vedlegg 2), og invitasjonsbrev til informantene (vedlegg 1) ble på forhånd sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for godkjenning.

3.5 Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet

Troverdighet er å stille spørsmål om prosjektets gyldighet. Det innebærer at jeg gjør meg noen kritiske refleksjoner rundt arbeidet, spesielt om funnene er troverdige. Ordet troverdighet betyr sannhet, gyldighet og styrke (Kruse i Breilid, 2007). Dette reiser spørsmålet om hvorvidt mine resultater er gyldige (Kvale, 1997). Overførbarhet handler om hvorvidt mine resultater kan overføres til andre enn det utvalget jeg hadde (Malterud, 2003). Det er ønskelig innenfor fenomenologisk tilnærming at deltagerne er så ulike som mulig. Dette gjelder med hensyn til kjønn, alder, sivilstatus og etnisitet (Langdridge, 2006:274). Jeg valgte å være åpen for både menn og kvinner i mitt prosjekt, og endte opp med å få 3 kvinner og 1 mann som informanter. Jeg kunne ha vært mer bestemt på å rekruttere 2 informanter av hvert kjønn, men syntes det i utgangspunktet var vanskelig i det hele tatt å få tak i noen som ønsket å delta. Derfor endte jeg opp med bare en mann. En av informantene presenterte seg som single, en var gift og to var samboere.

Gjennom kvalitativ metode mener jeg at jeg har fått svar på informantenes egne erfaringer og oppfattelse av de temaer det blir snakket om. Likevel ser jeg i ettertid at jeg kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål som hadde gitt mer utdypende svar. Jeg kunne også vært langt mer styrende i intervjusituasjonen.

Informantene jeg har vært i kontakt med er mennesker som hadde «mye på hjertet», og mange hadde kanskje ikke fått mulighet til å fortelle sine historier tidligere. Jeg kunne vært langt mer styrende, men ville da mest sannsynlig gått glipp av det personlige i historiene. Noen av informantene har hatt år i livet sitt som de opplever som bare «borte», der anoreksien har styrt alle i familien og overskygget alt annet. Jeg møtte mye bitterhet og sårbarhet, og opplevde at disse menneskene hadde behov for, og fortjente, å bli møtt med verdighet, anerkjennelse og respekt for sin historie, sin virkelighet. Dersom jeg hadde gått inn i intervjusituasjonen som mer styrende, ville det kanskje ha føltes krenkende og distraherende. Likevel kunne jeg kanskje ha fått andre svar. Kvale hevder at moderne forskningsintervju ofte er for lange og

fylt med tomprat (Kvale, 1997). Hvis man vet hva man skal spørre om, hvorfor man spør og hvordan, så kan man foreta korte intervjuer som likevel er innholdsrike. Kanskje kan deler av de intervjuene som ble foretatt betegnes som tomprat, men likevel er det personlige historier om møtet med hjelpepapprtet. Og informantene har fått muligheten til å poengtere det de selv mener har vært viktig å få frem i denne sammenheng.

I invitasjonsbrevene (vedlegg 1) legger jeg allerede noen føringer for samtalene. Ved å opplyse hva jeg studerer og hva som er målet for prosjektet, skapes det forventninger hos informantene som igjen er med på forme historiene og svarene jeg får.

Jeg transkriberte alle intervjuene selv for å være sikker på at jeg gjenga svarene slik informantene hadde uttrykt seg. Jeg er klar over at min egen forforståelse av temaet bidrar til at informantene svarte slik de gjorde. Dette er fordi intervjuguiden blir utformet på bakgrunn av min egen forforståelse. Pålitelighet skal sikre undersøkelsens troverdighet (Breili, 2007). Det å ha fremskaffet pålitelig data i et kvalitativt forskningsprosjekt er viktig. Dette er forsøkt gjort ved å vise hvordan metoden er fulgt trinn for trinn.

3.6 Gjennomføring av intervju

Jeg har valgt å intervju fire foreldre, en far og tre mødre. De er alle fra fire forskjellige familier bosatt i Sør-Norge. Jeg sendte først en mail til tre ulike ledere ved behandlingssteder i Sør-Norge med spørsmål om de kunne hjelpe meg med å sende ut brev til aktuelle informanter. En av disse lederne virket positive og villig til å hjelpe, men det endte med at jeg ikke hørte noe mer fra henne. I henhold til problemstillingen var jeg opptatt av å finne informanter som hadde hatt ungdom i individualbehandling der foreldrene ikke nødvendigvis er inkludert. Siden tilleggsspørsmålene i problemstillingen dreier seg om delaktighet i behandlingen og foreldrenes forhold til dette, kan det være mulig at det ble uklart for de inviterte hva disse spørsmålene handlet om. Foreldre kan ha ulik forforståelse av hvordan behandlingen bør foregå, og noen ønsket kanskje ikke å bidra til behandlingen. I invitasjonene ble foreldrene presentert for problemstillingen og hva tilleggsspørsmålene dreide seg om, samt kort om bakgrunnen for prosjektet (vedlegg 1). Etter en lang prosess endte jeg opp med å ta kontakt med en brukerorganisasjon som hjalp meg med å finne informanter. Jeg fikk da raskt kontakt med de fire foreldrene som er med i prosjektet. Det kan ikke utelukkes at foreldrene som ønsket å bli intervjuet, var nettopp de som hadde en forforståelse om at de skulle delta mer i behandlingen av sitt barn, og dermed følte de hadde noe å bidra med i mitt

prosjekt etter å ha blitt presentert for problemstillingen. Dersom jeg ikke hadde nevnt delaktighet i brevene, ville jeg kanskje endt opp med et annet utvalg. Disse refleksjonene er sentrale i forhold til å sette oppgavens analysedel i kontekst.

To av foreldrene ble intervjuet i deres hjem, da jeg ble invitert dit, og to ble intervjuet på to ulike kontorer som jeg fikk låne i denne anledningen. Alle de fire var omtrent på samme alder. Tre av dem hadde høyere utdanning, mens en hadde lavere utdanning.

Jeg har ikke personlig kjennskap til mine informanter. De kommer fra ulike steder i Norge og har ikke vært i kontakt med institusjonen jeg jobber ved.

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

Intervjuguiden (vedlegg 2) ble ikke sendt på forhånd, dette fordi det var ønskelig å få frem det intuitive, det som falt dem inn i øyeblikket. Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av teori og min erfaring med familier der en ungdom har anoreksi. Det ble gjort et prøveintervju på forhånd. Dette ga nyttig erfaring til de ”virkelige” intervjuene, og noen av spørsmålene i intervjuguiden ble endret etter prøveintervjuet.

Resultatet av analysen fremkom på bakgrunn av temaer jeg var opptatt av i intervjuguiden.

Temaene i intervjuguiden som det ble samtalt rundt, var følgende:

- Første kontakt med hjelpeapparatet.
- Begrepet delaktighet:
 - Hva betyr dette for informanten og hvordan opplevde vedkommende å være delaktig i behandlingen.
- Forforståelser:
 - Å ha en viktig, meningsfull rolle.
 - Forventninger til egen rolle.
- Informantenes råd til terapeuter.

Transkripsjon av intervjuet ble utført innen fire uker etter intervjuet ble gjennomført. Dette gjorde jeg for å være sikker på at jeg ikke glemte verdifull informasjon. Jeg tok alle intervjuene opp med diktafon. Under transkripsjonen ble alt skrevet ned både av det informantene sa, og også alle mine spørsmål og kommentarer. Transkripsjonen utgjorde dermed et tekstmateriale det kunne jobbes videre med.

I ettertid ser jeg at noen av svarene med fordel kunne blitt utdypet nærmere med oppfølgingsspørsmål.

Etter at intervjuet var gjennomført, hadde jeg også noen spørsmål om selve intervjuet. Dette for å forsikre meg om at informantene hadde fått fortalt det de ønsket skulle komme frem. Videre var jeg også opptatt av at de ikke skulle føle seg krenket eller presset til å fortelle sin personlige historie, spesielt siden det kom mange følelser frem under intervjuene

3.7 Analysemetode av data

Materialet som ble skapt i møte mellom forsker og informant er bearbeidet etter intervjuene. Det som kommer frem under intervjuene vil bli relatert til problemstillingen, der jeg er opptatt av delaktighet og foreldrenes forhold til dette i behandlingen.

Kvalitative data representerer store mengder informasjon. Tidlig i analysen tar vi stilling til hvilken deler av materialet vi konsentrerer oss om. Vi velger ut tekstelementer med potensiell kunnskapskraft. Å prioritere tekst som kan bidra til utvikling av ny kunnskap, er en viktig ferdighet i en kvalitativ studie (Malterud, 2013).

En analyse med tilstrekkelig åpent fokus vil ofte ikke sammenfalle med de spørsmålene vi hadde i intervjuguiden, men kan heller vise nye veier og ikke følge de sporene vi innledningsvis hadde gått opp (Ibid).

I resultatpresentasjonen skal forskeren sammenfatte og formidle de mønstrene som framkommer gjennom analyse gjennomført i et gitt perspektiv. Analyse innebærer abstraksjon og generalisering. Den enkelte deltakers historie og uttrykk er det som skal brukes for å vinne kunnskap som gjelder for flere (Ibid).

De fleste anbefalinger om analyse av kvalitativ data bygger på prinsipper om dekontekstualisering og rekontekstualisering. I rekontekstualisering skal vi sørge for at de svarene som vi har lest ut av det dekontekstualiserte materialet fortsatt stemmer overens med den sammenhengen der de ble hentet ut. Vi skal validere delene opp mot helheten.

Rekontekstualisering er derfor vårt viktigste tiltak for å forebygge reduksjonisme og bevare forbindelseslinjen til feltet og informantenes virkelighet (Ibid).

Analysemetoden systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud (2013).

Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes i møtet med data. Samtidig vet vi at dette egentlig er et uopnåelig mål. Vi påtar oss derfor å ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet, slik at vi mest mulig lojalt kan gjenfortelle deltakernes erfaringer og meningsinnhold uten å legge våre egne tolkninger som fasit (Ibid).

Giorgi (Malterud, 2013) beskriver en prosedyre der analysen gjennomføres i fire trinn.

- 1) Å få et helhetsinntrykk; Bli kjent med materialet. Finne foreløpige temaer som kan skimtes i teksten.
- 2) Å identifisere meningsdannende enheter; finne tekstenheter som sier noe om hver enkelt av de foreløpige temaene. Sortere disse enhetene under hvert tema.
- 3) Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, sammenfatte et kunstig sitat av tekstene som er funnet under hvert tema, som viser hvordan vi forstår de svarene vi har fått og den teksten vi har sortert.
- 4) Å sammenfatte betydningen av dette; jobbe videre med de kunstige sitatene og sette de sammen til analytisk tekst. Med dette menes en tekst som viser hvordan vi til sammen forstår de kunstige sitatene vi utarbeidet i tredje trinn.

Disse fire trinnene utgjør også hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering.

Jeg vil videre presentere min fremgangsmåte i analysearbeidet. I første trinn hadde jeg følgende 6 grupper, med påfølgende subgrupper:

1. Det første møtet med hjelpeapparatet.
 - savn etter annerkjennelse/bli hørt
2. Ansvarsrolle i behandlingen.
 - for mye ansvar
3. Hva er behandling/ terapi ?
 - hva er delaktighet?

- viktigheten av delaktighet
- 4. Oppfatninger av hva som er med på å skape og opprettholde anoreksi.
- 5. Oppfatninger av hva som skaper endring hos ungdom med anoreksi.
- 6. Opplevelse av følelser i møte med hjelpeapparatet.
 - følelsen av skyld
 - følelsen av avmakt
 - følelse av desperasjon

Jeg utarbeidet deretter kondensat (kunstig sitat) for teksten under hvert tema. I siste fase ble de foreløpige temaene kondensert til følgende 4 grupper:

- Å bli en annen enn jeg er.
- Lytt, ikke bare hør!
- Det handler om noe mer.
- Kunnskap gir mening/trygghet.

De kunstige sitatene ble deretter sammenfattet til en analytisk tekst, der essensen fra flere historier som jeg har funnet i analysen gjenfortelles (Maltertud, 2013). Jeg har valgt ut sitater som fungerer som typiske eksempler som utdyper det som den analytiske teksten forteller.

4.0 Presentasjon av resultat

Det følgende kapitlet handler om presentasjon av resultater fra undersøkelsen. Presentasjonen vil her forsøke å svare på oppgavens problemstilling som lyder:

Hvordan opplever foreldre sin rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi, når behandlingen først og fremst har fokus på individuelle intervensjoner?

Tilleggsspørsmålene i problemstillingen fokuserer på i hvilken grad foreldre opplever å være delaktige i behandlingen, hva de legger i ordet ”delaktig” og om det i hele tatt er viktig for foreldrene å være en deltagende aktør i behandlingen. Videre er jeg opptatt av hvordan foreldre tenker at terapeuter kan skape en kontekst der foreldre kan få en mer delaktig rolle.

Funnene presenteres ut fra hva foreldrene har svart, og ut fra hvordan jeg som intervjuer opplevde deres historier, dette både gjennom den digitale og den analoge dialogen som befant seg. For best mulig å kunne presentere deres historier i den kontekst de oppsto, vil det ikke tas med noe teori eller tidligere forskning i dette kapitlet, som også er i tråd med Malteruds metode (Malterud, 2013).

Før jeg går konkret inn på funnene og de temaene som jeg endte opp med i analysen, ønsker jeg å si noe om min opplevelse av hva som kom frem av historiene som ble fortalt, samt mine tanker og refleksjoner om funnene. Jeg opplevde foreldrene som slitne og bitre når de så tilbake på egne opplevelser i møtet med hjelpeapparatet. Likevel kunne de også fortelle at de var fornøyde med den delen av hjelpeapparatet der foreldrene kunne se tydelige resultater av behandlingen. De ga terapeutene sånn sett mye ros, men falt stadig tilbake til historier knyttet til de vonde og vanskelige opplevelsene i møtet med hjelpeapparatet. Derfor ble transkripsjonene sterkt farget av nettopp disse følelsene, og det var dette som ble mine funn ved bruk av metoden «systematisk tekstkondensering», modifisert av Malterud. Det ville vært interessant å se om en annen type analysemetode ville gitt meg andre funn. Det ville også vært interessant om en intervjuguide med andre spørsmål ville gitt meg andre historier.

4.1 Å bli en annen enn jeg er

I intervjuguiden var jeg ute etter å høre om foreldrenes opplevelser av egen rolle i behandlingen. Underveis i intervjuene dukket det opp mange følelser og sterke historier om det første møtet med hjelpeapparatet. Ikke minst handlet dette om kampen for å få hjelp til sitt barn, som innebar mange tøffe og vanskelige møter med diverse fagpersoner i 2.

linjetjenesten. Disse beskrivelsene kom frem når vi kom inn på foreldrenes opplevelse av delaktighet i behandlingen. Alle informantene beskriver denne kampen som noe som fikk dem til å føle seg som en annen enn de er for å få hjelp. En informant forteller at han måtte «bli gal» for å bli hørt.

(B35) til syvende og sist så måtte jeg bli så gæern.... at jeg måtte gå opp på det BUP-kontoret... nå er det sånn at jeg går inn den døren her, så kan dere ringe politiet, hvis dere skal ha meg ut igjen.

(B37) eh, liksom... jeg går ikke ut herifra før vi har et eller annet vedtak eller en eller annen avgjørelse på en konkret handling for å få X til å bli bedre. For her var det samtaler i månedsvis uten noen positiv retning. Og, og det, da funket jo det. Men jeg syntes jo, det slet jeg med lenge etterpå at man har nødt til å gå til... sånne drastiske verk da for å i hele tatt få bevegelse i det greiene.

Informanten forteller at datteren da fikk et tilbud på en akutt ungdomspsykiatrisk avdeling der han opplevde at de hadde liten kunnskap om spiseforstyrrelser. Han opplevde heller ikke at datteren trivdes der, da dette var en lukket avdeling med mange strenge regler, som gjorde det vanskeligere for datteren å ta imot behandling. Informanten forteller derfor senere i intervjuet at han igjen måtte spille rollen som gal for å bli hørt.

(B45) nok en gang måtte jeg tre inn som en gærning

(B141) men fra å være den mannen med den rette ryggen så, også følte du deg rett og slett som en sånn halvgrisete, sånn type som hadde forsømt, du følte deg rett og slett hjelpeløs og kav råtten

Informanten forteller at han følte seg som en dårlig far og at han opplevde dette som en krenkelse. Fra å være en mann med rak rygg, følte han at han ble sett på som liten og ressurssvak. Ikke minst hadde han en opplevelse av at han var skyldig i sin datters sykdom, at det var han som hadde forsømt henne. Informanten opplevde at han måtte spille rollen som gal for å få hjelp, og ser tilbake på dette som surrealistisk. Han beskriver det første møtet med hjelpeapparatet som vanskelig og med mange utfordringer som foreldre. Det var mange opplevelser som førte til at han måtte innta rollen som gal, og true med å forskanse seg inne på poliklinikken. Dette indikerer en historie av håpløshet som har utviklet seg og bygget seg

opp over flere måneder. Som et resultat av en lang periode med fortvilelse, der en far ikke ser noen bedringsprosesser hos sin datter, går han til det steget å gjøre noe han selv ser på som surrealistisk og som egentlig ikke er en del av den personen han føler han er. Det kommer tydelig frem at han mener at disse to situasjonene hvor dette ble fremtredende, var et resultat av hvordan han ble møtt av behandlere og terapeuter.

En annen informant beskriver at hun ble så redd, og dermed hysterisk, og at dette var hovedgrunnen til at hun handlet som hun gjorde. Hun følte at det var den eneste måten hun kunne få hjelp til sin datter.

(C92) Mor: Vi kom til BUP, men vi fikk ikke kostplan fra dem fordi hun ikke veide under så og så mye. Og da var det en sånn hysterisk gang hvor jeg også ikke rakk, for de stengte telefonen klokken 3, og jeg bare tok banen videre til X senter, sto og dundret i 10 minutter på døren på legekantoret, også kom noen, og åpnet seg, jeg må snakke med han. Nå sier jeg altså, vet du hva, se på meg, og si jeg veier 65 eller 68, opp og ned, X var som meg ikke sant. Så selv om det var, uansett hva hun veier nå så er hun for tynn i forhold til kroppen hennes. For hun er meg pluss 10 cm, ikke sant. Så jeg sto liksom og viste han, se på kroppen min. Altså hvis jenta veier 53 kg, så veier hun for lite

Informanten beskriver her en fortvilet situasjon der hun må bli hysterisk for å nå frem med sitt budskap til legen. Informanten ler, litt ironisk, når hun forteller om det, men er bestemt og ivrig i sin fortelling. Det er tydelig at hun tenker tilbake på historien som en måte å oppføre seg på som hun egentlig ikke kjenner seg igjen i. Det oppleves som viktig for alle foreldrene å få frem nettopp dette poenget, for å kunne understreke hvor presset de følte seg i den situasjonen som befant seg. Informantene forteller at dette er noe som bare skjedde, at de nærmest handlet på instinkt ut fra den fortvilelsen og desperasjonen de følte.

En annen informant beskriver at hun tok et mer bevisst valg i forhold til å «være en annen». Hun beskriver at hun måtte ta seg sammen og veie sine ord fordi hun var redd for at barneverntjenesten skulle bli koblet inn i saken.

A187 Så jeg strammet opp mannen min litt da før vi skulle til BUP og sa at nå må du passe litt på hva du sier eller så melder de oss til barnevernet (ler). Så, fordi at vi ikke hadde håndtert spiseforstyrrelsen, håndtert datteren vår

Denne moren forteller at hun betrakter seg selv som høyt utdannet innen omsorgsfaget. Hun opplevde det som absurd at hun måtte møte til en samtale på BUP der hun var redd for at behandlerne skulle oppfatte henne og mannen som dårlige omsorgspersoner. Det at hun ler godt når forteller om dette, indikerer at hun syntes dette var en spesiell situasjon å være i. Videre forteller den sammen informanten om en annen opplevelse der hun ikke følte seg som sitt egentlige jeg på BUP.

A127 . Jeg husker jeg satt og hylte og gråt på BUP, og det er jo ikke egentlig meg, og sa at jeg bryr meg vel døyten om det liksom, vi må ha noen hjelp her, det hjelper jo ingenting at vi er så ressurssterke, vi er vanlig foreldre.

Informanten følte her at de flere ganger fikk tilbakemelding fra terapeuten ved BUP at de var ressurssterke foreldre, og derfor ikke trengte å være redde for sin datters liv. Hun følte at dette ble brukt imot dem i kampen for å få mer hjelp til datteren. Moren opplevde da han hun satt på et kontor og gråt i desperasjon, for å få forståelse for hvor alvorlig og håpløs hun opplevde situasjonen.

En informant skilte seg ut fra de andre under dette punktet. Hun mente at hun hele tiden var seg selv, og at det var viktig å si hva man mente uansett motstand. Denne informanten var tydelig på at hun sto frem som den hun var hele tiden. Ingen skulle komme å fortelle henne at hun måtte oppføre seg annerledes i møte med hjelpeapparatet.

.D52 Det er det viktigste et sykt barn trenger, foreldre eller pårørende som faktisk har litt spisse albuer, som ikke er redd for å si i fra i hjelpeapparatet. For det gjelder ditt barn ikke sant, eller vårt barn. Og da tenker jeg atter vi må få lov til å si akkurat hva vi mener og hva vi vil ha.

Likevel opplevde jeg at hun hadde samme oppfattelsen som de andre foreldrene i forhold til at man måtte kjempe seg gjennom BUP- systemet, men hun var den eneste som ikke nevnte konkret at hun ikke var seg selv. Tvert imot understrekte hun at hun fikk bruk for den

profesjonelle kompetansen hun innehar gjennom sitt arbeid på barneverninstitusjonen, der hun ofte er i kontakt med hjelpeapparatet i arbeidssammenheng.

D52 Men så er ikke alle som meg da. Også har jeg jo erfaring fra jobben min, som jeg fikk god bruk for...

4.2 Lytt, ikke bare hør!

På bakgrunn av nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling av ungdom med anoreksi er delaktighet en viktig del av problemstillingen min. Derfor ble nettopp dette et viktig punkt i intervjuene. Jeg var ute etter å få foreldrenes forståelse av hva delaktighet er og hvordan de opplevde viktigheten av deres egen delaktighet i behandlingen. Et av tilleggsspørsmålene i problemstillingen dreide seg også om hvilke tanker informantene hadde om hvordan terapeuten kan legge til rette for at foreldre skal føle seg delaktig. Mange av opplevelsene bar preg av mangel på å bli tatt på alvor. Flere av informantene var opptatt av at det viktigste i forhold til delaktighet var å føle at man ble lyttet til.

A47 Ja da tenker jeg jo at man blir regnet som, at jeg blir tatt på alvor da, eller blir tatt som en seriøs part i samarbeidet. Eh, som det er grunn til å lytte til, og som har, atter det er forventinger til at jeg har noe type kunnskap da om mitt barn og den situasjonen man er i. Eh, og at det også få betydning i selve arbeidet. Det tenker jeg at må være en form for samarbeid

Den samme informanten mente også at delaktighet handler om å føle at man har innflytelse, men understreker igjen at det å bli lyttet til er en vesentlig del av delaktighet.

A207 Og hvor vi har sagt at, nei vi tror det er lurt og vente en uke til, og det har blitt lyttet til når vi har sagt det. Så vi føler jo at vi, er delaktige i den betydningen da at vi har også innflytelse. Det er jo en del av det å være delaktig at vi man også har en innflytelse.

A211 : men hvor det vi, det vi anbefaler faktisk blir lyttet til da

A213 mhm, og jeg tenker det kanskje ultimate opplevelse av delaktighet da

Informanten sier her at man opplever blant annet at man blir lyttet til, dersom man ser at det man sier får en betydning. Dermed opplever man også innflytelse. Hun understreker at dette kanskje er den ultimate opplevelsen av delaktighet.

Det var også tydelig hos informantene at delaktighet handler om å bli hørt

B117 . Det som ikke fungerer er jo når en som forelder bare blir sett på, og du for lov til å stille opp på et kontor så er du akkurat like dum når du går ut døra som du er når du går inn. Det var ingen som hørte på deg liksom...

Han er også her inne på at han i samtaler ikke opplevde å få noe tilbake, noe som jeg vil presentere videre under tema nr 4.

Alle informantene gjentar flere ganger under intervjuet at de ikke opplevde å bli lyttet til. En informant beskriver at hun opplevde at hun ikke hadde noen dialog med behandler, hun forteller at hun flere ganger måtte be behandler på BUP om å svare henne. Hun følte at hun ble ignorert, at hun ble oversett, og beskriver det som om behandler lukket ørene for det hun hadde å si ved ikke en gang svare når hun forsøkte å komme i dialog.

Informanten beskriver at hun etter hvert følte at behandlerne på BUP fikk litt «nok» av meningene hennes, og at hun derfor til slutt følte seg helt ignorert. Hun beskriver dette blant annet med at «det var som om de fikk et horn i siden på meg» (D130). Hun understreker at delaktighet handler om å bli hørt og sett, men også om å få lov til å si akkurat det man mener i samtale med behandler, uten å bli kategorisert som en hysterisk mor som aldri blir fornøyd.

D54 Det var akkurat som om dem ignorerte meg. Da jeg at atter dere må svare meg for jeg snakker med dere. For hun tålte ikke at jeg snakket til henne.

D52 Og at vi blir møtt på det, atter det blir, det er delaktig, at jeg blir hørt og sett.

Og da tenker jeg atter vi må få lov til å si akkurat hva vi mener også.. og hva vi vil ha.

Hun understreker også at det å lytte til foreldrene er grunnleggende for å oppnå et samarbeid.

D56 Så jeg føler det at det å være delaktig er å være aktiv med i samtaler og tenke videre, tenke nytt...

Å bli lyttet til gir en følelse av grunnleggende respekt og ydmykhet.

D132 Kan de ikke være litt mer ydmyk ovenfor foreldre da?

D142 ...jeg savna den grunnleggende respekten for oss i hvertfall og der ligger det veldig mye da.

Informantene gir den samme tilbakemeldingen om at delaktighet handler om hvordan de blir møtt av terapeuten. De mener at terapeuten må vise at de virkelig har hørt det foreldrene har å si, og at foreldre først da opplever virkelig å bli lyttet til. Først og fremst må terapeuten vise det ved å gi foreldrene innflytelse i behandlingen, slik at foreldrene opplever at deres kunnskap om situasjonen også er viktig. På denne måten kan også terapeuten oppnå tillit hos foreldrene. Det blir et samarbeid. Foreldrene er samstemte i opplevelsen av at terapeuten ofte tar seg tid til å høre på hva foreldrene har å si, men at de ikke lytter; at de ikke gir foreldrene opplevelse av virkelig å bli hørt. Dermed føler de seg heller ikke delaktig.

4.3 Kunnskap gir mening/trygghet

Foreldrene opplevde å bli møtt på ulike måter, noen savnet en forklaring på hvorfor terapeutene valgte som de gjorde. Foreldre forteller om at de følte de plutselig satt i parterapi uten at de forsto hvorfor, og at de egentlig ønsket kunnskap om både bakgrunn for dette, men også ren kunnskap om selve sykdommen. De forsto ikke at det ble brukt tid på å mekle mellom foreldrene, når de følte at behovet var å få konkrete råd om hvordan de skulle hjelpe datteren sin.

C70 ...jeg følte liksom at det gikk veldig sånn dypt inn i vårt forhold. Liksom terapi på oss som foreldre som likevel ikke er gift, enn og på en måte få en opplæring i hva du kan gjøre helt konkret... jeg synes vi bare snakker og snakker, hva er det jeg skal gjøre?.

C212«det er kjempehjelp. Sånn at sånn, konkret hjelpe hefte omtrent. Psykologi eller i hvert fall en slags undervisning på helt konkrete ting man opp igjennom historien har sagt da.»

A117 Mor: eh, og hvor vi etterspurte, vi etterspurte stor grad mer sånn konkrete råd...

B73 men det å få innsikt og på en måte, åssen skal jeg si det her a. Eh, både ha, få innsikt i selve tilstand og konsekvensene og handlingsmønstre som anorektikere, bare det å forstå det

B85 at det satt et menneske med en notatblokk og noterte det vi sa. Men det kom jo ikke noe tilbake...

Informantene forteller alle at de ikke følte de fikk informasjon om sykdommen, og de opplevde heller ikke at ungdommen fikk noe mer innsikt. De visste heller ikke hva terapeuten snakket med ungdommen om når foreldrene ikke var til stede. Foreldrene forteller at siden de ikke så noen bedring hos sitt barn, ble de også mer og mer usikre på om behandlingen hjalp. Derfor etterlyste de en form for undervisning til ungdommen, og ikke minst en orientering til ungdommen om at hun faktisk var syk. Etter hvert som ungdommen ikke ble bedre, ble foreldrene mer frustrerte. Jo mer frustrerte de ble, desto større behov hadde de for å få noe tilbake. Dette være seg ren informasjon om sykdommen og konkrete råd om hva de kunne gjøre for å hjelpe ungdommen. En informant var opptatt av at foreldrene burde få veiledning i møte med BUP. Familien opplevde dette i større grad da datteren ble innlagt på en heldøgnsinstitusjon, etter at behandlingen ved poliklinikken ble vurdert til ikke å være tilstrekkelig.

B177 jeg kalte det veiledning da. Det er jo liksom på en måte gjennom dem samtalene så lærer du ganske mye, både om selve situasjonen, du lærer noen om åssen du selv kanskje har forholdt deg og åssen du kanskje bør beholde deg til saken.

Lite informasjon om sykdommen gjorde foreldrene utrygge, for de visste ikke hvordan de skulle gripe fatt i problemene.

En informant beskriver at hun ble veldig usikker fordi hun opplevde at behandler på BUP hadde lite kunnskap om anoreksi, og at det igjen gjorde henne som mor usikker. Hun beskriver det som om hjelpeapparatet famlet i blinde.

D130 nei jeg syntes det var bare helt, jeg syntes at det merka som de på BUP bare famlet i blinde faktisk. Fordi atter det virket ikke som om hun visste hva hun skulle gjøre for noe

D134 ...dem sendte oss bare bort på barneavdelingen og ble innlagt der og der hadde dem ikke peiling...

4.4 Det handler om noe mer

Under intervjuene av foreldre av ungdom med anoreksi, kom det, ikke overraskende, frem mange forforståelser av hva denne sykdommen handler om. Dette var noe foreldrene var tydelig opptatt av. Det var derfor naturlig at dette ble et punkt under analysen, selv om ikke dette var en del av min problemstilling. Foreldrene ga alle uttrykk for at anoreksi ikke bare handlet om å bli tynn. Flere var opptatt av at anoreksi er komplekst og at det derfor er mange faktorer som er medvirkende i utviklingen og opprettholdelse av sykdommen. Det nevnes miljøet på skolen og miljøet hjemmet. Spesielt er foreldrene opptatt av hvordan mor og far har det sammen. De er opptatt av at det må skapes forutsigbarhet og ikke for store forandringer i livet, uten at barnet er godt nok forberedt.

C212 men det ligger jo helt konkret i en overgangsfase, og for eksempel det atter ikke utsette barnet for store overganger, for det kan være med på å forsterke...eeh...spiseforstyrrelsen kan.. er sånn derre, er det et symptom, er det en sykdom eller er det, en flukt eller er det en selvskading...

A161 : ...og det handler ikke bare om spisingen men det handler om noe mer også.

Noen nevner at anoreksi kan være et symptom på noe annet, eller at det kan være en flukt fra noe som er vanskelig. En forklaring som blir brukt av flere informanter er at det er noe bakenforliggende som utløser og opprettholder anoreksien. Noen er inne på at de ser sirkulære bevegelser i mønstre, at f eks mor og far blir frustrert når barnet ikke spiser og at dette igjen påvirker barnet psykisk. Dette vil kunne gjøre barnet usikkert og dermed forsterke barnets atferd. Dermed utvikles en spiseforstyrrelse.

B7 det raser jo på en måte når barnet ikke spiser så, da ser du jo at det kommer med andre psykiske ting inn i bildet, for barnet

B1 Og det kan ha sin, det er jo mange årsaker som kan påvirke det. Det kan være mye miljøet rund ho på skolen, det kan være ho som utvikler seg, ting innenfor familien som kanskje kan være problematiske og sånne ting.

En av informantene var tydelig på at anoreksi i utgangspunktet var en genetisk sykdom, at det var arvelig. Hun forteller at hun fant likheter hos faren til datteren, og mente datteren måtte ha arvet det av sin far. Hun var den eneste som nevnte at arvelighet var en av faktorene som kunne utløse anoreksi. Hun forteller at hun hadde lest mye om anoreksi på nett og i fagbøker, og at hun derfor hadde fundert på hva som utløste sykdommen hos sin datter. Hun var den eneste som opplevde å ha klare svar på hvorfor datteren ble syk.

D22 det som, sto skrevet mange steder at det var det som utløser anoreksi er, ja det hundre forskjellige grunner, men det at foreldre skiller seg, krangler, også blir vi veldig sånn fokus på det. I stede for å se litt breiere ut. Det skjedde mange ting i livet til datteren min i den perioden der.

Så det faktisk ikke noe med meg og faren hennes. Men det, vi fant ut, for hun danset cheerleading i mange år, og tatt ut på som maskot på et NM-lag, og det ble veldig mye sjalusi i den gruppa, det skjønner jeg jo

Men der er det en faktor, for når treneren ikke var der så ble dem mobbet, fordi det var sjalusi og det takler ikke 10 åringer.

D24 Pluss at vi på toppen av det hele hadde gått på kortison i, på grunn av astma, kortison i, fra 2 til 9 og et halvt, eller 10 år, 9 og et halv, sånn ca der. Som jeg tenkte meg selv at hun må gå på feil doser, for hun, hun ble litt sånn oppblåst. Så jeg byttet astma lege og da fant vi ut at hun hadde fått voksendoser i 7 år

D30 Så det var veldig mange uheldige faktorer som utløste anoreksi, på, på datteren vår. Så du hører hva jeg sier, det er en veldig alvorlig ting som utløste det.

Informanten nevner både genetiske, fysiologiske, sosiale og psykiske faktorer når hun snakker om datterens sykdomsutvikling. De andre foreldrene sier også at anoreksi er komplekst, at det ikke bare handler om å bli tynn eller å spise mindre, de var mindre konkrete, men var tydelige på at det handler om noe annet eller noe mer.

Informantene var også forståelig nok opptatt hvordan man kan bli frisk fra anoreksien. De var alle enige i at det er vanskelig sykdom å komme ut seg ut av nettopp fordi den er så kompleks. Flere mente at det derfor var så å si umulig å finne årsaken til sykdommen. Derfor var det også meget utfordrende å finne hva som kunne hjelpe. Alle informantene hadde ungdom som hadde vært i behandling for anoreksi i flere år, og hadde derfor også en erfaring på hva som hjalp og ikke hjalp deres barn til å bli bedre.

En informant nevner at en av nøklene til å bli frisk er å finne et bestemt «klikk». En annen informant beskriver det samme med at ungdommen må «knekke en kode». Ofte så er det en hendelse eller noe som blir sagt som kan utløse denne endringen.

D 100 det med å være sånn klikk i, på den mentale plan for at hun skal komme seg ut av en anoreksi. Fordi atter det er så tvangspreget. Det er kjempe vanskelig å komme seg ut av, det er veldig mange som ikke klarer. Så leste jeg at det må være en hendelse eller setninger, ord eller et eller annet som kan få det klikke da til å komme ut av spiseforstyrrelsen... ja ikke sant, det skjedde veldig brått. Og det som, det er så mange faktorer på hva som utløser anoreksi. Det er jo, jeg vet at det er en genetisk arvelig sykdom,

Til tross for at ingen av mine spørsmål rettet seg mot hvordan bli frisk, var dette noe alle foreldrene ønsket å si noe om. Realitetsorientering var et ord som flere brukte som en viktig faktor for å kunne oppnå endring i sykdomsbilde, Det være seg å informere pasienten som sykdommen og om hvor syk pasienten egentlig er.

B29 hva skal man gjøre for å få et spiseforstyrrede barn til å bli bra, bra igjen. Det vil si, ihvertfall få vedkommende til å bli realitetsorientert og.

4.5 Oppsummering av funn

Jeg vil her oppsummere de resultatene som fremkom i analysen. Jeg hadde et ønske om å få noen svar på hvordan foreldrene opplever sin egen rolle i behandlingen, og fikk heller mange historier knyttet til hva som kan skje dersom foreldrene blir oversett av terapeuten. Gjennom analysen endte jeg opp med 4 grupper, med påfølgende hovedfunn:

Å bli en annen enn jeg er

Foreldrene fortalte historier om «å bli en annen enn jeg er». Dette dreide seg om at de følte at de måtte bruke sterke virkemidler for å få hjelp, og også for å føle seg inkludert.

Informantene forteller at de følte seg desperate i møte med hjelpeapparatet og terapeuter som ikke tok dem på alvor. En forteller at han to ganger måtte opptre seg gal for å bli hørt. En annen sier hun gråt høylytt og tryglet om hjelp. En tredje forteller at hun desperat hadde hamret på døren til et behandlingssted som i utgangspunktet var stengt.

Lytt, ikke bare hør!

Foreldrene var opptatt av å bli lyttet til, noe de opplevde i liten grad i møtet med terapeutene. Flere mente at det å være delaktig, var nettopp å bli hørt, og å oppleve en viss form for innflytelse. Flere følte at kommunikasjonen med terapeuten kun var enveis, og at det foreldrene hadde å si ikke ble vurdert som viktig.

Det handler om noe mer.

Underveis i intervjuene fortalte foreldrene mange historier som omhandlet spiseforstyrrelsen. Dette var ikke en del av min problemstilling. Gjennom Malterud's analysemetode ble dette likevel et eget punkt i analysen. Historiene omhandlet opplevelser og tanker om bakgrunnen for utvikling av anoreksi, opprettholdende faktorer og tanke om hva som skal til for å bli fisk. Selv om de ikke følte de kunne nok om sykdommen i behandlingsforløpet, følte alle at de nå i ettertid satt med mye kunnskap om anoreksi. Hovedfunnene her dreide seg om at anoreksi kunne handle om:

- Noe bakenforliggende
- Ikke bare et ønske om å være slank
- Sosiale forhold (spesielt på skolen), få venner
- Kommunikasjon i familien, spesielt mellom mor og far
- Uforutsigbarhet i livet/ i familien
- Flere faktorer som spiller sammen, kompleksitet
- Flukt fra noe vanskelig
- Genetisk arv

Viktig for behandling:

- det må skje et klikk/hun må knekke en kode for å bli frisk
- pasienten må bli realitetsorientert av terapeuten

Kunnskap gir trygghet.

Under behandlingsforløpet savnet informantene informasjon om anoreksi, og var klare på at kunnskap ville gjort dem tryggere i foreldrerollen, noe som igjen kunne bidratt til at de hadde følt seg mer delaktig. De ble også utrygge fordi de følte at terapeuten heller ikke hadde nok kunnskap om sykdommen.

5.0 Drøfting

I problemstillingen var jeg opptatt av foreldrenes opplevelser av egen rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi, der behandlingen ikke hadde som intensjon å inkludere hele familien. Jeg var derfor opptatt av delaktighet, og dette ble et viktig begrep i intervjuprosessen. Det viste seg også at foreldrene hadde mange historier de assosierte med dette begrepet.

Jeg vil videre først drøfte hvert enkelt tema som har kommet frem gjennom analysearbeidet. Jeg har valgt å bruke andre overskrifter enn det som fremkommer i analysekapittelet på tre av fire temaer. Dette i et forsøk på å skape mer mening og for å få frem følelsene jeg møtte gjennom informantenes personlige fortellinger. Temaene vil gjennom foreldrenes historier bli drøftet opp mot problemstillingen og relevant teori. Videre drøfter jeg nærmere begrepet delaktighet. Jeg vil også i et eget punkt drøfte hvilke tanker jeg har om hva historiene kan handle om, der jeg forsøker å sette et kritisk blikk på drøftingen min og indentifisere mulige fallgruver.

5.1 «Jeg måtte bli gal»

Informantene i mitt prosjekt var opptatt av at terapeutene ikke tok seg tid til å involvere dem i behandlingen. Delaktighet var viktig for dem.

Både internasjonale og nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser anbefaler at terapeuten har et nært samarbeid med foreldre. Dette regnes som nødvendig for pasienter under 18 år (Utredningsserien 7:2000). Forskning viser at familieterapi er bedre enn individualterapi i behandling av anoreksi hos ungdom, spesielt dersom sykdomsforløpet har vart under 3 år, dette med hensyn til vektøkning, symptombedring, funksjonelle familierelasjoner og sosial tilpasning (Russel et al, 1987). De fleste ungdommer med spiseforstyrrelser bor hjemme sammen med en eller begge foreldrene. Mennesker som bor sammen må forholde seg til hverandre, og foreldre har et omsorgsansvar overfor sine barn. Det kan være uheldig i ungdommens arbeid mot spiseforstyrrelsen at foreldrene blir holdt utenfor behandlingen (Dimitropoulos m fl, 2015), og ut fra retningslinjer, faglitteratur og lovverk knyttet til spiseforstyrrelser vil nok også de fleste terapeuter være enig. I teoridelen beskriver jeg hvordan Eisler (2005) understreker at man alt i alt kan si at det anbefales at familien deltar i behandlingen av ungdom med anoreksi. Det er også viktig å være bevisst på at mye av tidligere forskning baserer seg på årsaksforklaringer i familien. Blant annet nevner han at studiene er små og har metodiske begrensninger og det har vært veldig lite forskning

som sammenligner familierterapi med annen behandling, som f.eks. individualterapi. Utfordringer ligger i hvordan den enkelte terapeut og behandlingssenhet forstår dette og hva de ut fra sin kontekst vurderer å gjøre i praksis.

Mine informanter følte seg utestengt og til dels krenket i behandlingen av deres barn. Denne opplevelsen bidro til at de opplevde seg selv som desperate etter å bli lyttet til. Flere av foreldrene hadde sterke historier knyttet til det å ikke føle seg som en delaktig aktør. Et eksempel er fra en informant som beskrev sine følelser slik:

« fra å være den mannen med den rette ryggen så, også følte du deg rett og slett som en sånn halvgrisete, sånn type som hadde forsømt, du følte deg rett og slett hjelpeløs og kav råttan»

Hva kan ha bidratt til at foreldrene ikke følte seg inkludert? Var det i terapeutens vurdering av tidsbruk foreldrene havnet utenfor? Røer har skrevet noe om hva hun tenker er viktig i en behandlingsplan når det gjelder tidsbruk og tilbud i poliklinisk arbeid. Hun anbefaler to møter pr. uke, fordelt på individualsamtaler med pasienten, foreldresamtaler og fellessamtaler med foreldre/barn. Familien trenger tett oppfølging de første månedene. 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). Røer skriver (2006) at det kan synes som poliklinikkene står ovenfor et forventningspress. De skal gi den enkelte pasient faglig forsvarlig behandling, og det er forventet å yte mest mulig pasientbehandling, samtidig som de også bør samarbeide tett med eksterne instanser. Kravet om økt pasientbehandling står sterkt (Røer, 2006), samtidig som poliklinikkene, som del av spesialisthelsetjenesten, er forventet å inneha høy faglig kompetanse. Vil det da være vanskelig å forholde seg til foreldre som presser på i forhold til et ønske om å bli hørt og sett, og å være delaktig? Det vi vet er at terapeutene stadig må ta noen valg i behandlingsprosessen i forhold til tidsbruk (Røer, 2006). Når terapeutene er presset på tid, kan fortvilte foreldre med krav og meninger om behandlingen oppleves som forstyrrende for terapeutenes vurderinger. En hypotese er at dersom en far eller mor presser på for hardt, kan dette øke sjansen for at kommunikasjonen mellom terapeut og foreldre lukkes. Man kan kanskje fort havne i uheldige mønstre der feedback på egen atferd er med på å skape kommunikasjon og samhandlingsatferd som låser seg (Jensen, Ulleberg, 2013).

Kanskje er det en mulighet at terapeutene også bevisst holder foreldrene utenfor i en periode fordi de ønsker å fokusere på individualterapi som en del av en lengre prosess. Det kan være viktig for foreldrene da, at terapeuten er tydelig på å forklare prosessen.

Jeg er i henhold til problemstillingen opptatt av hvordan foreldrene opplevde å være delaktig i behandlingen der denne foregår i en kontekst som fokuserer på individualterapi, som ifølge Berge (2008) er den vanligste samtaleformen, generelt i terapi. Foreldrene opplevde ikke å være delaktig. De savnet å bli sett, hørt og å ha en viss form for innflytelse. Alle savnet også å få informasjon for å kunne hjelpe barnet på en riktig måte hjemme. Informantene opplevde at terapeutene var mer opptatt av individualterapi, uten å involvere foreldrene. Hva bidrar til at terapeuter gjør et slik valg? Man kan videre se på noen hypoteser knyttet til dette valget.

Mange terapeuter velger individualterapi som tilnærming. Individualterapi har et annet fokus enn nødvendigvis å inkludere foreldrene i behandlingen (Berge, 2008). En vanlig tilnærming til spiseforstyrrelser innen individualterapi er kognitiv terapi. Denne tilnærmingen fokuserer ofte på mestring av tanker og følelser, og har hovedfokus her og nå og fremover i tid.

Terapien bygger på at mennesket handler ut fra hvordan de tenker. Psykiske problemer blir ansett å skyldes at individet gjennom uheldige opplevelser og påvirkninger har lagt seg til grunnleggende feilaktige antagelser om seg selv og omverdenen, såkalte automatiske tanker. Behandlingen er derfor rettet direkte mot det enkelte individet (Berge, 2008). I de nasjonale retningslinjene (Utredningsserien 7:2000, pkt 3.3.1 og 3.3.2) fremkommer det at selv om familieterapi anbefales spesielt til de yngste pasientene, har også individuell tilnærming vist seg å være virkningsfull. Kognitiv terapi og psykoedukative metoder nevnes som tilnærminger som har vist seg å ha god effekt i poliklinisk behandling. Det kan se ut til at behandlingseffekten vel så mye kan ligge i å kombinere ulike tilnærminger, som for eksempel familieterapi, individualterapi, og støttende gruppeterapi.

Det kan altså være ulike grunner til at terapeuten og behandlingsstedet velger ikke å bruke foreldre som en delaktig aktør i behandlingen. Dimitropoulos (2015) skriver i en artikkel at blant annet eldre ungdommer og ungdom med komorbide lidelser kan ha bedre nytte av individualterapi enn familieterapi. Andre begrunnelser terapeuten kan ha for å velge individualterapi er at et av prinsippene for at foreldrene skal være delaktig i behandlingen, er å styrke foreldrerollen. Dette kan imidlertid synes å være vanskelig hos foreldre som er deprimerte eller som har en psykisk lidelse. Det kan også være utfordrende å styrke foreldrerollen hos foreldre som sliter med å takle at ungdommen har det vanskelig, og å takle stress generelt. Spesielt ser man dette hos foreldre som er utbrente. Foreldre som ikke klarer å

takle at barnet har det vanskelig, kan være med på å støtte spiseforstyrrelsen fremfor å hjelpe barnet ut av den. Dette var det denne undersøkelsen viste, men det finnes ingen empiri som støtter dette fra tidligere (Ibid).

En annen hypotese knyttet til valg av individualbehandling, er at terapeuten tenker det er nødvendig å drive med motivasjonsarbeid overfor pasienten. Dette fordi ungdommen selv kan mene at hun ikke har et problem i den første kontakten med behandlingsapparatet (Thune-Larsen og Vrabøl, 2004). Motivasjonsarbeid krever at terapeuten får en god relasjon til pasienten for å oppnå tillit (Ibid). Det gjelder både å informere pasienten så mye som mulig om sykdommen, og å snakke med pasienten om hva hun/han er opptatt av for å finne historier å bygge videre på i terapien (Haley, 2013). Denne type arbeid kan vurderes å kreve individualterapi, og foreldre kan raskt føle seg utenfor. Det kan være nyttig for terapeuten å informere foreldrene om sine vurderinger i behandlingsprosessen, og forklare de valgene som blir gjort. Kanskje kan det være med å trygge foreldrene på at ungdommen faktisk får behandling, men at man må ta et steg av gangen. Ut fra mine funn er foreldrene sterkt opptatt av at informasjon om terapiprosessen, samt at informasjon om sykdommen kan være med på å bedre kommunikasjonen mellom foreldre og hjelpeapparatet. Mine informanter beskrev at dette var en del av det å føle at man er delaktig.

Å oppleve å bli presset til å være «en annen enn jeg er» gjør noe med et menneske. Som individer er vi forskjellige. Noen er mer sårbare enn andre. Dette henger sammen med livserfaring, forforståelse og kontekst (Jensen og Ulleberg, 2011). Hos informantene opplevde jeg en desperasjon og en bitterhet i forhold til denne opplevelsen, noe som skapte sinne og mistillit til hjelpeapparatet og terapeuten. Flere informanter opplevde at terapeuten fikk et godt forhold til pasienten, men at omfanget av denne relasjonen var med på å hemme samarbeidet ytterligere mellom foreldre og ungdommen. De opplevde seg som mistenkeliggjort og å bli satt utenfor. Jeg blir da opptatt av hva dette gjør med ungdommen. Ungdommen kommer ofte i kontakt med hjelpeapparatet etter å ha hatt symptomer en stund. Foreldrene er de som har måttet stå i dette og forsøke å løse problemet. Når ungdommen kommer i kontakt med en terapeut, er dette begynnelsen på en behandling for ungdommen. Det er også en begynnelse på en ny relasjon for terapeuten. Men for foreldrene er det en fortsettelse på noe som har vart lenge. De er derfor utålmodige og redde (Eisler, 2005), og er ifølge mine funn opptatt av å bli hørt. Dersom terapeuten ut fra sin faglige vurdering velger å holde foreldrene på utsiden når det gjelder behandling av anoreksi, vil det da kunne bidra til å

øke samspillproblematikken mellom foreldre og ungdommen, heller enn å løse den? Vil dette resultere i at ungdommen opplever å få mer makt, der det å styrke foreldrerollen heller burde være et obligatorisk mål (Utredningsserie, 2:2001)?

Det er ikke uvanlig at foreldre opplever å stå i konflikt med ungdommen. Det er en naturlig del av det å bli voksen, og gjelder i de fleste familier. Øvreeide (2000) skriver om foreldrenes rolle i ungdomstiden. Ungdomstiden innebærer flere utviklingsoppgaver som skal løses, og kan sees på som en emosjonell frigjøringsprosess fra foreldre, og preges av en ambivalens mellom avhengighet på den ene siden og frigjøring på den andre, noe som kan skape frustrasjon. Slik jeg forstår Øvreeide's beskrivelser av ungdomstiden, er dette en tid hvor det ikke er uvanlig at det oppstår konflikter mellom foreldrene og barnet. Når en ungdom er psykisk syk, kan disse konfliktene opptre hyppigere og mer alvorlige enn det som er vanlig. Man kan derfor tenke seg at det kan være uheldig dersom terapeuten bidrar til å øke konfliktnivået mellom foreldrene og ungdommen, heller enn å bistå med å løse den. Dette ved for eksempel å gi informasjon, styrke foreldrerollen (Demmitropoulos m fl, 2015) og/ eller å hjelpe familien med å forstå sammenhenger i relasjonene (Haley, 2013).

5.2 «Bare det å forstå»

I problemstillingen ønsket jeg å ta for meg hvilke forventninger foreldrene hadde til sin rolle i behandlingen. Alle foreldrene begynte da å snakke om forventninger generelt i behandlingen. De var opptatt av at de savnet det å få kunnskap om sykdommen, slik at de var rustet til å bedre kunne hjelpe ungdommen hjemme. Foreldrene etterlyste kunnskap, og mente det var en trygghet i det å forstå hva anoreksien dreide seg om. I faglitteraturen beskrives familierådgivning, familiearbeid og familieterapi som tre mulige intervensjoner (Russel et al, 1987), og dette støtter foreldrenes tanker om hvor viktig kunnskap var for dem. Det beskrives at første del av intervensjonsprosessen vanligvis nettopp er rådgivning. Foreldre og pasient gis en mulighet for forståelse av sykdommen og hvordan forholde seg til den og mulige tiltak. Dersom dette ikke er tilfredsstillende i forhold til endring av symptombildet, vil man gå over til familiearbeid og etter hvert også familieterapi. Med andre ord står familierådgivning som nr. en på listen i hvordan terapeuten bør møte en familie der en ungdom har anoreksi (Ibid). Mine informanter beskriver alle at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon slik at de kunne få mer kunnskap om sykdommen. Tre av fire opplevde å ha et sterkt behov for å forstå, slik at de bedre kunne hjelpe og reflektere rundt spiseforstyrrelsen og familiesituasjonen. Det er tydelig at informantene savnet en mer familiebasert behandling. Dimitropoulos (2015) skriver at

innen familiebasert behandling er det å styrke foreldrerolle identifisert som essensielt for at ungdom med anoreksi skal bli friske. Foreldrene er den primære kilden til motivering og veiledning når det gjelder å bli fri fra spiseforstyrrelsesatferd hos ungdom i poliklinisk behandling (Ibid). I artikkelen presenterer også Dimitropoulos hvordan informantene i studiet mente terapeuter arbeidet for å styrke foreldrerollen. Blant annet var det viktig med informasjon og eksternalisering av problemet overfor foreldrene, spesielt for å øke forståelsen over hvor alvorlig sykdommen hos deres barn er. Det vil styrke foreldrerollen når terapeuten er tydelig på at foreldrene har et ansvar for en alvorlig sykdom (Ibid).

Statens helsetilsyn støtter også mine informanters ytringer, ved å være tydelig i deres retningslinjer i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser (utredningsserie 7:2000) i pkt 3.1.3 som omhandler familiearbeid. Det vises til at det er en etablert erfaring å betrakte foreldrene som en ressurs. Det anbefales at terapeuter bør starte med å informere både pasienten og foreldrene om den aktuelle spiseforstyrrelsen. Ingen av informantene opplevde å få nok informasjon, dette gjorde dem utrygge på foreldrerollen og på den behandlingen barnet deres fikk. Alle informantene ble opptatt av å sette spørsmålstegn ved om terapeuten i det hele tatt visste nok om spiseforstyrrelser selv. Statens helsetilsyn (Ibid) er opptatt av samarbeidet mellom ungdommen, behandler og foreldrene, og beskriver det som nødvendig å etablere dette samarbeidet tidlig, for at foreldrene skal kunne jobbe målrettet sammen med ungdommen i hjemmet. Når foreldrene blir usikre på terapeuten og behandlingen, må terapeuten gjøre noen valg. Er det i disse prosessene at foreldrene igjen følte at de ikke ble prioritert? Terapeuten har flere utfordringer i møte med en familie der en ungdom har anoreksi (Røer, 2006). Jeg har valgt å se på noen av dem nedenfor.

Først og fremst er det en forutsetning at terapeuten får en god og tillitsfull relasjon til ungdommen. Dette kan være en prosess som er ressurskrevende. Man er igjen avhengig av tid, faglig kompetanse og vurdering av intervensjoner. Dette kan gå utover annet arbeid som f.eks å informere foreldrene om sykdommen. Jeg har tidligere drøftet hvordan tidsbruk kan være med på at foreldrene føler seg mindre delaktig, men jeg vil her nevne flere hypoteser med hensyn til bruk av tid i behandlingen, og spesielt i samtaler med ungdom.

Ungdommer er i en sårbar fase i livet, der de skal finne seg selv og frigjøre seg emosjonelt fra foreldrene (Bugge, 2003). Mange kan finne det ubehagelig å snakke om det som er vanskelig, og de kan bli tilbaketrasket i samtalen. Johnsen med flere (2003) er opptatt av at terapeuten da skal unngå å snakke om det vanskelige. For det handler om å ta ungdommens følelser på alvor og invitere til problemfrie temaer. Dette vil kunne ha en regulerende effekt. Dette vil

også da kunne skape den tillit som skal til for å kunne nå igjennom til ungdommen og motta invitasjoner til samtaler om det som er vanskelig. Å samtale med ungdom som har det vanskelig kan derfor være tidkrevende. Foreldrene kan kanskje ha hatt opplevelsen av å bli utelatt av terapeuten som følge av dette. Tom Andersen er opptatt av den gode samtalen (2005). Han legger også vekt å bruke tid; på nytten av pauser i samtalene og terapeutens (og pasientens) indre dialog. Terapeuten bør vurdere kroppslige uttrykk som pust, tonefall og annen analog kommunikasjon, for å vurdere hvilke spørsmål som kan stilles for å bevare pasientens integritet. Pasientens integritet må ikke krenkes, dette vil kunne lukke samtalen og vil være uheldig for relasjonen og da også progresjonen i behandlingen (Andersen, 2005).

Andersen (2005) skriver om dialoger i alle sammenhenger. Man kan derfor tolke det dit hen at det å skape gode dialoger også er viktig i samtaler med foreldrene. Mange foreldre er i en sårbar situasjon, de er gjerne slitne og usikre etter å ha kjempet lenge på egenhånd. For å kunne skape et godt samarbeid med familien, må terapeuten også etablere en gjensidig trygg relasjon til foreldrene. I følge mine informanter er det å informere foreldre om sykdommen og behandlingen vesentlig for å skape trygghet i terapeut-foreldre-relasjonen, og de mener det er viktig for at de skal føle seg delaktige. Neste oppgave blir å få til samarbeidet mellom alle parter; ungdommen, foreldrene og terapeuten. Dette for å kunne starte opp med familiearbeidet, med konkrete tiltak i hjemmet mht til aktivitet og kostplan (Russel et al, 1987).

Når man ser på alle utfordringene terapeuten har, skjønner man raskt at dette er et arbeid som er meget ressurskrevende, men kanskje nødvendig for en optimal behandling. Poenget mitt her er at terapeuten har en stor oppgave foran seg, og må hele tiden gjøre noen valg, der noe må prioriteres foran noe annet. Ofte er det at arbeidet og samtalen med ungdommen blir prioritert, og foreldre kan føle seg utålmodige og frustrerte ved å bli prioritert bort.

Jeg har gjort et forsøk på å se på situasjoner som terapeuter kan stå i arbeidet med ungdom med anoreksi, og hypoteser på hvorfor foreldrene følte seg tilsidesatt. Men det er likevel viktig å ta de funnene jeg har gjort i dette studiet på alvor, og i denne konteksten er det ingen tvil om at foreldrene følte seg tilsidesatt, og ikke fikk noen sentral rolle i arbeidet mot spiseforstyrrelsen. Dette har vært strevsomme erfaringer for alle foreldrene jeg intervjuet.

Foreldrene jeg har intervjuet var tydelig på at kunnskap skaper trygghet. Kan dette bety at mangel på kunnskap skaper utrygghet? Når man er utrygg mente informantene også at det var

vanskelig å føle seg delaktig. Hva gjør det med relasjonen til en datter dersom mor føler seg utrygg i forhold til spiseforstyrrelsen? Det å vite at man har kunnskap om spiseforstyrrelsen og hvordan behandle den, kan kanskje være grunnleggende for at pasienten skal føle seg trygg på foreldrene. Det å gi foreldrene kunnskap om hvordan de kan håndtere sykdommen kan være med på å styrke foreldrerollen (Demitropoulos m fl, 2015). Alle informantene hadde flere historier som omhandlet poliklinisk behandling. Pasienter i poliklinikk jobber for å bli friske hjemme. Det blir da viktig at foreldrerollen er tydelig, noe som innebærer at foreldrene er sikre på seg selv og det de gjør (Ibid). De må altså vite hva som trykker og hva som skaper usikkerhet hos ungdommen. Hva bidrar til at dette er viktig? Jeg vil nedenfor se nærmere på dette.

Jensen og Ulleberg (2011) skriver at vi påvirker hverandre sirkulært i relasjoner. I en dialog, kommuniserer vi ikke bare om et tema. Vi kommuniserer samtidig om vårt forhold til den/ de andre og også om vårt forhold til det temaet vi snakker om. Altså, dersom mor er usikker i forhold til spiseforstyrrelsen, vil hun kommunisere dette når temaet det snakkes om er knyttet til den. Treasure, Gavan, Todd og Schmidt (2003) skriver i en artikkel at familiemedlemmer ofte er fortvilet og opplever vanskeligheter i sine roller. Dette kan gjøre dem mindre effektive som hjelpere og de kan være med på å opprettholde spiseforstyrrelsen. Jensen og Ulleberg (2011) beskriver sirkularitet med at samspill mellom to mennesker henger sammen. Begge parter deltar i spillet med bidrag og ansvar. Spørsmål om egenskaper blir dermed et spørsmål om interaksjon og relasjoner der man viser noen sider i møte med enkelte, mens man kan vise andre sider i andre relasjoner. Relasjonen til den vi møter, konteksten vi befinner oss i og våre forforståelser er med på å styre hvordan vi er og blir oppfattet i de ulike situasjonene. Dette vil igjen være med å påvirke hvilke sider av seg selv den andre vil vise i situasjonen (Ibid). Jensen og Ulleberg (2011) mener da at både usikkerheten og mors atferd påvirker ungdommens handlinger. Og ungdommens handlinger slår igjen tilbake og har innvirkning på hvordan mor handler. Usikkerhet kan opprettholde spiseforstyrrelsesatferd (Treasure, Gavan, Todd og Schmidt, 2003) eller låse for endring. Dette kan igjen skape følelse av håpløshet og å ikke være til nytte (Ibid). Vil foreldrerollen da svekkes og mor bli mer usikker? I lys av systemisk kommunikasjonsteori og det sirkulære perspektivet kan man si at det er viktig at terapeuter prioriterer å informere foreldre om sykdommen, slik at de kan få en styrket foreldrerolle (Dimitropoulos m fl, 2015) og få en plattform å stå stødig på i kampen mot anoreksien. Eisler (2005) understreker anbefalingen om delaktighet av foreldrene i behandlingen. Dette fordi familiemedlemmer anses som viktige brikker for å støtte den syke til å bli bedre. For at disse skal kunne fungere som støttespillere, kan de blant annet trykkes

gjennom å få informasjon fra terapeuten. Dette støtter mine informanternes ønsker om kunnskap.

5.3 «Det var akkurat som de ignorerte meg».

Foreldrene i mitt prosjekt var opptatt av at det å få informasjon om sykdommen var vesentlig for at de skulle føle seg deltagende og inkludert. Alle var også opptatt av viktigheten av at terapeuten tok seg tid til å lytte til foreldrene. De mente at det å lytte ikke var det samme som bare å høre på det som ble sagt. En informant beskrev at man føler at man blir lyttet til dersom man ser at det man sier får en betydning. Dermed opplever man også innflytelse. Hun understreker at dette kanskje er den ultimate opplevelsen av delaktighet.

Flere av informantene følte at de bare var til bry, og at det de hadde å si ikke var viktig. Har terapeuten her en tydelig makt? Dette kan man se litt nærmere på. Jensen og Ulleberg (2011) skriver om makt i møtet mellom hjelpeapparatet og pasient/familie, og viser da til Foucaults teorier. Makten har mange ansikter, men den har gått fra åpne og direkte, til mer indirekte former. Mange foreldre er redde for at en konflikt mellom dem selv og terapeuten kan gå utover behandlingen som gis, at det går utover den svake, den som er syk. Man kan forsøke å forestille seg hva dette gjør med kommunikasjonen mellom foreldre og terapeut. Slik jeg tolker det mener Jensen og Ulleberg (2011) her at terapeuten innehar en makt som kan gjøre foreldrene tause. I dette ligger også makten til å la være å lytte og ta med seg videre det foreldrene har på hjertet. Å føle at man ikke blir lyttet til skapte frustrasjon hos mine informanter, de følte seg mindreverdige, noe som forsterket usikkerheten mht foreldrerollen. Terapeuten innehar også en annen makt. Gjennom sine faglige kunnskaper og sitt profesjonelle språk kan profesjonsutøveren utøve definisjonsmakt både i forhold til hvilke rammer man forstår problemer innenfor og i forhold til hvilke løsningstiltak eller endringsforslag som er gyldige eller riktige. Med definisjonsmakt mener vi en makt til å definere og beskrive virkeligheten altså en makt til å få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten (Jensen og Ulleberg, 2011). Hvis man er avhengig av profesjonsutøveren, kan hun få makt til å tolke og definere problemene, kle det i et profesjonelt språk og foreslå mål for endring. Jensen og Ulleberg (2011) mener det er en stor utfordring å være bevisst denne makten og lytte til brukerens versjon av virkeligheten, særlig hvis den avviker fra den allmenne oppfattingen eller den konkrete profesjonsutøvers virkelighetsforståelse (Ibid). Eisler (2005) er opptatt av at man ikke bare må være bevisst denne makten, men at man må

snakke med familien om den. Profesjonsutøveren innehar altså spesielle faglige kunnskaper og et rikt utviklet språk. Disse kunnskapene kan brukes til å skape tillit hos brukeren, men det er også et element i en definisjonsmakt når det gjelder å forstå problemer og finne løsninger (Jensen og Ulleberg, 2011).

Men hva innebærer det egentlig å lytte? Jeg har vært inne på hvordan informantene definerte dette. Men slik jeg forstår Tom Anderson (2012), handler det mye om å bruke sansene. Jeg tolker det slik at det å lytte ikke bare er å høre, men det handler om å se og å kjenne etter. Vi må stille spørsmål ved det vi hører, ikke nødvendigvis overfor den andre, men inni oss selv. Hva er det egentlig den andre forteller meg nå? Hva skjer mellom oss nå? Anderson kaller dette den indre dialogen (Ibid). Vi vil alltid ha en indre dialog, men er vi bevisst denne, kan man søke å benytte oss av gode spørsmål som skaper refleksjoner også hos oss selv. Det å lytte blir da ikke bare å høre, men å kontinuerlig reflektere rundt det vi hører blir sagt og også «lytte» til det som skjer mellom terapeuten og den andre (Ibid).

I et av problemstillingens tilleggsspørsmål er det fokus på hvordan terapeuter kan skape en kontekst der foreldrene er mer delaktig. Alle informantene var samstemte i at dersom kommunikasjonen mellom terapeut og foreldre var bedre, ville også foreldrene føle seg mer inkludert.

5.4 «Det handler om noe mer».

Til tross for at dette ikke var en del av min problemstilling, ble foreldrene i mitt prosjekt opptatt av å snakke om årsaksforhold knyttet til spiseforstyrrelsen. Det kom frem mange meninger og oppfatninger rundt dette, og jeg har derfor valgt å dele denne delen av drøftingen i underkapitler. Dette for å få bedre oversikt over hva foreldrene var opptatt av. Jeg har forsøkt å knytte foreldrenes synspunkter opp mot relevant teori.

5.4.1 Hva er anoreksi?

Oppstår det 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 de 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 kanskje for å gi nyttig hjelp.

Jeg har derfor valgt å se på ulike måter å betrakte anoreksi på. Informantene i mitt prosjekt var opptatt av at anoreksi på overflaten kunne synes å handle om søken etter å ha en slank kropp, men at det egentlig handler om noe mer. Skårderud (2007) skriver at den oppvoksende generasjon eksponeres for en kultur med tynnhetsidealer og slankepress, der slank kropp og vellykkethet ofte blir knyttet sammen. Den vestlige forbrukerkultur med overfokus på kroppen som symbol for psykologisk og sosial mestring er med på å øke risikoen for spiseforstyrrelser. Han skriver også at spiseforstyrrelser alltid handler om lav og svingende selvfølelse. Foreldrene mente at miljøet på skolen og miljøet hjemmet var avgjørende for om en spiseforstyrrelse utviklet seg, og kommunikasjon ble nevnt av flere som et viktig tema. Spesielt var tre av fire opptatt av at det kunne være en risiko dersom mor og far kommuniserte dårlig sammen. De er her inne på familiære forhold som jeg kommer nærmere inn på nedenfor.

5.4.2 Familiære forhold.

Foreldrene i mitt prosjekt sier noe om at miljøet i hjemmet kan ha betydning på utvikling av anoreksi. Hva de mente med «miljøet i hjemmet» var litt uklart i historiene. Det som var tydelig var at hvordan familiemedlemmene kommuniserte med hverandre, var av betydning. Noen nevner at anoreksi kan være et symptom på noe annet, eller at det kan være en flukt fra noe som er vanskelig. En forklaring som blir brukt av flere informanter er at det er noe bakenforliggende, i familien eller hos individet, som utløser og opprettholder anoreksien. Med ordet «bakenforliggende» kan foreldrene mene så mangt. Hva mente de egentlig? Når det gjelder familiære forhold kan det kanskje dreie seg om selve familiedynamikken eller familiekulturen, som en mer indirekte påvirkning, men likevel som en av faktorene som utløser spiseforstyrrelsen. Dette spesielt siden de var opptatt av kommunikasjon. Kanskje kan det også handle om bekymring for å vikle seg inn i vonde sirkler der de ubevisst havner i kommunikasjonssekvenser hvor de forsterker spiseforstyrrelsen snarere enn å jobbe mot den. Dynamikken og kulturen i familier var i mange år fokuset for tilnærming til spiseforstyrrelser. Salvador Minuchin har vært og er fortsatt sentral i denne forståelsen. Han bruker uttrykket ”den anorektiske familie”. Disse familiene er ifølge ham preget av utydelige grenser mellom

generasjonene. De var preget av overinvolverte, men samtidig utydelige foreldre, da helst mødrene. Foreldrene ble beskrevet som å ha en adferd preget av konfliktunngåelse (Johnsen mfl., 2000). Noen av informantene nevner at de ser sirkulære bevegelser i mønstre, at f.eks. mor og far blir frustrert når barnet ikke spiser, og at dette igjen påvirker barnet psykisk. Dette vil kunne gjøre barnet usikkert og dermed forsterke barnets atferd. Dermed utvikles en spiseforstyrrelse. Jay Haley (2013) var også opptatt av noe av det foreldrene er inne på her. Flere delte og deler fortsatt hans tanker om at dersom familien er låst i negative atferdsmønstre, kan man ofte se at et eller flere av barna utvikler symptomer som representerer det dysfunksjonelle i familien. Paul Rhodes, en klinisk psykolog fra Australia, har skrevet en artikkel om behandling av anoreksi. Han refererer til at man tidlig på 1980 - tallet også hadde en oppfatning av at anoreksi kunne forstås ut fra at familiene var dysfunksjonelle, og at det var uklare grenser mellom generasjonene. Minuchin og Palazzoli var sentrale navn bak denne tenkningen (Rhodes, 2003). Selv om mine informanter var opptatt av visse mønstre i familien, betyr ikke det nødvendigvis at de tenkte at det var hovedårsaken. De var alle enige om at spiseforstyrrelsen er kompleks. Det er flere faktorer som spiller sammen. Eisler (2005) skriver i en artikkel at når det gjelder familier der en ungdom har anoreksi, er det lite forskning som konkret viser at disse familiene er dysfunksjonelle eller har en spesiell familiestruktur. Som tidligere nevnt mener han derfor at Minuchin's begrep «psykosomatic families» eller «den anorektiske familie» bør diskuteres. Eisler (2005) understreker at det er mange studier som knytter spesielle faktorer i en familie til spiseforstyrrelser. Men en eller to faktorer forklarer ikke nødvendigvis *hvorfor* anoreksi utvikles i disse familiene. Det er derfor nødvendig å se på hvordan flere faktorer innen familien påvirker hverandre. Det sistnevnte var flere av mine informanter enige i. Uansett hvordan familien fungerte før spiseforstyrrelsen oppsto, så har spiseforstyrrelsen stor innvirkning på familien som system. Eisler (2005) mener at mye av det som ses som dysfunksjonelt i familien ikke nødvendigvis er årsaken til at spiseforstyrrelsen oppsto, men at det har utviklet seg etter at ungdommen ble syk. Det er nettopp et eksempel på at anoreksien er kompleks, noe som mine informanter nevnte flere ganger.

5.4.3 Ikke- familiære forhold.

I utredningsserien 7:2000 fremkommet det at en rekke antagelser er fremmet fra kliniske miljøer om at spesifikke familieforhold eller familiekommunikasjon disponerer for spiseforstyrrelser, men de skriver at dette ikke er bekreftet i forskning (7:2000:9). Med det

vises derimot til at Fairburn og medarbeidere fant en rekke risikofaktorer knyttet til personlig sårbarhet. En risikofaktor var få nære venner. At foreldrene hadde tanker om at miljøet på skolen kunne være en medvirkende faktor, henger sammen med dette. I rapporten fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2009:8) om psykiske lidelser i Norge fremkommer det at de fleste barn og unge med symptomer på psykiske lidelser kommer fra vanlige familier. Johnsen (1995) og Eisler (2005) er også opptatt av at spiseforstyrrelser ikke kan knyttes til en bestemt familietype med de karakteristikkene som Minuchin tilla disse familiene på 1970-tallet. Johnsen minner om faren for generalisering, og nødvendigheten av å se på det spesielle og vesentlige for den enkelte ungdom og familie. Det er i dag vanlig å si at spiseforstyrrelser er multideterminerte, som vil si at det er en rekke forhold som bidrar til utviklingen av spiseforstyrrelse, aldri bare en. Ulike livsområder utspiller seg samtidig i våre liv og de kan sammen bidra til problemutviklingen (Torsteinsson, 2004). Eisler (2005) understreker også i sin artikkel at det er nødvendig å se på hvordan flere faktorer innen familien påvirker hverandre.

Foreldrene jeg har intervjuet var alle opptatt av at anoreksi også var symptomer på noe annet enn bare det å ha et ønske om en slankere kropp. Noen mente det kunne være en flukt fra noe vanskelig. Torsteinsson (2014) kommenterer til NRK en artikkel av Aas Føynum om hvordan spiseforstyrrelsen ble en slags redningsvest i en vanskelig tid. Hun bekrefter at mange unge jenter lever under et sterkt press hvor de skal gjøre det bra på skolen, trene og være perfekt, og at det er dagens medier og deres nærmeste omgivelser som utsetter dem for dette. En flukt fra noe vanskelig kan bety en flukt fra samfunnet og livet med press. Men det kan også handle om en flukt fra noe vanskelig som har oppstått, eller en vanskelig overgang. Røer (2006) vektlegger spiseforstyrrelsens meningsbærende signaler til omgivelsene om sammenbrudd eller krise. Skårderud (2007) skriver at spiseforstyrrelsen kan forstås som et språk eller en måte å kommunisere på, der maten og kroppen har blitt et språk for å takle følelser og livsproblemer.

De unge opplever at det som er trygt og kjent endres i overgangen fra barn til voksen bl a gjennom kroppens endring i puberteten og endringer i forventninger. Det å miste det kjente og trygge oppleves truende for noen (Bugge, 2003) (Skårderud, 2007). Mangel på opplevd kontroll i livet søkes gjenerobret gjennom å kontrollere maten og kroppen. Gjerde og Hjermandt (i Johnsen 1995) legger vekt på at ungdomstiden innebærer nye roller i forhold til familie og venner, og økende krav til å ta ansvar for seg selv. Andersen og Halvorsen skriver at anoreksi kan forstås som en krise knyttet til barnets utvikling av autonomi (i Johnsen, 1995). Johnsen

skriver om dette i boken «Vendepunkter». Spiseforstyrrelse kan være et uttrykk for en utviklingskrise, modningskrise, identitetskrise eller løsrivelse (Johnsen, 1995). Det er hevdet i studier (Masterson i Anderson mfl.) at foreldre til ungdom med anoreksi belønner adferd preget av avhengighet, og at mødre signaliserer emosjonell utilgjengelighet ved tegn på separasjon eller uavhengighet. I følge denne studien blir barnet overveldet av redsel ved tanken på å bli forlatt ved ethvert forsøk på individuering. Når barnet blir ungdom, kommer denne konflikten til syne ved at ungdommen søker å unngå eller utsette fysisk modning (2008). Disse studier hevder at problemer med utvikling av autonomi er sentral i å utvikle eller opprettholde anoreksi (Ibid).

Det er altså mange som er opptatt av at anoreksi kan være et uttrykk for en krise i livet, spesielt kriser som er knyttet til det å bli voksen. Dersom man skal se spiseforstyrrelsen som kommunikasjon, blir dette altså en måte å fortelle om verden at man er i en vanskelig situasjon. Foreldrene er inne på det samme når de beskriver uforutsigbarhet og for store overganger i livet uten å være forberedt, som mulige årsaker til utviklingen av anoreksi. I følge Skårderud (2007) har 30% av de med spiseforstyrrelser vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep. Livsproblemer og kriser oppstår gjerne gjennom hele livet, og vi må lære oss å takle dem (Johnsen, 1995). Med traumatiske opplevelser tidlig i livet er det forståelig at man står mindre rustet til å takle kriser som oppstår i ungdomstiden. Kanskje det er dette foreldrene også mente med at det ofte også er noe «bakenforliggende».

Alle foreldrene var likevel opptatt av at en spiseforstyrrelse er kompleks. Det er ofte flere faktorer som sammen utgjør en risiko. En av informantene nevnte også arv som en vesentlig faktor i forbindelse med utvikling av spiseforstyrrelsen hos sin datter. Connon og Stanley presenterte i 2003 at biologiske faktorer kan være med å bidra til utvikling av anoreksi (Eisler, 2005), men at det er en økende forståelse for kompleksiteten i årsaksforholdene.

Skårderud (2007) skriver at anoreksi ofte kan starte med en ting, men utvikle seg til noe annet, spesielt siden man opplever at den får en funksjon. En endring i familiestrukturen som følge av at anoreksien flytter inn, kan utvikle seg til nye mønstre der en type atferd forsterker en annen (Jensen og Ulleberg, 2011) (Eisler, 2005). Innen systemisk familierapi er man opptatt av at familien ofte låser seg i disse mønstrene og trenger hjelp til å endre dem (Hårtveit & Jensen, 2004). I tillegg er ofte ungdommen så syk at man må fokusere mye på det somatiske i behandlingen (Dimitropoulos m fl., 2015). Det blir derfor nesten umulig å finne årsaksfaktorene til spiseforstyrrelsen, fordi den nå har utviklet seg til noe annet enn det den i utgangspunktet var. Sett i systemisk perspektiv (Jensen og Ulleberg, 2011) er det heller ikke

nødvendig å finne årsaksfaktorene for å hjelpe ungdommen og familien, men man kan ta utgangspunkt i det som skjer her og nå (Eisler, 2005).

5.4.4 Viktig for behandling

I henhold til problemstillingen var foreldrene opptatt av viktigheten av deres delaktighet i behandlingen av ungdom med anoreksi. Som tidligere nevnt handlet dette om å bli hørt og om å få informasjon for å kunne hjelpe barnet best mulig. Eisler (2005) støtter i sin artikkel viktigheten av familiemedlemmers rolle i behandlingen, slik at de kan være gode støttespillere. Mine informanter var opptatt av at noe av det viktigste i behandlingen av ungdom med anoreksi var å realitetsorientere den syke. Foreldrene mente at det var en forutsetning for at forandring skulle skje, at ungdommen ble orientert om hvor syk hun var. Dette henger nært sammen med det foreldrene etterlyste av informasjon og kunnskap fra behandleren, men her legges det mer vekt på at ungdommen må få noen nye rammer å forstå verden fra, for å i hele tatt bli motivert til å jobbe mot spiseforstyrrelsen. På fagspråket blir dette ofte omtalt som psykoedukativ metode, og forklares i en artikkel av Thune- Larsen og Vrabel (2004).

Informantene var opptatt av at psykoedukative metoder manglet i behandlingen ved BUP. Kan dette også henge sammen med at de ikke fikk innblikk av hva som foregikk i individualsamtalen? Når foreldrene i tillegg ikke så noe bedring hos sitt barn, tenkte de kanskje at dette var det som manglet? Spesielt siden de heller ikke opplevde å få informasjon selv. Psykoedukative metoder henspiller seg på det pedagogiske element, der formidling av kunnskap og opplæring står sentralt. Sentrale undervisningstemaer i forbindelse med spiseforstyrrelser er symptomer, symptomenes funksjon, mulige årsaksfaktorer, mestringsmåter og samhandling (Thune- Larsen og Vrabel, 2004).

Flere av informantene hadde blitt oppmerksomme på, at dersom man skal bli fri fra anoreksien, måtte ungdommen knekke en kode. Dette ble også beskrevet som at det måtte skje et «klikk», og at det måtte være en hendelse eller situasjon som skapte dette klikket. Når jeg hører foreldrene snakke om denne type endring, blir jeg minnet om Gregory Bateson og hans beskrivelse av informasjon. Han kaller informasjon «en forskjell som gjør en forskjell» (Bateson, 2005:445). Det kan forstås slik at da mener han ikke bare informasjon, slik vi i dagligtalen tenker begrepet. Han mener alt vi klarer å sanse og registrere rundt oss. Dette kan for eksempel være å se ulikheten mellom to farger. Han mener at dersom vi skal se denne

ulikheten, må det være en forskjell mellom dem, som gjør en forskjell for oss, slik at vi kan registrere det. Når ny informasjon blir gitt, kan også endring skje. Jeg blir da opptatt av at dette klikket eller denne hendelsen, kan være det som gir ungdommen informasjon som gjør en forskjell, som igjen gjør en forskjell. Slik jeg ser det er dette også i tråd med Watzlawick's beskrivelse av forandring. Han skriver om to typer forandring; førsteordens og andreordens forandring (Watzlawick, Weakland og Fisch, 1980). Førsteordens forandring er den type forandring som kan finne sted innenfor den selvforståelsen og virkelighetsoppfattelsen pasienten allerede har. Men noen ganger må man finne frem til nye forståelser som tilbyr nye rammer for å løse problemet (Jensen og Ulleberg, 2011). Jeg forstår det slik at det handler om at man må endre sine forestillinger og lære seg å utforske nye måter å løse oppgaver på. Med et utvidet perspektiv på sin virkelighet, kan forandring i annen orden skje.

5.5 Hva er delaktighet?

I problemstillingen er jeg opptatt av å finne ut hva delaktighet er for foreldrene, hva de legger i delaktighet og hvor viktig delaktighet er for dem i behandling av ungdom med anoreksi. Ut fra det som kom frem i analysen og det som er drøftet ovenfor kan man si at alle informantene var opptatt av foreldrenes delaktighet som en viktig del av behandlingen. Alle følte at de ikke var delaktig nok i behandlingen av deres barn. De mente at delaktighet handlet om å bli hørt, uten å måtte føle at man må bruke virkemidler man i utgangspunktet ikke kjenner seg igjen i. Delaktighet for mine informanter handlet om å bli respektert, og å føle at man hadde en viss form for samarbeid med terapeuten. Det dreide seg her om å bli lyttet til, ikke bare hørt. Det handlet om å kunne oppleve en slags innflytelse i behandlingen og prosessen. Dette diskuterte jeg grundigere i kap 5.3. Mye av det informantene er inne på, minner om begrepet anerkjennelse.

5.5.1 Delaktighet handler om anerkjennelse?

Ingen av informantene brukte begrepet «anerkjennelse» i løpet av intervjuet, men måten de beskrev delaktighet på, gir assosiasjoner til begrepet.

Aamodt sier at anerkjennelse handler om gjensidighet og respekt i en relasjon. Forutsetningen for en bærende profesjonell relasjon er at partene anerkjenner hverandre som mennesker, med andre ord som likeverdige subjekter, men forhindrer ikke at partene er seg bevisst forskjelligheten. (Aamodt, 1997). Relasjonen mellom terapeut og familie er en asymmetrisk

relasjon som preges av at den ene har et problem som den andre har en etterspurt kompetanse i forhold til (Thornquist, 1994). Aamodt (1997) er opptatt av at relasjonen mellom hjelper og klient ikke skal bære preg av at hjelperen har en ekspertrolle ovenfor klienten. Hun viser til betydningen av samspill. Det å være *tilstede* hos den andre vil si: lytte, ha respekt for den andre som unik, og å vise at man bryr seg. Bruk av tid er sentral, og at det skjer et "møte" mellom personene. Dette er fenomener som sier noe om omsorg for den andre og respekten for den andre som menneske, forskjellig fra seg selv (Ibid). Samlet sett var det dette informantene mine snakket mye om i intervjuene. De savnet at det ble satt av tid til dem, der de ble lyttet til og møtt med respekt, og de knyttet dette til det å være delaktig. En informant følte at hun ble ignorert, og overhodet ikke ble sett på som unik. Heller ikke følte hun at det var noe samspill eller samarbeid mellom foreldrene og terapeuten. Sett i lys av Aamodt's tanker om anerkjennelse (1997), kan man si at det var anerkjennelse foreldrene snakket om når det gjaldt begrepet delaktighet. Kanskje er dette begreper som for foreldrene i denne kontekst går hånd i hånd. Jeg har derfor også valgt å se på begrepet delaktighet i Norske leksikon og i ordbøker. Jeg fant at delaktighet er et begrep som i dag brukes i flere ulike sammenhenger, og mye stemte overens med informantenes beskrivelser. I norske ordbøker og leksikon blir begrepet beskrevet som; aktiv medvirkning, ha del i eller av noe, innflytelse, følelse av å være til nytte, medhjelper, ha noe felles, være aktivt involvert i noe og å være del av en større helhet (Gundersen, 2013) (Store Norske leksikon). Dette samsvarer også med noe av det Aamodt (1997) mener har tilknytning til anerkjennelse.

5.6 Hvordan kan terapeuten legge til rette for at foreldrene kan få en mer delaktig rolle?

Informantene i mitt prosjekt var opptatt av å bli lyttet til og ha en viss innflytelse i behandlingen av sine barn. De var også opptatt av at det å bli informert om spiseforstyrrelsen generelt, men også om behandlingsforløpet, ville gi dem en viss trygghet og en følelse av å være inkludert. En terapeut som arbeider i en kontekst der man primært benytter seg av individualbehandling som tilnærming, kan ifølge mine informanter være mer oppmerksomme på foreldrene. De vil da oppleve at de har en mer delaktig rolle. Slik foreldrene beskriver det, innebærer ikke dette nødvendigvis ren familieterapi, der man arbeider med hele familien i hver samtale, men at man har en jevn dialog med foreldrene, og inkluderer dem i noen samtaler underveis i behandlingen. Foreldrene så også lite bedring hos sine ungdommer, og

beskriver derfor et alvor knyttet til at terapeuten kan være med på å opprettholde spiseforstyrrelsen. Tidligere har jeg nevnt hypoteser knyttet til terapeuten valg av individualterapi som tilnærming i behandlingen, men kan det være mulig å arbeide systemisk i individualsamtaler? Som beskrevet i innledningen er familieterapeuter i nyere tid opptatt av sosialkonstruksjonisme, som innebærer at vi konstruerer vår forståelse i språklig interaksjon med andre. (Hårtveit & Jenssen, 2004) Sosialkonstruksjonisme er opptatt av de prosesser som finner sted *mellom* mennesker som fører til at det skapes mening. De mener videre at det er disse prosessene som er viktige å studere og forholde seg til, ikke det som finnes inni hodet til den enkelte. Dette skiller seg derfor fra den kognitive tilnærmingen (Berge, 2008). Innenfor sosialkonstruksjonismen er man også opptatt av at tanker ikke eksisterer før det uttrykkes i språket, og man er opptatt av det som skjer mellom menneskene i et system (Lundby, 2003:23). Man kan tolke det slik at det kan være mulig å samtale med mennesker ut fra en sosialkonstruksjonistisk tankegang, uten å involvere andre i samtalen. Systemteorien baserer seg på å se individer som en del av et system, og ikke et enkelt individ som skaper mening kun ved å forholde seg til egne tanker og følelser. Man tenker at vi konstruerer vår virkelighet i relasjon med andre og gjennom språket (Jensen og Ulleberg, 2011). Hvordan kan man da samtale med et individ i et systemisk perspektiv? Det er hvordan man samtaler og hvilke spørsmål man som terapeut velger å stille, som er avgjørende for om behandlingen er systemisk rettet. Man kan stille reflekterende og sirkulære spørsmål, og gjøre pasienten mer bevisst og reflektert på hva som skjer i relasjoner med de nærmeste i systemet, som f eks foreldrene (Jensen og Ulleberg, 2011). Samtidig kan man involvere foreldrene i enkelte samtaler underveis i behandlingen, gi informasjon og styrke foreldrerollen slik at de kan fungerer som medhjelpere til behandling i hjemmet (Eisler, 2005). Slik jeg tolker mine funn, er det kanskje dette foreldrene savnet.

Det er ikke helt uvanlig å inkludere foreldre i behandlingen av barn og unge innen psykisk helse, selv ikke når behandlingen i utgangspunktet er individuell. Innen kognitiv atferdsterapi, som i utgangspunktet er en individualbehandling, er man for eksempel også opptatt av at foreldrene bør være involvert i behandlingen. Man har også her en forståelse av at foreldrene ubevisst kan være en del av problemet og/eller være med på å opprettholde det (Suveg m fl., 2006). Dowell og Ogles (2010) gjorde for eksempel en analyse av studier som har sammenlignet kombinerte behandlinger, som går ut på at både foreldrene og barnet er involvert i behandlingen ved individualbehandling av barnet. Ifølge dem tyder resultatene på at det er en moderat forbedring ($d = 0.27$) i behandlingsutfall forbundet med at foreldrene

involveres i barnets behandling sammenlignet med ren individualterapeutisk behandling av barnet. Det beskrives at i slike tilfeller blir foreldrene sett på som mål for terapeutiske tiltak på linje med barnet. Det innbefatter ulike roller foreldrene kan ha i gjennomføringen av barnets behandling. Man kan hevde at det er viktig at de ulike rollene foreldre kan ha er klart definert og beskrevet, slik at man vet hva som skiller dem. Det kan føre til at det blir enklere å undersøke betydningen den enkelte rolle har for utfallet av behandlingen. I teoridelen beskriver jeg hvordan Kendall (2006) skiller mellom tre roller foreldre kan ha i barnets behandling innen kognitiv atferdsterapi. Jeg vil gjenta disse her:

- 1) Foreldrene har en rolle hvor de gir terapeuten informasjon om forskjellige sider ved barnets problem. Det er de som henviser barnet og kjenner barnet best.
- 2) De har en rolle der de assisterer terapeuten i gjennomføringen av behandlingselementene. De er terapeutens forlengede arm, og har en medvirkning knyttet til behandlingen utenfor terapirommet/hjemme.
- 3) Foreldrene har en rolle der de har en vedlikeholdende funksjon i forhold til barnets vansker. De er opplyst om hva pasienten må øve på og hvilke metoder man kan benytte seg av for å hjelpe seg selv, som har vært en del av barnets/ ungdommens individuelle samtaler med terapeuten.

Kendall (2006) mener her at ettersom foreldrene kjenner barnet bedre enn terapeuten gjør, vil de i mange tilfeller være bedre i stand enn terapeuten til å formidle informasjon til barnet på en måte som barnet forstår. Det at barnet får informasjon om sin psykiske vanske og hvordan den kan mestres er i mange tilfeller nødvendig for å få et positivt behandlingsutfall. Foreldrene spiller med andre ord en rolle som formidlere av vesentlig informasjon.

Hva kan man gå glipp av som følge av å utelate foreldrene i behandlingen? Eisler (2005) mener at det er nødvendig å se på hele familiesystemet i behandlingen av ungdom med anoreksi. Ofte kan det ha utviklet seg atferdsmønstre mellom de enkelte familiemedlemmene rundt spiseforstyrrelsen, som er med å opprettholde problemet, heller enn å løse det. Dersom terapeuten utelukker denne tenkningen, vil da pasienten komme tilbake til et system som er uheldig for tilfriskningen? Pasienten har kanskje fått mulighet til å bearbeide egne tanker og følelser rundt eget liv, men det vil kanskje være vanskeligere å komme ut av spiseforstyrrelsen, dersom systemet rundt pasienten ikke er med på endringen. I følge mine informanter var dette en problemstilling som var viktig for dem å få formidlet. De følte at de

kanskje kunne ha vært til mer hjelp for deres barn dersom de hadde vært mer delaktig i behandlingen.

Informantenes historier gir indikasjoner på at terapeuten kan bli en opprettholdende faktor ved å utelate foreldrene, og de viser at det er mulig å overse foreldre i en kontekst der terapeuten jobber individuelt. Terapeuten står derfor med et stort ansvar knyttet til behandling av ungdom med anoreksi. Kan det derfor tenkes at retningslinjene her burde vært klarere i forhold til involvering av foreldrene? Kunne man tenke seg at dette kunne vært et krav? Jeg velger å la disse spørsmålene stå åpne.

5.7 Kritisk blikk til historiene; hva handler de om?

Kan det være en mulig fallgrube at foreldrene jeg har intervjuet har barn som har hatt behov for tilbud i 3. linjetjenesten? Jeg søkte ikke dette bevisst, men det var de informantene jeg fikk. Invitasjonsbrevet (vedlegg 1) med presentasjon av problemstillingen kan, som presentert i analysedelen, ha hatt innvirkning på det utvalget jeg endte opp med. Spesielt siden jeg er opptatt av delaktighet i en behandling som i utgangspunktet er individuelt rettet. Noen opplevde det kanskje som uklart, spesielt de som hadde slått seg til ro med at behandlingen var individuell og dermed inkluderte foreldre i mindre grad (Berge, 2008). Dersom jeg hadde intervjuet foreldre der ungdommen hadde hatt terapeutisk utbytte av individualbehandling, ville jeg mest sannsynlig fått andre historier. Kanskje mer glade historier. Foreldrene jeg intervjuet hadde opplevd en frustrasjon og fortvilelse, og hadde mest sannsynlig ut fra mine opplevelser av samtalene, et behov for å få fortalt sin tøffe historie om møtet med hjelpeapparatet. Siden de i tillegg var opptatt av egne opplevelser av ikke å bli lyttet til, var det nå en lettelse for dem at det endelig kom noen som var interessert i å lytte til deres stemme? Flere av informantene fortalte dette selv, at de ikke hadde hatt mulighet til å snakke med noen om sine egne opplevelser fordi alt fokuset naturligvis falt på det syke barnet i familien. Dette har tydelig vært med å farge mine funn, og den såre og bitre fortvilelsen skinner godt igjennom i alle historiene. Likevel er det også viktig å nevne at flere av informantene også kunne fortelle at det nå gikk bedre med deres barn, men at de alle hadde hatt behov for innleggelse på sykehus for å bli friske. Foreldrene forteller at den dagen barnet kom i kontakt med en heldøgns behandlingsavdeling, kunne de endelig senke skuldrene sine. Kanskje handlet dette om diskursen om at når man innlegges på sykehus eller i en «reparasjons»-institusjon, vil alt ordne seg? På en annen side kan det heller ikke utelukkes at

foreldrenes historier faktisk handler om et møte med terapeuter som ikke hadde nok erfaring og kompetanse på spiseforstyrrelser, eller som ikke håndterte kommunikasjonen med foreldrene på et profesjonelt plan.

I mitt prosjekt var jeg opptatt av foreldrenes opplevelse av og tanker om det å være delaktig i behandlingen. Svarene jeg fikk, resulterte i noen funn som omhandlet deres historier om det å møte terapeuter i hjelpeapparatet. Jeg hadde et ønske om å få noen svar på hvordan man kan involvere foreldre i individualterapi, men fikk heller mange historier knyttet til hva som kan skje dersom foreldrene blir oversett. Det er ikke tvil om at foreldrene jeg har intervjuet har vært frustrerte. Jeg har i drøftingen forsøkt å sette mine funn opp mot teori. Da det er mange teorier som støtter foreldrenes ytringer, har jeg likevel gjort et forsøk på å se utfordringene fra terapeutens ståsted, spesielt med hensyn til tidsbruk. Teorier og retningslinjer har mange gode anbefalinger, men den store oppgaven er å ta dette til etterretning og få det ut i praksis. Med fulle pasientlister og tidspress kan dette synes å være vanskelig (Røer, 2006). Mine informanter hadde en opplevelse av at terapeutene ikke hadde nok kunnskap om spiseforstyrrelser, og jeg har drøftet noen hypoteser knyttet til dette. Likevel må jeg ta hensyn til at mine funn understreker viktigheten av å ha fokus på kvaliteten på tjenestene terapeutene gir, spesielt med tanke på terapeutenes mulighet til å opparbeide og vedlikeholde kompetanse på spiseforstyrrelser. Stadig nyere forskning viser at desto yngre pasienten er, jo viktigere er det å involvere foreldrene i behandlingen (Demitropoulos m fl, 2015)

Som nevnt i analysedelen er det også viktig å ha med seg det faktum at jeg kan ha lagt føringer i invitasjonsbrevene, men også i intervjuene ved selv å holde fokus på delaktighet. Siden jeg spør om hvordan foreldrene opplevde å være delaktig og om hva de legger i begrepet, blir foreldrene også opptatt av å svare på nettopp det. Kanskje var dette ikke et tema for dem før jeg satte spørsmål ved det, med tanke på at barnet deres hadde vært til behandling med fokus på individualterapi. Samtidig opplevde jeg foreldrene som svært engasjerte rundt tematikken, noe som også kan være en indikasjon på at dette var noe de hadde sittet inne med en stund. Men det kan ikke utelukkes at de hadde hatt andre historier dersom jeg hadde spurt om opplevelser rundt behandlingen generelt, uten å nevne min problemstilling. Som nevnt tidligere ville jeg kanskje også fått andre informanter dersom delaktighet ikke var nevnt i invitasjonsbrevene.

Etter et 4-årig studie i familieterapi og systemisk praksis, er jeg naturlig nok farget av denne måten å arbeide med spiseforstyrrelser på, til tross for min søken etter en åpen holdning i arbeid med dette prosjektet. Dette er et viktig perspektiv å ta med seg i refleksjonene rundt

svarene jeg fikk, da jeg som intervjuer vil kommunisere dette i måten jeg stiller spørsmålene på og hvordan jeg snakker om tematikken i samtalen. (Jensen og Ulleberg, 2011).

6.0 Oppsummering.

Jeg vil i dette kapittelet kort oppsummere prosjektets sentrale elementer og funn i henhold til problemstillingen. Jeg har valgt et prosjekt som tar for seg familiers møte med terapeuter i behandling av ungdom med anoreksi. Oppgaven har fokus på foreldrenes opplevelse av behandlingen og i hvilken grad de føler de har en delaktig rolle. Dette er noe som har engasjert meg og som fikk ny betydning i løpet av studiet i familieterapi.

Mitt fokus i denne studien var foreldres møte med terapeuter som jobber i et system hvor det er mulig, men ikke nødvendig å inkludere familien i behandlingen. Jeg ønsket å se hvordan foreldrene opplevde at disse terapeutene var opptatt av familiemedlemmers delaktighet i samtale.

I problemstillingen var jeg opptatt av foreldrenes opplevelser av egen rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi, der behandlingen ikke hadde som intensjon å inkludere hele familien. Jeg var derfor opptatt av delaktighet, dette ble et viktig begrep i intervjuprosessen. Det viste seg også at foreldrene hadde mange historier de assosierte med dette begrepet.

Blant annet fortalte foreldrene historier om «å bli enn annen enn jeg er». Dette dreide seg om at de følte at de måtte bruke sterke virkemidler for å få hjelp. De var også opptatt av å bli lyttet til av terapeuten, noe de opplevde i liten grad i møtet med hjelpeapparatet. Gjennom disse historiene var det tydelig at foreldrene ikke opplevde at de hadde vært delaktig i behandlingen. Flere mente at det å være delaktig, var nettopp å bli hørt, og å oppleve en viss form for innflytelse.

I problemstillingen ønsket jeg også å ta for meg hvilke forventninger foreldrene hadde til sin rolle i behandlingen. Alle foreldrene begynte da å snakke om forventninger generelt i behandlingen. De var opptatt av at de savnet det å få kunnskap om sykdommen, slik at de var rustet til å bedre kunne hjelpe ungdommen hjemme. Når det gjaldt forventninger til delaktighet, var de samstemte i at de hadde store forventninger om å være mer deltagende både i samtaler og i behandlingen som helhet. De hadde også forventninger om at terapeuten skulle være mer opptatt av foreldrenes rolle.

Underveis i intervjuene fortalte foreldrene mange historier som omhandlet spiseforstyrrelsen. Selv om dette ikke var en del av min problemstilling, ble dette likevel et eget punkt i analysen. Det ble derfor også naturlig å ta det med i drøftingsdelen. Historiene omhandlet opplevelser og tanker om bakgrunnen for utvikling av anoreksi, opprettholdende faktorer og

tanker om hva som må til for at pasienten skal bli frisk. Mye var i tråd med tidligere forskning. Jeg delte denne delen opp i egne avsnitt ut fra foreldrenes forforståelser om årsaker til utvikling av sykdommen; familiære forhold og ikke-familiære forhold. Videre hadde jeg et eget avsnitt der jeg drøftet det som kom frem under intervjuene av hva som var viktig for behandlingen. Informantene var her opptatt av psykoedukasjon overfor pasienten var viktig, noe de kalte realitetsorientering. Videre kom det i dette punktet frem at foreldrene mente det måtte skje «et klikk» for at pasienten skulle bli frisk, noe som blant annet kan knyttes til Batesons teorier om «en forskjell som gjør en forskjell», og også om Watzlaviks teori om «annen ordens forandring».

Alle foreldrene var opptatt av delaktighet, og ønsket at de hadde vært mer inkludert i behandlingen. De mente at terapeuter kunne skape en kontekst der foreldrene var mer delaktig, dersom kommunikasjonen mellom terapeut og foreldre var bedre. Foreldrene var opptatt av at bare det å få kunnskap om sykdommen, men også om behandlingsprosessen, ville være med på at de følte de hadde en mer delaktig rolle.

Mine funn viser at det er mulig å overse foreldre i en kontekst der terapeuten jobber individuelt. Terapeuten står derfor med et stort ansvar knyttet til behandling av ungdom med anoreksi. Kan det derfor tenkes at retningslinjene her burde vært klarere i forhold til involvering av foreldrene? Kunne man tenke seg at dette kunne vært et krav?

Foreldrenes opplevelse av begrepet delaktighet handlet mye om Aamodt's beskrivelse av anerkjennelse (1997). Det handlet om å bli hørt, å ta del i, om samarbeid og å bli møtt som et menneske, som et likeverdig subjekt, men at det ikke forhindrer at partene er seg bevisst forskjelligheten.

En del av min problemstilling omhandlet spørsmålet om hvordan en terapeut kan legge til rette for at foreldre skal få en mer delaktig rolle. Mine informanter savnet det å ha en dialog og dermed et samarbeid med terapeuten, slik at de kunne føle seg tryggere på sin rolle overfor barnet. Man kan tolke det slik at foreldrene ikke nødvendigvis var opptatt av ren familieterapi, men at de kunne inkluderes i enkelte samtaler underveis i behandlingen. Man kan samtale med pasienten alene, men likevel ha et perspektiv som retter seg mot forståelsen av at individet befinner seg i et system. Det er måten man samtaler på og hvilke spørsmål man stiller som avgjør om man arbeider systemisk i individualsamtaler (Jensen og Ulleberg, 2011). Det er heller ikke helt uvanlig at man samarbeider med foreldrene i individualbehandling av barn og unge innen psykisk helse generelt. Et eksempel er kognitiv atferdsterapi (Suveg m fl.,

2006). Flere innen denne tradisjonen er også opptatt av at foreldrene bør ha en rolle i behandlingen av barn og unge, primært fordi de kan være til hjelp for terapeuten (Kendall, 2006). Men det er også en tanke innenfor denne tradisjonen om at foreldrene ubevisst kan være en del av det som blant annet opprettholder problemet (Suveg m. fl., 2006). Ut fra mine funn har terapeuten et stort ansvar, og det kan være en mulighet for at terapeuten kommer i fare for å opprettholde spiseforstyrrelsen.

Jeg har avslutningsvis forsøkt å ha et kritisk blikk til egen forskning, samt å indentifisere mulige fallgruver. Mye av drøftingen er knyttet til hvordan foreldre ønsker å bli møtt av hjelpeapparatet, og jeg forsøkt å diskutere foreldrenes opplevelser opp mot relevant teori. Det er flere måter å forstå foreldrenes historier på, og mest sannsynlig var de også farget av måten jeg kommuniserte med foreldrene på under intervjuene. Det utvalget jeg fikk av informanter kan også være preget av hvordan jeg presenterte prosjektet i invitasjonsbrevene. Blant annet var jeg tydelig på at fokuset var foreldrenes rolle og delaktighet, og at dette gjaldt behandling som i utgangspunktet var individuell. Dette kan ha lagt føringer for at de som takket ja til å delta i mitt prosjekt, var nettopp de med en forforståelse om å være mer delaktig da deres barn var i behandling.

«En gang spurte jeg en behandler om hvorfor denne kampen var så forferdelig vanskelig. Da svarte hun: «den skal være så tung og hard at du aldri vil ha lyst til å vende tilbake for å gå veien en gang til».

(Therese, 16 år)

7.0 Litteraturliste.

- Aamodt, Laila Granli (1997). Den gode relasjonen. Større, omsorg eller anerkjennelse? Gyldendal Norsk forlag. Oslo
- Andersen, Tom (2012) 3. utgave. 7.opplag. Reflekterende processer. Samtaler om samtalerne. Dansk psykologisk forlag AS. København.
- Anderson, Harlene & Jensen Per (red)(2008)1Utg. Inspirasjon.
- Anderson, Harlene (2003). Samtale, sprog, terapi. Hans Reitzel. København.
- Bateson, Gregory (2005). Mentale systemers økologi: skridt i en utvikling. Akademisk forlag. København.
- Berge, Torkil (2008). Håndbok i kognitiv terapi. Gyldendal akademiske forlag, Oslo
- Dimitropoulos, Freeman, Lock, Le Grange (2015). Clinician perspective on parental empowerment in family based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of family therapy* 2015.
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 151-162. doi: 10.1080/15374410903532585
- Eisler, Ivan. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of family therapy* (2005) 27:104-131
- Gundersen, Dag (2013). Norske synonymer blå ordbok. Kunnskapsforlagets blå ordbøker. Oslo
- Haley, Jay (2013). Leaving Home: The Therapy Of Disturbed Young People. Forlag: Taylor and Francis.
- Jensen, Per og Ulleberg, Inger (2011). Mellom ordene.
- Johnsen, Astri (1995).Vendepunkter. Tano Aschehoug. Oslo
- Johnsen Astri, Sundet Rolf, Torsteinsson Vigdis Wie (2000). Samspill og selvopplevelse, nye veier i relasjonsorienterte terapier. Tano Aschehoug. Oslo

- Kendall, P. C. (2006). Guiding Theory for Therapy with Children and Adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (3rd ed., pp. 3-30). New York: The Guilford Press.
- Kennair, Leif Edward Ottesen, red. (2014). *Psykoterapi- tilnæringer og metoder*. Gyldendals akademiske forlag. Oslo.
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2012). 2. utg. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal.
- Malterud, Kirsti (2003) *Systematisk tekstkondensering*. Oslo
- Rhodes, Paul (2003) Artikkel: *The Moudsley Model of Family Therapy for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: Theory, Clinical Practice and Empirical Support*
- Russel GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. *An evaluation of familytherapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa* 1987;44:1047-56)
- Røer Anne (2009). *Spiseforstyrrelser- symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo. Gyldendal.
- Skårderud Finn,(2000)1.utg. *Sterk Svak, Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo Aschehoug tilpasning
- Skårderud, Finn (2001)1.utg. *Tapte ansikter. Introduksjon til en skampsykologi.1: Wyller Trygve(Red) Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Skårderud Finn (2008) *Hellig anoreksi. Sult og selvskaide som religiøse praksiser*. Catarina av Sienna (1347-80) s. 408-420 *Tidsskrift for Den Norske Psykologiforening* nr 4
- Skårderud, Finn (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Universitetsforlag. Oslo
- Store Norske Leksikon. Funnet her: <https://snl.no> (lest 06.08.15)
- Suveg, C., Roblek, T. L., Robin, J., Krain, A., Aschenbrand, S., & Ginsburg, G. S. (2006). Parental Involvement When Conducting Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 287-299.
<http://dx.doi.org/10.1891/jcop.20.3.287>
- Thagaard, Tove (2013). 4. utg. *Systematikk og innlevelse*. Bergen. Fagbokforlaget.

Thune-Larsen K-B, Vrabel K. Spiseforstyrrelser- hvordan arbeide med familien? Tidsskrift Nor Lægeforen nr.17, 2004;124:2254-7

Thornquist, E. (1994) Anerkjennelse og avhengighet. Tidsskrift Norsk Legeforening nr.

Torsteinsson, Vigdis Wie og Johnsen Astrid (2012). Lærebok i familieterapi. Oslo. Universitetsforlaget.

Torsteinsson, Vigdis Wie. Praksis som kunnskapsarena. Hvordan kan kliniske erfaringer i praksis bidra til bedre forskning? Impuls nr. 2, 2004;87-98.

Torsteinsson, Vigdis Wie (2014) Uttalelse til NRK Vestfold.

Funnet her: www.r-bup.no/pages/skremmende-utvikling-blant-unge-jenter (lest 05.07.15)

Treasure J, Gavan K, Todd G, Schmidt U. Changing the environment in eating disorders: working with families to improve motivation and facilitate change. Eur Eat Disord Rev 2003;11:25-37.

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

Watzlawick, Weakland og Fisch (1980). Forandring. Gyldendal. Oslo

Retningslinjer/ lovverk:

National Collaborating Centre for Mental Health, National Clinical Practice Guideline Number CG9 (2004). Hentet fra:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29220/29220.pdf> (lest 05.05.14)

Sosial- og helsedirektoratet: ” Alvorlige spiseforstyrrelser- retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten” IS -2714 Oslo mai 7: 2000

Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Utredningsserie 2-2001.

Nasjonalt folkehelseinstitutt: ”Psykkiske lidelser i Norge- Et folkehelseperspektiv”

Rapport 2009:8

Vedlegg 1: Invitasjonsbrev

Til Respondenter

Fredrikstad 20.06.14

Forespørsel om deltagelse i mastergradsprosjekt

Jeg skriver på en masteroppgave i familierapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo, og søker derfor mødre eller fedre der en ungdom har vært i behandling for anoreksi, dette ved klinikker som først og fremst tilbyr individual behandling.

Mitt tema er: *behandling av ungdom med anoreksi.*

Følgende problemstilling vil være aktuell:

Hvordan opplever foreldre sin rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi, når behandlingen først og fremst har fokus på individuelle intervensjoner?

Jeg ønsker å ha fokus på foreldrenes rolle; i hvilken grad foreldre opplever å være delaktig i behandlingen, hva de legger i ordet ”delaktig” og hvor viktig det er for foreldrene å være en deltagende aktør i behandlingen. Videre er jeg opptatt av hvordan foreldre tenker at terapeuter kan skape en kontekst der foreldre kan få en mer delaktig rolle.

Intervjuet vil vare ca en time. Jeg vil intervju en og en person, og be deg om å fortelle fritt om det «å være delaktig». Jeg vil forsøke å få frem historier om opplevelsen av egen rolle under behandlingen ved å stille noen åpne spørsmål. Intervjuet vil bære preg av en samtale.

Deltagelsen er frivillig, og respondenten står fritt til å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn til dette. All informasjon som du/dere gir under intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Jeg vil benytte lydbånd under opptaket. Dette vil bli oppbevart i låsbart skap og slettet/makulert etter oppgavens innlevering og sensur er satt.

Håper på velvillig respons.

Vennlig hilsen

Elin Larsen

Langøyåsen 2

1679 Kråkerøy

Tlf: 95064328

elin_lars78@hotmail.com

Vedlegg 2: Intervjuguide

Problemstilling.

Hvordan opplever foreldre sin rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi, når behandlingen først og fremst har fokus på individuelle intervensjoner?

Introduksjon.

Jeg er opptatt av å se hvordan foreldre opplever sin rolle i behandlingen av ungdom med anoreksi. Først og fremst fordi jeg gjennom studiet i familierapi har en tro på at problemer ikke oppstår uavhengig av menneskene de bor sammen med, og derfor heller ikke kan løses fullt og helt uten å involvere disse. Dette spesielt siden ungdom som regel bor sammen med sine foreldre. Det foreligger også nasjonale og internasjonale retningslinjer for hvordan spiseforstyrrelser skal behandles, og disse anbefaler sterkt at familien skal involveres i behandlingen. Desto yngre ungdommen er, desto mer bør familien være en del av behandlingen. Jeg er derfor nysgjerrig på familiens opplevelser av møtet med hjelpeapparatet, men først og fremst er det spennende å høre om hvordan foreldrene selv opplever viktigheten av å være delaktig, og ikke minst hva det innebærer for dem å være delaktig.

Intervjuguide.

Kan du fortelle litt om deg selv? Alder, sivilstatus, arbeid?

Hvor gammel var barnet ditt da dere kom i kontakt med hjelpeapparatet?

Hvordan kom barnet ditt i kontakt med hjelpeapparatet? Var det noen andre enn dere som involvert i kontakten?

Hva vil det si for deg å være delaktig?

Hvordan opplever du at du/ dere har vært delaktig i behandlingen?

Hva skal til for at man skal føle man har en viktig rolle i behandlingen?

Hvor viktig er det for deg å være en delaktig i behandlingen?

Hvilke forventninger hadde du til din egen rolle i behandlingen?

Hva tror du var med på å skape disse forventningene?

Følte du deg noen gang utelatt eller oversett under behandlingen?

Var det noe du savnet fra terapeuten sin side, i forhold til din rolle i behandlingen?

I hvilken grad har du opplevd at terapeuten har vært opptatt av din rolle i behandlingen?

Hva kan terapeuter gjøre for å tydeliggjøre foreldrenes rolle under behandlingen?

Tenker du annerledes om din rolle i behandlingen nå i ettertid?

Er det noe annet du tenker jeg burde ha spurt deg om?

Om intervjuet:

Hva var vanskelig å forklare?

Opplevde du at noe ble helt feil?

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

Tror du jeg har misforstått noe?

Har du noe å tilføye?

Vedlegg 3: Utdrag fra transkripsjoner.

1. Mann: ja, men det går fint. Eh, jo fra X og, det gikk jo langt, og vi skjønte tidlig at her var det ting som ikke var normalt. Og det kan ha sin, det er jo mange årsaker som kan påvirke det. Det kan være mye miljøet rundt ho på skolen, det kan være ho som utvikler seg, ting innenfor familien som kanskje kan være problematiske og sånne ting. Men fra det og liksom skjønne at ting ikke er som det skal være, og liksom fastslå at barnet virkelig lider av anoreksi, det er en prosess.
2. Intervjuer: mhm
3. Mann: Liksom det atter, hallo det er, det her er virkelig noe som er gærent.
4. Intervjuer: mhm
5. Mann: det tar, det tar en stund før du kommer fram til det selv, og vi, men når da først vi skjønner atter det her er virkelig gærent, og at det er spiseforstyrrelser blant med masse andre ting også. For det her det henger jo sammen.
6. Intervjuer: ja
7. Mann: det, det ?? (01:21) raser jo på en måte når barnet ikke spiser så, da ser du jo at det kommer med andre psykiske ting inn i bildet, for barnet og, også for oss ikke sant. Du blir jo satt i en sprø situasjon. Og den ?? 01:40 som vi følte at du var med på da, den var jo fryktelig vondt.
8. Intervjuer: ja
9. Mann: for det første, ja, X begynte med det her når hun var 14. Og nå er hun jo 19.
10. Intervjuer: ja
11. Mann: og når hun da ble 16 så var hun såkalt klinisk myndig, det vil si at ho skulle bestemme selv.
12. Intervjuer: ja
13. Mann: men hun bodde jo her
14. Intervjuer: ja
15. Mann: under samme tak, og da pusha hun oss bare vekk. Og skulle, bare fortrengete, eller forvridde hele greia sånn som vi oppfattet det.
16. Intervjuer: mhm
17. Mann: sannhet var ikke sannhet lenger. Eller det var bare fordreining av alt. Brukte alle midler for å, ja gå korteste vei selv da.
18. Intervjuer: ja
19. Mann: og det er for foresatte så er jo det en fryktelig ond greie. For det er jo tillitsbrudd, det er, du stoler jo ikke på noen ting. Det blir jo bare tull og tøys.
20. Intervjuer: mhm
21. Mann: Også vet vi heller, visste vi heller ikke hvem knapper du har å spille på. Hvem skal vi kontakte, hva kan vi si, hva sier andre eventuelle til oss og sånt for eksempel bup og sånne ting
22. Intervjuer: mhm
23. Mann: og dem holdet jo korta fryktelig tett til brystet
24. Intervjuer: ja
25. Mann: eh, så det var, det var egentlig, da var foreldra ikke mange sure sild verdt for å si det sånn. Der mener jeg det må kunne gå an på et tidligere tidspunkt, og vertfall indignere foreldrene. Selvfølgelig er det mange forskjellige typer foreldre.
26. Intervjuer: ja det er jo det
27. Mann: og noen ganger kan det hende at det kan lønne seg og holde foreldrene utenfor og. Men ihverfall som det var for oss, vi var jo interesserte i å prøve etter beste evne og backe up og støtte og ordne sånn at, ja at X ble bra igjen
28. Intervjuer: mhm, ja ikke sant
29. Mann: eh, men det jo lettere sagt en gjort det og. Eh, hva skal man gjøre for å få et spiseforstyrrede barn til å bli bra, bra igjen. Det vil si, ihvertfall få vedkommende til å bli realitets orienterte og.
30. Intervjuer: ja
31. Mann: komme på bedringens vei, eller forstå den veien vedkommende må gå for å, for å bli bedre.
32. Intervjuer: ja. Jeg tenkte, nå har jo jeg noen spørsmål.
33. Mann: jo, du må gjøre det, ta dem, sånn innledning da, det som faktisk gjorde at X kom på X, og den veien hun måtte gå for å faktisk få X i den behandlingen. Eh, som sagt bup som da var liksom, dem påsto at de hadde nøklene for alt, eh og da holdt på det med taushetsplikt og det greiene der. Og alle piler, piler bare peket bare rett i bunn, det gikk bare verre og verre.
34. Intervjuer: ja
35. Mann: vi prøvde da, vi har en sånn ?? (05:23) så X fikk jo lov til å flytte ut der alene, bo der. Men det gikk jo heller ikke bra, det var jo, ja vi prøvde det, men det funket ikke det heller. Men til syvende og sist så måtte jeg bli så gæren, det vil si ikke bare jeg, men vi, jeg får si vi, vi bare jo sammen om det her men jeg måtte bli så gæren at jeg måtte gå opp på det bup-kontoret nå er det sånn at jeg går inn den døren her, så kan dere ringe politiet, hvis dere skal ha meg ut igjen.
36. Intervjuer: ja
37. Mann: eh, liksom jeg går ikke ut herifra før vi har et eller annet vedtak eller en eller annen avgjørelse på en konkret handling for å få X til å bli bedre. For her var det samtaler i månedsvis uten noe positive retning. Og, og det, da funket jo det. Men jeg syntes jo, det slet jeg med lenge etter på at man har nødt til å gå til sånne drastiske verk da for å i hele tatt får bevegelse i det greiene.
38. Intervjuer: ja
39. Mann: Da ble X langt inn på VEUM, på akuten der. Og ja. Og da var ihvertfall en ball i gang for å få.
40. Intervjuer: ja
41. Mann: X skjønte selv da at, nå er det alvor. Nå går det ikke an og ?pjatte? lenger, og det her er jo drastisk. Også var det da den perioden der som etter syvende og sist endte med at nei dem hadde ikke penger, nå handler det om økonomi, nå har vi ikke plass lenger og nå har vi tilbud til henne i X.
42. Intervjuer: ja
43. Mann: og det var ganske skittent det opplegget der og. Enda at, fikk kjempe bra behandling av personalet på X og sånne ting. Men da dem som satt på pengene dem, nei hun skal til X for der var det da et tilbud til anorektikere da. Eh, det var jo da, eldre anorektikere, det vil si damer på 30 år som hun da må bo sammen med. Som, det var en