



# Systemisk tankegang i behandling av anoreksi

EN MASTEROPPGAVE I MASTERPROGRAMMET  
FAMILIEBEHANDLING VED OSLO MET

SKREVET AV MIA HOLHJEM ALMLI

# Sammendrag

Denne oppgaven er en kvalitativ studie. Det er foretatt seks intervjuer, på fire forskjellige institusjoner i Norge. Intervjuene er gjennomført på sen høst 2018. Målet med disse intervjuene var å få et innblikk i valgene terapeutene foretok i behandlingen av anoreksi. Problemstillingen lyder som følger: *hvordan operasjonaliseres den systemiske tankegangen i behandlingen av barn og unge med anoreksi?* Problemstillingen er blitt belyst med fire funn fra analysen. Jeg vil nå ha en kort oppsummering av min undersøkelse.

Jeg fant fire forskjellige grupper jeg mente representerte sider av den systemiske tanken; 1. Mobiliseringen av et nettverk, 2. Symptombærer har masse makt, 3. Spiseforstyrrelsen flytter inn til familien, 4. Familien kjenner seg selv best. Overskriftene til disse funnene er enten hentet rett ut fra et intervju eller er et forsøk på en felles overskrift over like meninger blant informantene.

I analysedelen ble flere systemiske tanker registrert, og ble lagt til grunn i valg terapeutene foretok i behandlingen. Dette viser oss at den systemiske tanken er sterkt forankret i familierterapi. Men analysen viser oss ikke bare forskjellige deler av den systemiske tanken, men viser oss hvor omfattende og komplekst den systemiske tankegangen brukes.

Denne oppgaven viser oss at en systemisk tankegang for eksempel kan brukes slik: for at terapeutene skulle klare å mobilisere et givende og hjelpende nettverk for familien var det viktig at de hadde en tanke om at det er familien som kjenner seg selv best. Denne tanken bygget terapeutene opp under med en spørrende holdning fra Milano-gruppen.

Terapeutene brukte denne spørrende holdningen til å stille forskjellige spørsmål til familiene, med et ønske om å gi ny informasjon tilbake til dem. De ønsket ikke å gjøre seg selv viktige, men ville sette i gang prosesser. Disse prosessene mente terapeuten at det bare er familiene som kan avslutte. Det er familien som skal finne løsningene, terapeuten skal være til hjelp for å få familien dit.

# Forord

Jeg ønsker å starte med å takke alle mine seks flotte informanter. Dere viste meg at det var interesse for feltet og var med å gjøre dette forskningsarbeidet mulig. Takk for alt dere ga i intervjuene, av både historier, refleksjoner og råd, men ikke minst at dere ga av tiden deres.

Fra OsloMet ønsker jeg å takke alle inspirerende lærere og foredragsholdere. Dere har vært med på å gjøre disse tre årene til en givende reise. Min veileder, Kjetil Wathne, fortjener også en takk. Når jeg sto helt uten retningssans i analysen, hjalp han meg med å finne riktig retning for oppgaven min.

En annen som behøver en stor takk i dette arbeidet er Jarle Svardal som har vært min praksisveileder. Han har kommet med gode råd til denne oppgaven, foreslått litteratur og bistått ved å åpne dører for informanter.

Tusen takk til foreldrene mine, dere har vært en stor hjelp når denne veien har vært tung å gå. Takk for troen dere har hatt på meg, og dyttet meg videre. Jeg ønsker også å rette en litt ekstra spesiell takk til min mor. Takk for alle timene du brukte på leseleksene når jeg gikk på barneskolen. Uten disse timene hadde jeg nok aldri valgt å ta høyere utdanning. Og en stor takk til Christopher, min samboer. Alle timene vi har diskutert denne oppgaven har vært uvurderlige.

Den siste som fortjener en spesiell takk i dette arbeidet vil dessverre ikke få til å lese det. Likevel skal han løftes frem. Eirik lærte meg at livet ikke alltid er så enkelt å leve, og at noen ganger deler livet ut litt dårlige kort. Denne utdelingen kan føre til at noen ting kan føles uoppnåelig. Eirik har vært solskinet mitt når slike følelser har overveldet meg, og han har vært beina jeg kunne stå på, når mine skalv. Denne støtten har nok delvis vært en årsak til at jeg valgte å hoppe ut i en mastergrad. Jeg kommer alltid til å huske deg for det.

*Oslo 15. mai 2019*

Mia Holhjem Almlie

## Innholdsfortegnelse

Hvordan operasjonaliseres den systemiske tankegangen i behandling av barn og unge med anoreksi?.....	4
1. Innledning .....	4
1.1. Oppgavens oppbygging .....	4
1.2. Bakgrunn og tema for oppgaven .....	5
1.3. Rammer for oppgaven .....	6
2. Relevant teori.....	7
2.1. Begrepsavklaring .....	7
2.2. Teoretisk ståsted .....	8
2.3. Systemisk tankegang .....	10
2.4. Historisk utvikling av anoreksi som lidelse .....	13
2.5. Skjæringspunktet .....	16
3. Metode.....	19
3.1. Metode .....	19
3.2. Etikk .....	20
3.3. Utvelgelse av informanter .....	22
3.3.1. Presentering av informantene .....	23
3.4. Gjennomføring av intervju.....	25
3.5. Transkribering.....	26
3.6. Analysestrategier .....	26
3.7. Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet.....	28
3.8. Forskerens selvrefleksivitet .....	29
4. Presentering og drøfting av resultat .....	32
4.1. Mobiliseringen av et nettverk .....	32
4.2. Symptombærer har masse makt .....	37
4.3. Spiseforstyrrelsen flytter inn til familien .....	43
4.4. Familien kjenner seg selv best.....	47
5. Sammenfatning.....	53
Referanser .....	60
Vedlegg 1: Bilde.....	62
Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i masteroppgave.....	63
Vedlegg 3: Samtykkeerklæring.....	64
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	65
Vedlegg 5: Intervjuguide .....	67

# Hvordan operasjonaliseres den systemiske tankegangen i behandling av barn og unge med anoreksi?

## 1. Innledning

---

I denne oppgaven skal jeg jobbe med valgene terapeutene tar i behandlingen og se på disse valgene opp mot den systemiske tankegangen. Jeg skal se på det vitenskapelige punktet når feltet anoreksi møter feltet systemisk tenkning. Problemstillingen lyder som følger; *hvordan operasjonaliseres den systemiske tankegangen i behandlingen av barn og unge med anoreksi?* Målet med oppgaven er å få et innblikk i hvordan man kan bruke den systemiske tankegangen på forskjellig måter i behandling og hvorfor terapeuter mener det kan være en hensiktsmessig måte å jobbe på. Den systemiske tanken ble også forankret gjennom lovforslag som ble innført i februar 2019.

### 1.1. Oppgavens oppbygging

Oppgaven deles inn i fem forskjellige kapitler. I første kapittel vil jeg utdype problemstillingen og hvorfor jeg valgte akkurat denne, samt gå igjennom rammene for oppgaven. Jeg har valgt å kalle kapittel to for relevant teori. Her vil jeg starte med en kort begrepsavklaring, før vi går dypere i feltene denne oppgaven er bygget på. Dette kapittelet vil også fortelle noe om hvilket teoretisk utgangspunkt jeg hadde før jeg gikk inn i denne forskningsprosessen.

Kapittel tre har jeg kalt metode. Dette vil være en detaljert beskrivelse av jobben opp mot intervjumaterialet. Hvordan utvelgelse av informanter foregikk. Om selve intervjuene og transkriberingen av dem, og selvfølgelig om hvilke analysemetoder som ble brukt for å hente frem et datamateriale. Helt til slutt i kapittelet vil jeg si noe om meg selv som forsker, min egen forståelse og mine refleksjoner rundt dette arbeidet.

Dette fører oss over i oppgavens fjerde del, kapittel 4 presentering og drøfting av resultatene. Her vil jeg presentere og drøfte fire tema jeg mener har kommet frem i analysen. Funnene vil bli presentert hver for seg, og fortløpende drøftet opp mot teorien fra kapittel 2. Oppgavens

siste del er kapittel 5, sammenfatning. I denne delen skal jeg prøve å sammenfatte funnene fra analysedelen. Trekke sammenligninger mellom de forskjellige funnene. Her kommer jeg også til å si noe om hvilke veier man forskningsmessig kunne gått videre med dette temaet. Dette er kapittelet som avslutter oppgaven.

## 1.2. Bakgrunn og tema for oppgaven

Før jeg starter med selve oppgaven for fullt, ønsker jeg å tegne et lite bilde av hvordan jeg først møtte anoreksi. Denne fortellingen viser også hvordan dette tema har vekket nysgjerrighet i meg i en årrekke.

Da jeg startet på videregående, for snart 12 år siden, fikk jeg en ny venninne, Lise. Vi ble fort en stor vennegjeng som var mye sammen og gjorde mye forskjellige. Når noen hadde bursdag var det ofte at vi var hjemme til vedkommende for å feire, men det var vi aldri når det var Lise som fylte år. Uansett hva det var, var vi så å si aldri hjemme til Lise.

Når vi startet siste året på videregående, startet Lises lillesøster på samme videregående som oss. Jeg husker jeg fikk sjokk når det gikk opp for meg hvem av de nye jentene som var Lises yngre søster. For Lises lillesøster hadde anoreksi. Lise forklarte at dette ikke var noe hun ønsket å snakke om, og at dette var grunnen til at hun ikke ville at vi skulle komme hjem på besøk til henne. Uansett om sykdommen til Lise sin lillesøster nå var kommet ut, var vi fortsatt aldri på besøk der.

Jeg husker hvor merkelig dette var for meg. Det er jo ikke Lise som er syk, hvorfor kan vi ikke være der nå? Før lillesøsteren starten på skolen vår hadde sykdommen vært en hemmelighet, men nå når den ikke var hemmelig, hvorfor var ting fortsatt likedan som før?

På de 10 årene som har gått siden jeg gikk ut av videregående har mye skjedd med min egen oppfattelse. Og selv om jeg har mistet kontakten med Lise, tenker jeg fortsatt på henne og familien hennes iblant. Så da jeg startet første året på familiebehandling og spiseforstyrrelser var en del av emnet psykiske tilstandsbilder hos barn og unge, kom mange av tankene fra den tiden tilbake. Jeg kjente allerede der i klasserommet at dette var noe jeg hadde lyst til å lære mer om. Hvordan jobbe familierettet med spiseforstyrrelser. Og på grunn av min historie, hvordan jobbe familierettet med anoreksi.

Det var slik disse to feltene, anoreksi og en systemisk tenkning ble introdusert for meg. Jeg har vurdert mange forskjellige varianter av hvordan jeg skal klare å nærme meg dette skjæringspunktet. Gjennom familierapiutdanningen ble vi introdusert for mange forskjellige

terapeutiske retninger. En av de terapeutiske retningene som fanget min interesse var blant annet Milano, med sin systemiske tanke. Så når det ble klart for meg at jeg ønsket å se hvordan den systemiske tanken operasjonaliseres i praksis, falt valget på en terapeutisk tilnærming. Dette valget vil også bli utdypet senere i oppgaven.

### 1.3. Rammer for oppgaven

I denne oppgaven er det som sagt terapeutene som er informanter, og deres fortelling om egen praksis som er forskningsmaterialet. Jeg har valgt å ikke fokusere på hvordan de forskjellige terapeutene og institusjonene driver med diagnostisering av anoreksi, men bare se på hvordan de behandler det og hvilke valg terapeutene foretar i behandlingen.

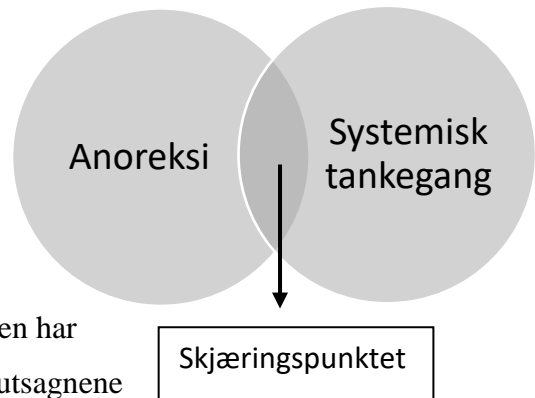
Spiseforstyrrelser generelt er en sykdom med høye mørketall. Forskning tyder på at det er et fåtall av de som sliter med spiseforstyrrelser som søker hjelp. Det er antatt at ca. 30% søker behandling (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). De sakene terapeutene referer til i sine fortellinger handler om personer som faktisk har søkt hjelp. Det er disse vi kommer til å forholde oss til i denne oppgaven. Alle behandlere jeg har som informanter driver med frivilling behandling – ingen pasienter som det blir fortalt om i dette materialet er i behandlingen under tvang.

Gjennom oppgaven vil jeg utelukkende bruke betegnelsen h\*n når symtombærer betegnes med personlig pronomen. Dette er for å ha kjønnsnøytralitet ovenfor symtombæreren. I dagens samfunn er det anerkjent at anoreksi både rammer gutter og jenter, selv om majoriteten av de som lider av anoreksi er jenter (Skårderud, 2016).

## 2. Relevant teori

---

I dette kapittelet ønsker jeg å belyse noe av teorien som allerede eksisterer på de feltene jeg har valgt å studere. Jeg mener at en grunnleggende innføring i begge feltene er nødvendig for å klare å forstå skjæringspunktet jeg ønsker å si noe om. Det punktet hvor anoreksi og systemisk tenkning møtes. Denne teorien har gjort det mulig for meg å gjennomføre en analyse, hvor utsagnene til terapeutene har gitt mening på bakgrunn av teorien.



I kapittel fire i oppgaven; *drøfting og presentering av resultater* vil teoriene som blir lagt frem her, bli brukt som et fortolkningsredskap. Det er ut fra disse det blir mulig å prøve å forstå valgene terapeutene tar i behandlingen.

Kapittelet vil starte med en kort begrepsavklaring av de to feltene jeg bruker i masteroppgaven. Deretter vil jeg ha en redegjørelse av mitt teoretiske perspektiv når jeg gikk inn i dette arbeidet. Videre går vi over i en dypere forklaring av både utviklingen av det systemiske perspektivet og utviklingen av anoreksi som lidelse. Disse to forklaringene skaper grunnlaget for dette kapittelets siste del; *skjæringspunktet*.

### 2.1. Begrepsavklaring

Før vi kan gå fullt i gang med oppgaven er det to sentrale begrep som vil bli brukt gjennom oppgaven, disse ønsker jeg å avklare før vi går videre. Både systemisk tenkning og anoreksi vil bli videre utdypet i hvert sin under-kapittel. Likevel føler jeg det er nødvendig med en kort og avgrenset avklaring nå.

#### Systemisk tankegang

I et systemisk perspektiv er ikke individet den minste enheten, men dyaden, altså paret. Man er opptatt av hva som skjer mellom mennesker og ikke hva som skjer inne i et individ. (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Dette er den grunnleggende tanken denne oppgaven bygger på. Gjennom forskningsarbeidet har oppgaven vært å kartlegge om akkurat denne tanken finnes hos behandlerne, og om den kommer til syne, hvordan den blir praktisert.



Den systemiske tankegangen vil bli dypere forklart i oppgavens kapittel 2.3. Her skal jeg ikke bare ta for meg den systemiske tanken generelt, men se på hvilken historisk utvikling den har hatt, sammen med familierapi.

### Anoreksi

I Norge brukes blant annet ICD-10 som diagnosesystem (Helsedirektoratet, 2015). Dette legger grunnlaget for at diagnoser blir gitt. For å være innenfor kategorien anoreksi handler dette om selvfrekalt vekttap, forstyrret kroppsoppfatning og at kroppsvekten holdes på et for lavt nivå over lengre tid m.m. (Skårderud, Sterk/svak. Håndbok om spiseforstyrrelser, 2016). Det handler om en forvrengt oppfatning av vekt og dette kommer til uttrykk på forskjellige måter (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015). Hvorfor noen utvikler spiseforstyrrelser er et bredt lerret, og er som nevnt ikke et tema vi skal bevege oss inn på i denne oppgaven. I denne oppgaven kommer vi til å tenke på det som like mangfoldig som det er forklart i de nasjonale faglige retningslinjer fra 2000:

*«Spiseforstyrrelser kan være enkeltindividets konkrete måte å sette grenser, skape en identitet og å etablere sin autonomi i den enkeltes sosiale og familiemessige livsverden»*

(Helsetilsynet, 2000, s. 9)

I oppgavens del 2.4 vil jeg gå dypere i anoreksi som lidelse og hente teorier og påstander fra forskjellige bøker og akademikere. Her skal vi også se på hvordan de historiske holdningene til anoreksi har endres seg med tiden, og hvordan dette igjen har ført til nye behandlingsmåter.

Noen steder i oppgaven vil jeg også bruke begrepet spiseforstyrrelser. Da brukes dette som et samlebegrep som omfatter anoreksi og andre tilsvarende lidelser. Jeg har også valgt å kalle personen som lider av anoreksi som symptombærer. Dette begrepet bruker jeg konsekvent gjennom oppgaven og vil til dels bli drøftet i oppgavens fjerde kapittel; *drøfting og presentering av resultater*.

## 2.2. Teoretisk ståsted

Når man skal starte et forskningsprosjekt, er det viktig å ha noe kunnskap om temaet man skal gjøre forskningsarbeidet innenfor. Det er mange forskjellige grunner til at dette er nyttig, for det første er det lettere å sette opp en intervjuguide om man har noen form for foreliggende kunnskap. Og for det andre, som kanskje også er den viktigste grunnen, så er det viktig å ha noe kunnskap for å klare å bedømme det vitenskapelige bidraget av forskningsarbeidet ditt.

Uten noen tidligere kunnskap blir det så å si umulig å fortelle om informasjonen intervjuene gir er ny, og i så fall hvilket vitenskapelig bidrag den da gir (Kvale & Brinkmann, 2015).

I faget psykiske tilstandsbilder hos barn og unge fikk jeg mitt første møte med vitenskapelig teori knyttet opp til anoreksi. Min tidligere kunnskap og antagelser hvilte bare på fortellingen innledningsvis om Lise. Kunnskap bygget på en 17-åring oppfatninger om en venninne og hennes families situasjon.

I masterretningen familiebehandling blir vi oppfordret til å tenke familierettet i forskjellige situasjoner knyttet til psykiske lidelser. I boken *lærebok i familierapi* (2015) sier de det slik: «I vår evidensbaserte tid, der diagnosene blir flere og flere og enhetene vi studerer blir mindre og mindre, kan det være behov for å samle familier og nettverk til møter når det er en person som har det vanskelig» (Johnsen & Torsteinsson, 2015, s. 13). Dette betyr at man ikke ser på et problem som noe som er knyttet til et individ, men at et problem oppstår mellom mennesker. Noe vi nå vet fra begrepsavklaringen er en systemisk tankegang.

Da jeg skulle starte dette forskningsprosjektet var min teoretiske kunnskap om anoreksi liten. Og som jeg forklarte innledningsvis, i dette kapitlet er det nødvendig med kunnskap om valgt tema, for å vite noe om kvaliteten av informasjonen man henter inn (Kvale & Brinkmann, 2015).

Som start på å nærme meg tema leste jeg bøker som *Vendepunkter* (Johnsen, 1995), *Sterk/Svak* (Skårderud, 2016) og *feeding anorexia* (Gremillion, 2003). Jeg leste også diverse hefter gitt ut av bl.a. statens helsetilsyn (Helsetilsynet, 2000). Noen bøker hadde jeg allerede et innblikk i fra diverse fag på Oslo Met. Slik som *psykiatriboken* (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010) og *lærebok i barnepsykiatrien* (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015). Selv om jeg skulle ha en terapeutisk tilnærming leste jeg også boken *anorektisk* (Senneset, 2018) for å få et større bilde av anoreksi som lidelse og hva det kan gjøre med folk.

I disse bøkene og artiklene var det flere ting som gjorde meg nysgjerrig. Boken *feeding anorexia* (2003) er et forskningsprosjekt gjennomført ved en institusjon i USA. Her blir det fortalt om hvordan foreldre fikk veldig lite informasjon om sitt barns behandling. En slik form for behandling var ikke i samsvar med min utdanning, og dermed ikke forenelig med den systemiske tanken. Kapittel to *minimal mothers and psychiatric discourse about the Family* i nevnte bok er mye av årsaken til valg av informanter. Dette vil bli drøftet mer i kapittel 3.3 utvelgelse av informanter.

Et annet aspekt denne litteraturen gjorde meg nysgjerrig på var den isolerende-faktoren til sykdommen (Senneset, 2018). Hvordan symptombærer trekker seg inn i seg selv, hvor alt fokus på mat og kropp overskygger viktigheten av menneskelig interaksjon (Skårderud, 2016).

Så slik ble det til at jeg ønsket å gjøre et forskningsarbeid vedrørende familie og anoreksi. Jeg hadde et ønske om å få et innblikk i hvordan terapeuter jobbet med en systemisk tanke mot en sykdom som ble omtalt som isolerende. Hvordan gjennomfører man alliansebygging? Hvordan trygge de foreldre som i tidligere år har fått skylden for sykdommen? Og hvordan hjalp man et barn som hadde isolert seg sammen med spiseforstyrrelsen sin?

### 2.3. Systemisk tankegang

I denne delen ønsker jeg å starte med et bilde, vedlegg 1, hentet fra *lærebok i familierapi* (2015, s. 12). Dette treet representerer familierapiens utvikling. Man ser at feltet har beveget seg i mange forskjellige retninger, men at i selve stammen befinner blant annet systemteori seg. Det er denne utviklingen vi skal følge gjennom oppgaven. Utviklingen til den systemiske tenkningen.

På 1960-tallet ser man Bateson med systemteori. Han var grunnleggeren av tanken som blir forklart i begrepsavklaringen, altså at problemer er relasjonelle. Den systemiske tankegangen førte med seg en tanke om at helheten var større enn summen av delene alene (Dallos & Draper, 2015). Med dette ble problemet løst fra individet, man sluttet å se på hvem som startet det, problemet, da det ble hevdet at dette var en uproduktiv fremgangsmåte. Med andre ord sluttet de å lete etter hvem som har skylden. All handling er en reaksjon på en tidligere handling. Med dette ble handlinger til noe sirkulært og ikke til noe lineært (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980).

Tanken om at familier er et system, kommer fra at familiemedlemmene er i kontinuerlig og varige interaksjon med hverandre. Det er dette interaksjonsmønsteret som skaper en stabil kontekst for medlemmene, og det er i denne stabile konteksten medlemmene utvikler seg selv. Selv om familien sees på som et system, kan det også være subsystemer innenfor det større systemet (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Den systemiske tanken hevder at familien består av og er et system. Det kan være et åpent system som har grenser skapt av en kontinuerlig flyt av informasjon eller det kan være et lukket system, som har rigide grenser det er vanskelig å krysse. For at forholdene innad i

systemet skal fungere må familien variere på å være et åpent og et lukket system (Dallos & Draper, 2015). Det som er viktig med disse grensene er at de er tydelig nok, uten å bare bli rigide. En av de viktigste rammene for familien er selve familiehierarkiet, med mor og far over barna. Dette familiehierarkiet må ikke brytes ned av subsystemer, slik som mor og datter, innad i familien (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Slik som vedlegg 1 viser beveger familieterapi seg i mange retninger etter Bateson og systemteori. Videre opp i treet ser vi system Milano. Dette er en systemisk modell bygget på Bateson sine ideer (Johnsen & Torsteinsson, 2015). I boken *An Introduction to Family Therapy* (2015) blir denne modellen forklart under familieterapiens andre fase.

Milano-gruppen gikk lengre med å løsrive individet fra problemet. Dette gjorde de ved å mene at problemet var et resultat av at alle gjorde så godt de kunne. At intensjonen er god, betyr ikke nødvendigvis at utfallet blir godt (Dallos & Draper, 2015). Det er en person som bærer symptomet mer enn resten, men alle påvirkes (Seltzer & Seltzer, 2014).

Milano-gruppen startet også med å redefinere problemet. De endret fokus, ved å gjøre problemet positivt ladet (Dallos & Draper, 2015). Man kunne endre sykdommen, fra å være et problem til å bli et løsningsforslag (Johnsen, 1995). For å gi et eksempel for denne oppgaven; se for deg et barn som har anoreksi. Foreldrene til dette barnet krangler mye. Foreldrene krangler mindre når de sammen fokuserer på sitt syke barn. Med en slik tanke blir symptomet en løsning. Foreldrene krangler mindre fordi datteren har anoreksi. Symptomet er med på å skape en balanse mellom to krefter som er i konflikt med hverandre (Johnsen, 1995).

Videre oppover i treet (vedlegg 1) ser man at Milano-gruppen blir delt ut i to forskjellige grener, med Selvini på en gren og Boscolo og Cecchin på den andre. Dette er det som omtales som sen-Milano (Johnsen & Torsteinsson, 2015). I denne delen ble sosialkonstruktivismen gjeldene. Man ser ikke bare familien som noe som blir påvirket av seg selv, men at man påvirkes av alt rundt oss. Og at dette er noe som også gjelder terapeuten (Dallos & Draper, 2015).

Ved sosialkonstruktivismen kom også troen på at objektive sannheter ikke finnes. Alt påvirkes av alt, og alt sees fra et spesielt perspektiv. Derfor vil ikke objektive sannheter eksistere (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Og dette er igjen en tanke som man finner fra den systemiske tankegangens første fase; at all interaksjon er unik, uansett om den deler likhetstrekk med andre lignende interaksjoner (Seltzer & Seltzer, 2014).

Dette betyr at terapeuten sammen med familien skal finne løsningene, terapeuten er ikke lenger eksperten som sitter på toppen og dikterer hvordan man skal strukturere familielivet sitt (Johnsen, 2009). Terapeuten kan stille med sin eksplisitte kunnskap om feltet, og så stiller familien med sin eksplisitte kunnskap om seg selv – og sammen der klarer man å skape endring (Frøyland, 2005). Terapeutens jobb er å hjelpe familien til å selv finne løsningene som passer dem (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

I denne fasen blir man også opptatt av språket. Hvordan vi snakker om ting og hvordan vi ordlegger oss. Og hvordan terapeutene kan bruke språket som innganger til endring (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Dette kommer også fram i boken *Vendepunkter* (1995) som sier det slik:

*«En lyttende holdning til familiens historie og hvordan denne uttrykkes gjennom språket (jf. bruk av åpninger og nøkkelord), kombinert med en interesse og en utforskende holdning, gir oss terapeuter anledning til å få tak i sammenhenger, mønstre og underliggende premisser»*

(Johnsen, 1995, s. 39)

Terapeuten skal gjennom spørsmål få informasjon ut. Dette gir ikke bare terapeuten innsikt, men er med på å gi ny informasjon tilbake til familien. Terapeuten skal hjelpe de forskjellige familiemedlemmene til å uttrykke sine perspektiv, slik at de kan legges frem for resten (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Med dette ønsker terapeuten å prøve å kartlegge forskjellige sammenhenger for familien. Kanskje kan det være nyttig for familien å få innblikk i problemet ut fra forskjellige kontekster (Morken, 2007). Man gir stemmer til de forskjellige familiemedlemmene om ting som før har vært usagt (Nilsson & Trana, 2000). Mange av tingene familiene gjør kan også være ubeviste, så slike spørsmål kan være med på å åpne opp forståelsene.

Dette kaller Milano-gruppen for den spørrende holdningen eller en form for nøytralitet (Cecchin, 1987). Dette er med på å bygge opp under at familien og terapeuten sammen skal finne endringene (Frøyland, 2005). Terapeuten skal med en spørrende holdning, gi familien ny informasjon om seg selv og sitt handlingsmønster (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Den nøytrale holdningen handler om at man ikke skal ta parti i terapiløpet, men ha en lik allianse med alle deltagerne. Den handler også om at man som terapeut ikke vet hvilken løsning som passer for familien – det må familien selv finne ut. Cecchin, som befinner seg på en av grenene etter Milano-gruppens skille, endret nøytralitet om til nysgjerrighet (Cecchin, 1987). Dette gjorde han fordi han mente at nysgjerrigheten er drivkraften bak spørsmålene

som skal hjelpe familien til å finne løsningene som passer for dem (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Tidligere hadde familierapeuter en posisjon hvor de så familiene som noe «*der ute*», noe de har objektiv kunnskap om. Etter hvert har de beveget seg til en posisjon hvor de ser på familien som noe som er «*her inne*», hvor de også tar seg selv med i denne defineringen. Det er et samspill mellom terapeut og familie som skaper endring (Dallos & Draper, 2015).

Familierapi og den systemiske tankegangen er ikke lenger en ung tradisjon og har beveget seg mye med tiden. Nå er det nok sjelden å finne en familierapeut som følger slavisk den systemiske tradisjonen, eller noen av de andre grenene på treet (vedlegg 1). De er nok mer eklektiske og henter inspirasjon fra ulike metoder (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Men den systemiske tankegangen er fortsatt med og har for mange blitt en del av hverdagstalen, man kan nå hører presse og politikere snakke om systemiske-løsninger (Dallos & Draper, 2015). Slik som [denne saken](#) fra NRK oktober 2018, hvor problemene, i dette tilfellet klima, blir omtalt som systemiske (Jensen, 2018).

Søren Hertz (2008) hevder at det er viktig å bevare den systemiske tanken på problemer slik at vi unngår å snakke om en årsak-virkning på fenomenet, men anerkjenner at det er snakk om komplekse og sirkulære sammenhenger (Hertz, 2008). Med dette har vi fått et innblikk i hvordan den systemiske tanken har utviklet seg fra tidlig 1950-tallet og frem til i dag.

## 2.4. Historisk utvikling av anoreksi som lidelse

Spiseforstyrrelser har en lang historie, og var en lidelse som før var ensbetydende med anoreksi. Anorexia nervosa, ble det kalt og ble introdusert allerede så tidlig som 1872. Selv om lidelsen har hatt en viss anerkjennelse fra en tidlig tid, tok det noen tiår før Norge skulle bruke betegnelsen (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

I årene 1930 til 1950 er holdningene og behandlingen preget av Freud (Gremillion, 2003). På denne tiden ble det hevdet at det bare var jenter som hadde anoreksi. Freud hevdet at utviklingen av anoreksi kommet av den traumatiske opplevelsen jenter kan få når de oppdager at de ikke har en penis. Dette blir så mors feil, fordi hun har skapt barnet (Soboo & Bell, 2001). Med denne tankegangen kommer en uunngåelig «beskyldning» av foreldrene, spesielt mor, at de hadde vært med på å skape relasjoner som var disponerende for spiseforstyrrelser (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

På 1960-tallet tok mange terapeuter til ordet mot den Freudianske tankegangen, og sykdommen ble fra nå av sett på som en multi-faktorell sykdom (Gremillion, 2003), (Skårderud, 2016). Det vil si at man ikke hadde *en* årsak til utviklingen av en spiseforstyrrelse, men at utviklingen kunne henge sammen med både individuelle, familiære og kulturelle kontekster, slik at tid, rom, kultur og religion ville variere (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015).

På denne tiden hadde terapien som hensikt i å gi positiv forsterkninger til vektoppgang og negative forsterkning til vektnedgang (Gremillion, 2003). Behandlingen bar preg av individualterapi med diverse støttetimer til foreldre. Målet var å redusere tettheten mellom foreldre og barn (Johnsen, 1995). Hensikten om å redusere denne tettheten kan sees opp mot blant annet opp tankene til Freud, hvor foreldre, spesielt mor, fikk skylden for at anoreksien ble utviklet (Soboo & Bell, 2001). På denne tiden var foreldrene en del av utviklingen av anoreksien, og måtte derfor fjernes fra symptombærer.

På 1980-tallet begynte spiseforstyrrelser å vekke stor interesse i samfunnet. Lidelsen gikk fra å være noe rart og merkelig, til å bli en «hot case» (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Det ble på denne tiden også økt kunnskap om at spiseforstyrrelser ikke bare angikk jenter og damer, men også kunne ramme gutter og menn (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015).

På 1990-tallet tenkte man at man skulle jobbe med å avverge spiseforstyrrelsen før den i det hele tatt fant sted, dette ble gjort gjennom avskrekkende sykdomsinformasjon. På daværende tidspunkt var det ikke noe empirisk forskning på om dette ville slå positivt ut, mens nyere modeller tar avstand fra dette nå. De jobber heller avvergende ved i å fremme selvfølelse og mestring (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010), hvor de tar opp spørsmål knyttet til identitet og hvem jeg er som person (Morken, 2007). Dette begrunnes med psykologiske teorier som hevder at spiseforstyrrelser oppstår som et resultat av en manglende utvikling av selvet (Gremillion, 2003).

I 2003 kom boken *feeding anorexia* ut, skrevet av Helen Gremillion. Boken forteller om et feltarbeid foretatt på en institusjon i USA som drev med behandling av anoreksi. Her ble det hevdet overfor Gremillion at personalet på institusjonen var barnets innbytter-familie. Tanken var å bryte autoriteten med familien, og ved å gjøre dette ville de ødelegge og utfordre destruktive interaksjonsmønstre og destruktiv atferd i familien. Personalet skulle aldri bli tatt for å være den *ekte* familien, men være en slags «stand in» for pasienten under innleggelse (Gremillion, 2003).



Gremillion (2003) forteller at mange av mødrene hun intervjuet ga seg selv skylden for at deres barn hadde utviklet anoreksi. Hun forteller videre at det gis lite veiledning i hvordan foreldre skal møte barna sine når de igjen kommer hjem, at det legges til grunn at foreldre bare skal ha denne forståelsen av seg selv.

På denne tiden og litt før var det mange terapeuter som følte en misnøye med sin kliniske praksis når de jobbet med alvorlige lidelser slik som anoreksi og schizofreni. Innsatsen terapeutene la ned i arbeidet ga ikke gode nok resultater. Dette er også grunnen til at Milano-gruppen, som vi leste om under systemisk tenkning, ble dannet. Innsatsen terapeutene la ned i behandling ga ikke utslag i gode resultater (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Dette er noe jeg tenker vi også kan se opp mot boken til Gremillion (2003). Her fortelles det også om terapeuter som legger ned ufattelig mye tid og energi i behandlingen til pasientene på institusjonen, men hvor dette ikke blir synlig ut fra gode resultater.

Nå ansees spiseforstyrrelser som et kulturbetinget fenomen. Man går bort fra tanken om å drive med skremselspropaganda og jobber heller med å styrke barn og unge i deres utvikling av selvfølelse og mestring. For spiseforstyrrelser handler ikke lenger *bare* om vansker knyttet til mat, men også vansker knyttet til egne tanker og følelser (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Man skal se på barnet som noe mer og annet enn problemet (Hertz, 2008). Som Finn Skårderud (2016) sier: «*Det handler om mat, men samtidig er mat også bilde på noe annet*» (Skårderud, 2016, s. 28).

En anorektisk person kan oppfattes som isolerende i sin søken om kontroll (Hertz, 2008). Det fokuset personene har når det kommer til mat og kontroll, kan ta styringen på livet og dermed hemme hvordan personen fungerer i det daglige. Dualismen til sykdommen handler om at mange omtaler den som «en beskyttelse», det er en form for å håndtere det livet kaster på deg. Denne motviljen til å bli «frisk» kan være provoserende for både foreldre og behandlere (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

Dualismen i ønske om å bli frisk og hva det vil innebære kan også gjøre behandling vanskelig. Denne dualismen er også mye av grunnen til at anoreksi blir plassert som den psykiske lidelsen som har høyest dødelighet (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015). For pasientene er på en måte delt på midten, på den ene siden ønsker de å bli frisk fra spiseforstyrrelsen, men på den andre siden "gir" jo spiseforstyrrelsen dem masse det er vanskelig å gi slipp på (Skårderud, 2016). Som for eksempel at det å avstå fra mat kan være en måte å flykte fra ubehagelige tanker på (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).



«Det er en livbøye som til slutt vil kvele deg» (Senneset, 2018, s. 49)

Med tiden er det ikke bare holdningene vedrørende spiseforstyrrelse som har endret seg, men holdningene til behandling har også skiftet. Hvor man før kunne anse barnet som problemet, og dermed ta barnet ut og plassere det på institusjon, som forklart hos Gremillion (2003), settes det nå krav til at familiemedlemmer bør delta i behandling og at skylden ikke lenger legges hos foreldrene (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015), (Skårderud, 2016). Om man ikke klarer å se på helheten anoreksien befinner seg i, kan man risikere å miste alle de gode grunne som har vært med på å gi anoreksien en sterk posisjon med en stor innflytelse på hele familien (Hertz, 2008). Nå ligger fokuset i å bygge opp en god selvfølelse, og ved å gi alternative handlingsmåter til å uttrykke behov og kommunisere følelser. Dette er noe vi skal se mer på i 2.5. *Skjæringspunktet*.

På bakgrunn av denne utviklingen med et ønske om å ha familien med i behandling ønsker jeg å gjengi et sitat fra Gro Harlem Bruntland, gjenfortalt i *lærebok i familierapi* (2015), hvor hun tar opp akkurat problematikken av å ikke involvere foreldre i arbeidet:

*«Når det oppstår psykiske problemer hos barn, har vi foreldre lett for å rette fokus på oss selv. Spørsmålet om vi kunne gjort noe annerledes, er ofte tyngende. Hvis kontakten og samarbeidet med behandlere er mangelfull, kan dette føre til alvorlige tilleggsbelastninger og bekymringer. Å bli lyttet til og inkludert i samarbeidet bidrar til å frigjøre styrke og gi trygghet i en krevende situasjon»*

(Johnsen & Torsteinsson, 2015, s. 46)

Gjennom dette delkapittelet har vi fått en generell oversikt over hvordan anoreksi som lidelse har utviklet seg, både i forhold til tanker behandlere har rundt behandlingen, men også et innblikk i tankene rundt årsakene bak lidelsen. Vi har også fått et innblikk i omfanget av den anorektiske lidelsen og kort om hvordan den kan se ut. Nå skal vi bevege oss over på det jeg i har valgt å kalle skjæringspunktet – og hvor fokuset av denne oppgaven skal ligge.

## 2.5. Skjæringspunktet

Som tidligere nevnt består skjæringspunktet, jeg ser på i denne oppgaven, av når feltet anoreksi møter feltet systemisk tenkning. Frem til nå i denne oppgaven har dere fått to separate fortellinger om hvert felt. I denne delen av kapittelet ønsker jeg å fortelle noe om hvilken teori og forskning som eksisterer om dette skjæringspunktet.

Den historiske utviklingen av anoreksi som lidelse ble avsluttet med et sitat av Gro Harlem Brundtland, om konsekvensene av å utelate foreldre fra behandling. Og hvordan dette kan føre til videre komplikasjoner og belastninger senere (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

En måte Helsedirektoratet har tatt dette til seg nå, i 2019, er ved å innføre nye behandlingsmåter for barn med anoreksi. Helsedirektoratet presenterer et pakkeforløp som startet innføring i februar 2019 i alle offentlige instanser som driver med behandling av anoreksi. (Helsedirektoratet, 2018).

Her går man bort fra slik behandling som Gremillion (2003) forteller om i sin bok og legger heller vekt på viktigheten av å inkludere familien. «*Som hovedregel skal foreldre eller andre som har foreldreansvar involveres*» (Helsedirektoratet, 2018, s. 11). I skrevet blir det poengtert at man trenger et godt samarbeid med pårørende for å få et vellykket utfall. Med dette går man bort fra en årsak-virkning tenking av problemet (Hertz, 2008), men ser det heller som noe sirkulært (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980).

Et slikt lovforslag faller akkurat i dette skjæringspunktet. Det legger føringer på hvordan behandlere skal bedrive sin praksis, og at det ikke vil være et alternativ å ekskludere familien fra behandling lenger. Vi trenger nå å se på systemiske løsninger om vi ønsker å oppnå en endring.

Dette pakkeforløpet bygger på noe som heter family-based treatment (FBT). Dette er en modell som bygger på 5 grunntanker i behandlingen av familier som har et barn som lider av anoreksi. Denne formen for behandling har vist seg å ha en solid virkning og den foreløpige forskningen på feltet støtter opp under bruken av denne modellen i behandling (Foseberg & Lock, 2015). De fem grunntankene er:

1. Agnostisisme (agnosticism): man vet ikke årsakene og behandlere skal heller ikke forholde seg til dem.
2. Symptombfokus (symptom focus): man skal fokusere på mat og vektoppgang
3. Konsulterende terapeutisk holdning (consultative therapeutic stance): man skal ikke være eksperten, men være en som gir familien gode valgmuligheter
4. Foreldreautoritet (parental empowerment): styrke mestringsevnen til foreldrene
5. Eksternalisering (externalization of illness): skille sykdommen og barnet fra hverandre

(Oversatt fra Foseberg & Lock, 2015, s. 662)

I dette pakkeforløpet blir selve skjæringspunktet manifestert. Det at man ikke skal se etter årsaker, er noe vi allerede har sett at de anerkjente på 1960-tallet med en multi-faktorell sykdom (Gremillion, 2003). Ved denne anerkjennelsen at man ikke kan se på én faktor – slik som relasjonene i familien – slutter man å ha en årsak/virkning-tenkning, men ser heller på det hele som sirkulært (Hertz, 2008). Noe som igjen bidrar til punkt nummer 5, altså å skille sykdommen fra barnet (Foseberg & Lock, 2015). Barnet blir noe mer enn sykdommen (Skårderud, 2016).

Den konsulterende terapeutiske holdningen kan sees opp mot nåtidens tanker om en spørrende holdning, en nøytral posisjon – hvordan familien og terapeuten *sammen* skaper endringer (Dallos & Draper, 2015). Og jeg tenker at dette igjen er med på å forsterke tanken om at anoreksi som lidelse er multi-faktorell. Selv om terapeuten kan ha mange tanker om hvordan spiseforstyrrelsen kan ha blitt utviklet er det ikke sikkert det er slik (Seltzer & Seltzer, 2014).

Når det kommer til punktet foreldreautoritet har jeg lyst til å trekke frem et sitat fra Frøyland (2005) «*En måte å tenke på dette på [samspillproblemer] er at nesten uansett hvilket symptom det dreier seg om, skjer det noe med familiestrukturen som blant annet gjør at foreldre og barn strever med hvem som skal være i ledelsen og ta et voksent ansvar*» (Frøyland, 2005, s. 116). Dette sitatet mener jeg er med på å belyse det som blir forklart i 2.3 *systemisk tenkning*, viktigheten av at grensene innad i familiesystemet er tydelige nok, for ellers vil det skape konflikter og ubalanse (Dallos & Draper, 2015) (Johnsen & Torsteinsson, 2015)

I dette kapittelet av oppgaven har vi fått et innblikk i teori som er med på å danne dette skjæringspunktet mellom anoreksi og systemisk tankegang. Med forskning på slikt som FBT (Foseberg & Lock, 2015) blir skjæringspunktet anerkjent som et felt. Helsedirektoratet bygger opp under denne anerkjennelsen, med å komme med lovforslag som støtter slik praktisering (Helsedirektoratet, 2018).

Men hvordan blir faktisk den systemiske tanken praktisert av behandlere? Hvilke valg står de ovenfor i behandlingen? Hvordan spiller det inn at Helsedirektoratet sender lovforslag på hvordan de skal drive sin praksis? Mitt ønske videre blir å se på hvordan den systemiske tanken blir operasjonalisert i praksis.

## 3. Metode

---

«Den opprinnelige betydningen av ordet metode er «veien til målet»»

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140)

I dette kapitlet av oppgaven vil jeg gå gjennom de forskjellige valgene jeg har tatt gjennom forskningsprosessen. Jeg kommer til å gå inn på hvorfor valget falt på et kvalitativt forskningsintervju, gå inn på prosessen av å finne informanter, samt se hvordan selve intervjuene foregikk og transkriberingen etterpå. Dette kapitlet vil også belyse hvilke analysemetoder jeg valgte for intervjumaterialet. I slutten vil jeg snakke litt om forskningens troverdighet og om mine egne refleksjoner rundt meg selv som forsker og forskningsprosjektet generelt.

### 3.1 Metode

I boken det kvalitative forskningsintervju (2015) hevder forfatterne at det første du må bestemme deg for vedrørende forskningsprosjektet ditt er hvilken metode du skal bruke for å få det mest dekkende svaret på forskningsspørsmålet ditt. I dette forskningsprosjektet valgte jeg å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse.

Ønske mitt var å si noe om de valgene terapeutene foretok seg i behandlingen med familier med en spiseforstyrrelse. Jeg ønsket å se på om valgene var basert på en systemisk tankegang og hvorfor de valgte å gjøre det akkurat slik. Målet mitt var å få forskjellige fortellinger fra deres egen livsverden som terapeut. Og derfor falt valget mitt på en kvalitativ undersøkelse. Ønske var å se på det vitenskapelige punktet mellom anoreksi og systemisk tanke.

Jeg ønsket ikke å finne noen universelle sannheter, men få et innblikk i terapeutenes egne verden. Som Finn Skårderud skriver i forordet i boken *anorektisk* (2018) er slike personlige beskrivelser nødvendig, de gir oss mulighet til å nærme oss forskjellige fenomen – i dette tilfellet anoreksi – på en ny og kanskje annen måte.

Jeg vil hevde at denne forskningen både har et utenifra- og et innenfra-perspektiv (Senneset, 2018). Utenifra-perspektivet kommer fra at jeg intervjuer behandlere og ikke familier som sliter med anoreksi. Innenfra-perspektivet kommer av at jeg ønsker å få et innblikk i

terapeutenes egne erfaringer og fortolkninger om klinisk praksis. Det er viktig å huske at det er det siste jeg ønsker å si noe om. Jeg ønsker å se på valg terapeuter tar i behandling, jeg ønsker ikke å se på behandlingen av anoreksi på et generelt plan.

En kvalitativ metode slik som denne bygger på to metateorier; hermeneutikk og fenomenologi. Hermeneutikk er fortolkninger av tekst for å nå frem til tekstens mening, mens fenomenologi er et filosofisk-perspektiv hvor man vektlegger informantens egen livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Begge disse er gjeldende i dette forskningsprosjektet.

Hermeneutikken vil vi blant annet se mer om i 3.6. analysestrategier og fenomenologi er det mulig å se i utformingen av intervjuguide og 3.4. gjennomføring av intervjuene.

Formen på forskningsintervjuet jeg har valgt å bruke er et semi-strukturert samtaleintervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Terapeutene blir intervjuet ut fra deres dagligliv som behandlere. Målet blir ikke bare å høre noe om den etterprøvbare kunnskapen de sitter på, men også få et innblikk i deres dagliglivskunnskap. Samtalene skapes av meg som forsker og av informantene som behandlere, og fokuset er deres ståsted.

Det er brukt et tversnittdesign som har tatt utgangspunkt i et gitt tidspunkt (Ringdal, 2013) – sen høst 2018. Utvalget består av få analyseenheter – seks informanter. Alle informantene ble intervjuet en gang hver, på omtrent 60 minutter. Hensikten med intervjuene har vært å fortelle noe om praksisen i nåtid ut fra behandlernes egne fortellinger.

## 3.2 Etikk

*«Etikken er læren om moral, om hva som er rett og galt»*

(Ringdal, 2013, s. 451)

Både før, under og etter et forskningsarbeid oppstår det forskjellige etiske problemstillinger. Noen er knyttet til selve utformingen av prosjektet, andre til innhenting av informasjon. Et krav for å drive etisk forskning er et fritt og frivillig samtykke fra informanter. Med dette mens at informanten skal få informasjon om forskningsarbeidet, hvem det ledes av, hvilken institusjon som står bak, hensikt med forskningen m.m. Mulige informanter må også få beskjed om at deltagelsen er frivillig, at nekting ikke medfører negative sanksjoner og at det er mulig å trekke sin deltagelse gjennom hele forskningsprosjektet, uten å oppgi grunn (Ringdal, 2013) (Kvale & Brinkmann, 2015).

I mitt forskningsarbeid løste jeg dette ved et informasjonsskriv. Jeg kontaktet mulige informanter og mulige institusjoner per mail. Denne mailen informerte de mulige deltagerne om selve forskningsprosjektet, om meg som masterstudent ved Oslo Met og retningen familiebehandling, og selvfølgelig om et fritt og frivillig samtykke.

Jeg sendte ut to informasjonsskriv til alle deltagerne. Hvor det ene (vedlegg 2) var en forespørsel om deltagelse med diverse informasjon og det andre (vedlegg 3) var en samtykkeerklæring som måtte signeres før vi kunne starte intervjuprosessen.

I mitt forskningsarbeid ville jeg komme til å innhente personopplysninger fra mine informanter, det vil si informasjon som navn, yrke, alder, arbeidsplass og annen informasjon som kan komme frem i løpet av intervjuet. Når man driver forskning som innhenter personopplysninger må dette meldes inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), i henhold til personopplysningsloven (Ringdal, 2013). I mitt tilfelle var det nok å bare melde inn til NSD, som ga meg en forenklet vurdering med klarsignal om å starte forskningen.

Brevet fra NSD kan sees som vedlegg nr. 4

I boken *det kvalitative forskningsintervju* (2015) står det at det er nødvendig at man har en oversikt over mulige etiske spørsmål som kan oppstå i løpet av forskningsarbeidet. Et av de etiske utfordringene jeg tenkte kunne oppstå omhandlet taushetsplikten. Mine informanter var terapeutene, men for å forklare hvordan de jobbet kunne det tidvis være forklarende med eksempler fra egen praksis. Dette hadde jeg med i tankene når jeg utformet intervjuguiden, slik at om problemet skulle oppstå hadde jeg andre utforskende spørsmål om deres virke. Det viste seg at dette ikke ble et stort problem gjennom selve informasjonsinnhentingen da mange av terapeutene hadde allerede avtalt med noen av sine pasienter om å få lov å bruke deres historier i anonymisert form.

Da jeg skulle starte forskningsarbeidet ble konfidensialitet et tema. Kristen Ringdal (2013) sier at det kan være en fin tommelfingerregel at all informasjon som er innhentet i løpet av forskningsprosjektet skal behandles konfidensielt. Dette var en regel jeg fulgte gjennom hele arbeidet. Selve intervjuet ble tatt opp med båndopptaker fra min egen mobil. Når opptaket foregikk var telefonen i flymodus. Det vil si at det ikke er mulig å sende/motta anrop/sms og at telefonen ikke var koblet til internett. Telefonen var i flymodus helt til alt av materialet ble flyttet over på en kryptert minnepenn.

Personopplysninger rundt terapeutene anonymiserte jeg allerede i transkripsjonen. Det nevnes da ingen navn eller annen identifiserbar informasjon. Dette gjorde det mulig for meg å benytte transkripsjonene mer fritt når det ikke inneholdt personopplysninger fra intervjuet.

Alle lydfilene fra intervjuet, samt dokumenter med personopplysninger, slik som det signerte samtykkeskjemaet, oppbevares på to minnepenner som er passordbeskyttet. Dette materialet vil bli oppbevart frem til sensur av arbeidet er falt. Etter dette vil all informasjon bli slettet. Dette er informasjon alle informantene har fått.

### 3.3 Utvelgelse av informanter

For å få et overblikk over mulige informanter startet jeg med å lage et stort tankekart. På dette fylte jeg ut aktuelle institusjoner som jobbet med anoreksi, over hele Norge. Det er viktig å huske at dette feltet og de som beveger seg innad i skjæringspunktet ikke er et stort område.

Jeg startet selve innhenting av informanter ved en informasjonsmail. Denne mailen fulgte jeg raskt opp med en telefonsamtale. Dette førte til at mailen ble videresendt internt innad i institusjonene til mulige informanter. Noen av informantene ble oppfordret til å delta fra kollegaer av meg på familievernet. Disse kollegaene har vært en form for portåpnere for meg (Ringdal, 2013). Alle informantene var personer jeg ikke hadde tidligere kjennskap til.

Tilslutt endte jeg med seks forskjellige familieterapeuter. Begge kjønn er representert. I alder er gruppen homogen. Alle terapeutene hadde videreutdanning i familieterapi, men deres tidligere utdannelse var forskjellige. Det var sykepleier, barnevernspedagog og sosionomer. Alle ble intervjuet i et lokale av eget ønske. Enten på eget kontor eller bestilt møterom. Informantene vil bli bedre presentert i kapittel 3.3.1.

Forskningsprosjektet vekket tydelig interesse, for det å skaffe nok informanter gikk raskere enn forventet. Jeg endte som sagt med å intervju seks stykker. Dette antallet anses tilstrekkelig til å gi nok dybde, samtidig som det var et overkommelig antall å analysere senere (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg hadde noen mulige ekstra informanter om noen skulle trekke seg fra forskningsprosjektet, noe som ikke ble en realitet.

Tidligere i oppgaven forteller jeg om boken *feeding anorexia* (2003) og hvordan den påvirket mitt valg av informanter. Dette var som sagt en av de første bøkene jeg leste i starten av masterarbeidet. I denne boken fortelles det om terapeutenes tanker om å delvis legge en skyld

på foreldrene, holde de utenfor behandling og om hvordan personalet selv steppet inn som en form for innbytter-familie. Dette var en form for behandling som ikke gikk overens med min form for utdanning – familierapi.

Boken begynner å bli en del år og forskningen er gjennomført på en institusjon i USA, men den vekke likevel tanker i meg. Sitter behandlere med slike tanker her i Norge? Gjennomføres behandlingen av anoreksi bare med symptombærer? Dette vekket en nysgjerrighet og et ønske om å utforske dette nærmere. Jeg ønsket å se på valgene terapeutene gjorde i møte med barn og unge med anoreksi. Var valgene preget av en systemisk tanke eller hadde den et individualistisk preg?

### 3.3.1. Presentering av informantene

I dette delkapittelet av oppgaven ønsker jeg å presentere informantene. Dette gjør jeg med en tanke om at det da blir lettere å henge med i analysen og få et grep om hvor påstandene kommer fra. Ingen av de jeg har intervjuer driver behandling av anoreksi under tvang, dette er et viktig aspekt å huske.

Jeg kommer til å gi en kort redegjørelse av hver terapeut. Jeg har gitt alle navn som starter på bokstaven T for å anonymisere informanten, men har valgt å bevare kjønnsaspektet. Jeg tenker at kjønnsaspektet i dette ikke er sensitiv informasjon, da det finnes både mannlige og kvinnelige terapeuter. Aldergruppen til terapeutene er 40-60 år.

Dette feltet, skjæringspunktet, er ikke et stort felt i Norge. Derfor kommer jeg ikke til å nevne noe om hvor informantene jobber, annet enn at alle informantene jobber på institusjoner i Norge. En annen grunn for at jeg velger å unngå å nevne navnene på institusjonene henger også sammen med at jeg er på jakt etter informantenes egne beretninger om valgene de tar i behandling. Jeg har intervjuet de som enkeltindivider og ikke som representanter for en etat eller en institusjon. Refleksjonene rundt dette valget, blir forklart i *3.8 forskerens selvrefleksivitet*.

Jeg vil heller ikke nevne noe om den stillingen de sitter i nå, men alle informantene snakker om erfaringer knyttet til sin praksis. Alle informantene vil derfor bli omtalt som terapeuter. Grunnutdanningen er veldig forskjellig, hvor de har erfaring fra et stort felt. Alle har lang erfaring med klinisk praksis.



### Informant 1 – Truls

Truls har jobbet i forskjellige stillinger innad i behandlingssystemet opp gjennom årene. Truls jobber nå på en plass hvor de tilbyr samtalebaserte tiltak ovenfor personer med spiseforstyrrelser og til deres familier. Når jeg møter Truls får jeg et inntrykk av at han har tyngde bak historiene han forteller, noe som blir bekreftet når han utbroderer om sine mange år med klinisk praksis. Med dette føler jeg at Truls har en naturlig evne til å klare å skape trygghet rundt seg.

### Informant 2- Tuva

Tuva jobber på en avdeling som driver behandling av spiseforstyrrelser. Det fortelles om den manglende kompetansen som fantes i feltet når hun startet. Tuva er ei sprudlende dame, som er imøtekommende og åpen – man føler seg automatisk sett når man setter seg ned med henne.

### Informant 3 – Trine

Trine jobber for tiden på en avdeling som driver behandling av spiseforstyrrelser. På lik linje med Truls, har også Trine lang erfaring fra feltet. Når Trine forteller meg om utdanningen sin vektlegger hun betydningen av systemet, hvor viktig hun synes det er å se på hvem vi er og hvordan vi utvikler oss når man jobber på et felt som dette.

### Informant 4 – Tora

Tora kan også skryte av en lang fartstid, både innenfor spiseforstyrrelsesproblematikken, men også innenfor psykiatri. I likhet med Tuva, forteller Tora om mangelen på familieperspektivet på feltet da hun startet å arbeide. Hun forteller om et engasjement rundt å inkludere hele familien i terapien og samtaler, også barna må med. Dette forteller hun at er noe hun før gjorde der hun jobber. Tora brenner for dette, og det kommer tydelig frem i samtaler med henne.

### Informant 5 – Tanja

Tanja kontaktet meg etter hun hadde fått en forespørsel om deltagelse av noen kollegaer av meg på i familievernet. Tanja har sluttet å jobbe direkte med spiseforstyrrelser for noen år siden, men ønsker likevel å dele noen av opplevelsene hun hadde fra den tiden. Når hun jobbet innenfor feltet jobbet hun med samtalebasert terapi Tanja forteller om sterke inntrykk og saker som har satt spor i henne.

### Informant 6 – Tove

Tove var min siste informant og til gjengjeld sprudlet hun over av engasjement for tema. Tove ble også min informant via diverse kollegaer som spredde ordet om forskningsprosjektet mitt. Hun startet sin karriere innenfor dette feltet for mange år siden og forteller om hvilken reise det har vært å være med utviklingen av fagfeltet og behandlingsløpet.

## 3.4 Gjennomføring av intervju

For dette forskningsprosjektet har jeg valgt å gjennomføre seks samtaleintervju. Intervjuene ble, som allerede nevnt, gjennomført på en tid og i et lokale av informantens eget ønske. Dette for å gjøre det enkelt og attraktivt for mulige informanter å si ja til deltagelse.

Jeg startet med å informere om et fritt og frivillig samtykke og deres mulighet til å trekke seg fra prosjektet om ønskelig. Dette hadde de allerede fått informasjon om på informasjonsmailen sendt ut før selve intervjuet, men jeg anså det som viktig å ta det opp igjen. Det gjorde det også mulig for meg å få hver av informantene til å signere på et ark om at de har fått informasjon om hva deltagelsen innebærer.

Videre fortalte jeg litt om meg som person og forsker, samt en kort oppsummering av forskningsarbeidet. Når disse formalitetene var tatt hånd om fortalte jeg at jeg hadde et ønske om et åpent intervju, det skulle mer føles ut som en samtale enn at jeg satt og intervjuet de. For å få selve intervjuet i gang fikk jeg hver informant til å fortelle litt om seg selv og deres vei til dit de var nå. Dette ga som regel et rikt material for videre spørsmål og veier inn til samtale. Dette bygger på den fenomenologiske tanken om at det jeg ønsker å vektlegge er informantenes egen livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015).

Selv om jeg ønsket at intervjuet skulle ha en åpen form hadde jeg med en intervjuguide.

Intervjuguiden ligger som vedlegg 5. Den besto av tematiske ordnede spørsmål.

Intervjuguiden var til god hjelp for å klare å holde tråden i intervjuene, den gjorde det også lettere å være sikker på at vi hadde vært innom de samme områdene på intervjuene. Så lenge intervjuet hadde en åpen form var det også mange ganger i løpet av intervjuet at jeg selv måtte improvisere spørsmål for å følge opp informantens svar.

Intervjuene ble registrert ved båndopptaker, samt med notater jeg tok under selve intervjuet.

Notene var mest tanker og innspill jeg hadde fått under intervjuet og ville huske på til senere.

I disse notatene skrev jeg ingen personlig informasjon, bare stikkord med tips og tanker, eller noe jeg måtte huske å spørre om.

### 3.5 Transkribering

«Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen»

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205)

Det å gjøre om intervjuene fra lydbåndet til en tekst på et papir gir intervjuet en struktur det er lettere å analysere (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å transkribere alt selv og prøvde å gjøre det fortløpende. Noen intervjuer hadde jeg samme dag, slik at det ikke alltid var mulig å holde seg ajour. Når jeg transkriberte intervjuene fikk jeg lært mye om egen personlig intervjustil, noe som førte til at jeg følte jeg stilte sterkere til neste intervju. Dette skal jeg utdype i kapittel 3.8 *forskerens selvrefleksivitet*.

Alle intervjuene ble transkribert på bokmål, dette for å anonymisere informantene ytterligere ved å ikke gjengi dialekt. Jeg valgte å transkribere så ordrett som mulig, hvor jeg også noterte meg tenkepauser som «ehm». Jeg har ikke endret noen av utsagnene grammatisk, om en setning avsluttes midt i og man starter på en ny, vil det forekomme slik av sitatet. Jeg følte jeg fikk et godt innblikk i forskningsmaterialet mitt, noe som fikk meg til å se lyst på å starte med analysen.

### 3.6 Analysestrategier

Forskningsmaterialet i denne oppgaven er transkripsjonene jeg har gjort av intervjuene. Materialet er analysert ut fra fellestrekk mellom de forskjellige analyseenhetene – de transkriberte intervjuene (Ringdal, 2013). Jeg har fortolket meningen med transkripsjonene, for å få frem diverse meninger som omhandler min problemstilling – en hermeneutisk fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er brukt en form for systematisk tekstkondensering slik den er beskrevet av Kirsti Malterud (2003). Jeg har lett i materialet etter vesentlige kjennetegn på en systemisk tankegang i behandling. Analysen har basert seg på fire trinn:

1. Få et helhetsinntrykk av den transkriberte teksten
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Trekke ut innholdet i disse meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen av dette

(Malterud, 2003)

Det første trinne i analysen var å få et helhetsinntrykk av transkripsjonene. Jeg har selv transkribert alle intervjuene og følte dette var til stor hjelp med å gi meg en god oversikt over hvert intervju. Når alle intervjuene var gjennomført leste jeg gjennom alle sammen et par ganger for å virkelig kjenne hvert enkelt intervju. Videre tok jeg for meg et og et intervju hvor jeg trakk ut viktige påstander, fortellinger og begreper. Disse tingene trakk jeg ut uavhengig av om de passet opp til problemstillingen eller ikke.

I trinn nummer to var det på tide å finne meningsbærende enheter. Nå så jeg bort fra alt det som ikke belyste problemstillingen. De meningsbærende enhetene skulle organiseres inn i forskjellige grupper – forskjellige fellesskap. Alle utsagnene som hadde noe til felles og belyste problemstillingen ble samlet i samme kode. Et eksempel på en slik kode i dette arbeidet er *fellesskap*. Dette gjorde jeg ved å lage meg forskjellige tabeller, hvor jeg plasserte utsagnene med fellestrekk i samme tabell.

Når dette arbeidet var gjennomført var det på tide å trekke ut innholdet i de meningsbærende enhetene. De forskjellige grupperingene jeg hadde satt sammen var tolket ut fra mitt teoretiske og faglige ståsted. I trinn en hvor jeg hadde samlet påstander var de samlet i store og vage grupper, slik som for eksempel *fellesskap*. I denne delen ble det klart at den grupperingen var altfor stor. Dette førte til at jeg delte opp fellesskap til blant annet at *mobiliseringen av et nettverk og spiseforstyrrelsen flytter inn til familien*.

I det fjerde og siste trinnet skulle jeg sammenfatte betydningen. Her skulle informantenes historier gjenfortelles, på en sannferdig måte ut fra hva faktisk hadde blitt sagt i intervjuet. Her laget jeg en innholdsbeskrivelse for hver gruppering. Dette er en beskrivelse av funnet mitt sett opp mot terapeutenes systemiske tanker i møte med familier med anoreksi.

Modellen jeg har fulgt i analysearbeidet er den Kirsti Malterud forteller om i boken *kvalitativ metode i medisinsk forskning* (2003). I mitt material ble disse fire funnene identifisert:

1. Mobiliseringen av et nettverk

2. Symptombærer har masse makt
3. Spiseforstyrrelsen flytter inn til familien
4. Familien kjenner seg selv best

### 3.7 Troverdighet, overførbarhet og pålitelighet

I kvalitativ forskning handler troverdighet, overførbarhet og pålitelighet om kvaliteten på forskningsprosjektet. Dette må være på plass for at selve forskningen skal være gyldig. Er forskningen gjennomført på en tillitsvekkende måte? Er resultatene mulig å reproduseres i en annen tid og med andre forskere? (Kvale & Brinkmann, 2015) (Ringdal, 2013). Det er noen av disse spørsmålene jeg skal besvare i dette delkapittelet av oppgaven.

I dette forskningsarbeidet ble data samlet inn gjennom semi-strukturerte samtaleintervju. Intervjuene bar preg av å være en samtale mellom to personer, men med en intervjuguide som passet på at vi holdt oss til tema. Denne forskningsstrategien ble valgt på bakgrunn av at jeg ønsket behandleres fortellinger om sin praksis, og om hvordan de jobbet med en systemisk tankegang med anoreksi.

I boken *det kvalitative forskningsintervju* (2015) sier de følgende; «*intervjuet er en samtale og en forhandling av mening mellom forskeren og hans eller hennes intervjupersoner*» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 274). Dette gjør det relevant å snakke om objektivitet. At disse samtaleintervjuene ble skapt mellom meg som forsker og informantene som behandlere. Intervjuguiden er utarbeidet av meg og er derfor preget av min forforståelse av temaet. Dette gjør det vanskelig å hevde at materialet er 100% objektivt.

Dette prøvde jeg å jobbe med på forskjellige måter. Blant annet når informanter spurte; «*jeg er usikker på om jeg tolker deg rett når...*» pleide jeg å svare at jeg var mer opptatt av hvordan de tolket spørsmålet enn å forklare min egen tanke rundt det. Dette ble gjort etter et ønske om å skaffe pålitelig data som informantene kunne stå bak.

Ved at jeg transkriberte intervjuene fortløpende fikk jeg et innblikk i egen intervjustil. Noe som førte til at intervju 6 besto av flere oppfølgingsspørsmål enn f.eks. intervju nummer 2 gjorde. Om jeg hadde vært flinkere til å stille oppfølgingsspørsmål fra starten av hadde nok alle intervjuene hatt litt mer dybde. Kontinuerlig gjennom intervjuprosessen verifiserte jeg

svarene jeg fikk, ved å gi en tilbakemelding på at jeg hadde forstått det de hadde sagt, å gi de en mulighet til å forklare om jeg hadde misforstått noe (Kvale & Brinkmann, 2015).

Gjennom hele metode-kapittelet er det mitt ønske om å legge fram min fremgangsmåte for dette forskningsprosjektet på en åpen og ryddig måte. Dette mener jeg er med på å gi forskningen troverdighet, samtidig som det gjør det mulig å teste overførbarheten i forskningsmaterialet (Ringdal, 2013). For når fremgangsmåten er tydelig beskrevet, blir det mulig for en annen forsker å prøve å gjenskape resultatet.

I kapittel 4 *drøfting og presentering av resultater* prøver jeg å kontinuerlig knytte funnene mine opp til teori hentet fra kapittel 2. Dette for å gi forskningsmaterialet tyngde og for å vise at det ikke er mine tanker som står på egne ben, men funn tatt ut av et materiale som bygger på allerede fastsatt teori. Noe jeg tenker er med på å gi forskningen troverdighet.

### 3.8 Forskerens selvrefleksivitet

*«Det kvalitative forskningsintervjuet er ikke et nøytralt medium som gjør det mulig for samtalepartnere å fritt møte hverandre, upåvirket av konteksten. Den er snarere en formidler som muliggjør visse måter å forholde seg til hverandre på og vanskeliggjør andre.»*

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 117)

Jeg starter denne delen med dette sitatet fordi jeg mener det gir et fint bilde av hvor påvirkelig en intervjusituasjon faktisk er. Hvor mange ting som spiller inn. Noen av tingene som kunne spille inn på mine intervju hadde jeg allerede tenkt på før arbeidet startet, mens andre har jeg først reflektert over i ettertid. Det er viktig å ta seg tid til slike refleksjoner, slik at man kan oppdage eventuelle brister ved eget forskningsarbeid eller gjennomføring.

En av mine største bekymringer med å gå inn i intervjuprosessen var lydopptaket. I det første intervjuet mitt fortalte jeg at dette var mitt første intervju, at jeg bare hadde jobbet med lydopptak hjemme, og at jeg var noe engstelig over at det ikke skulle fungere gjennom hele intervjuet nå. Informanten viste forståelse i dette og fortalte at han hadde følt på det samme når han hadde vært i mine sko. Åpenheten rundt denne bekymringen gjorde at den ikke fikk så stor plass i intervjuet. Dette er en refleksjon jeg også står bak etter å ha transkribert intervjuet. Med å være åpen i det første intervjuet om bekymringen, - og finne ut at den var ubegrunnet, gjorde at jeg gikk tryggere inn i de neste intervjuene.

Som nevnt var det informantene som fikk velge hvor intervjuet skulle foregå og 4 av 6 valgt å gjennomføre på sine kontor. Dette var rommet de også drev terapi i. Jeg oppdaget at noen av informantene tidvis stilte mange spørsmål tilbake til meg, spørsmål som var rettet mot mine egne refleksjoner rundt diverse ting. Dette er noe jeg senere har reflektert over, og da har jeg lurt på om det kunne ha noe med det fysiske miljøet intervjuene ble gjennomført i – altså i rommet hvor de vanligvis er den som stiller spørsmålene. I slike situasjoner var det hjelpsomt å ha intervjuguiden å støtte seg på. Den gjorde det mulig å få samtalen tilbake til tema.

Informantene som ble valgt til forskningsprosjektet ble valgt ut fra sin tilknytning til feltet – at de jobbet med behandling av anoreksi. Kvale og Brinkmann (2015) ville hevde at jeg hadde valgt informantene ut fra deres særegne kunnskap og at informantene dermed kunne få en rolle som ekspert. Kvale og Brinkmann (2015) identifiserer også tre forskjellige intervjuopposisjoner, hvor min posisjon passer best med *opinionsundersøkeren*. Dette på grunnlag av at jeg hadde som mål å få frem intervjupersonens meninger og holdninger med det å jobbe familierettet med anoreksi.

Når jeg transkriberte intervjuene ble det tydelig for meg at jeg løftet informantenes og deres kunnskap opp, mens jeg samtidig betvilte min egen. Dette gjorde jeg ved å ofte avslutte spørsmål eller refleksjoner med «*men jeg vet ikke jeg, jeg har jo aldri jobbet med dette slik som du*».

Ved dette følte jeg at jeg ga informantene mine ekspertrollen dobbelt opp. På den ene måten ved å bli valgt ut fra den eksplisitte kunnskapen de besitter, og på den andre måten ved at jeg selv gjorde de til eksperter. Dette fordi de faktisk arbeider i stillinger som jeg utdanner meg til å besitte en eller annen gang.

Det har igjen vist seg som nyttig at all transkripsjon er foretatt av meg. For det gjorde det mulig å få refleksjoner slik som denne - at jeg betvilte min egen kunnskap – tidlig i løpet. Dette førte til at jeg kunne jobbe med å endre denne måten å stille spørsmål på. Så intervju nummer 1 består av flere slike usikkerheter enn intervju 6 gjorde.

Et annet punkt jeg har reflekter mye over er personvern. Feltet jeg driver forskningen min innenfor er et lite felt. Det består ikke av så utrolig mange institusjoner og behandlingstilbud. Jeg var lenge i tvil om hvor mye jeg kunne si om hver enkelt informant og spesielt var jeg i tvil om jeg skulle nevne institusjonenes lokasjon og navn. Jeg hadde et ønsket å si såpas mye at leseren fikk kjennskap til informantene, men ikke så mye at de ble gjenkjennelige.

Dette er også et spørsmål som har vært tema under mine veiledningstimer på OsloMet. Jeg har usikker på hva jeg skulle gjøre, men magefølelsen min sa meg at dette ble for mye informasjon å nevne grunnutdanning og institusjon. Til slutt bestemte jeg meg for å høre med de eneste som kan avgjøre om jeg sier for mye ved å nevne sted og eventuell utdanning, nemlig informantene. Dette førte til at jeg sendte ut en mail til alle sammen jeg hadde intervjuet.

Sammen ble jeg og informantene enige om at jeg ikke skal nevne institusjon ved navn. Dette fordi det er lett å søke om institusjoner på nett, for så å finne ut hvem som jobber der. Derfor sier jeg bare at utvalget mitt er fra Norge, uten flere spesifiseringer. Jeg har også unngått å nevne hvor mange år de har praktisert, grunnutdannelse og lignende, på grunnlag av at slik informasjon også lett kan føre tilbake til en spesiell person. Ved å ha med navnene på de forskjellige institusjonene ville ikke kravet om personvern blitt opprettholdt.



## 4. Presentering og drøfting av resultat

---

Målet med dette kapittelet er å presentere funn hentet ut fra forskningsmaterialet mitt og drøfte dette opp til den relevante teorien fra kapittel to. Jeg skal prøve å belyse diverse valg terapeutene står ovenfor i sin behandling og hvordan disse valgene kan/ikke kan sees opp mot en systemisk tanke.

Jeg har totalt fire funn fra min analyse, som vil bli lagt frem hver for seg. Hvert funn har en overskrift som er ment å sammenfatte meningen av selvet funnet. Jeg vil starte hvert delkapittel med en kort presentering av funnet, før jeg etter hvert går over i en drøfting som vil bestå av utdrag fra transkripsjonene sett opp mot teorien.

De fire funnene jeg vil presentere er:

1. Mobiliseringen av et nettverk
2. Symptombæreren har masse makt
3. Spiseforstyrrelsen flytter inn til familien
4. Familien kjenner seg selv best

### 4.1. Mobiliseringen av et nettverk

Vi vet allerede at det er lovforslag som nå legger føringer på familien deltagelse i behandlingen (Helsedirektoratet, 2018), og diverse litteratur på skjæringspunktet mellom anoreksi og familierapi hevder med stor tyngde at forskningen sier det er en størst mulighet for endring om man tar med hele systemet i behandlingen (Skårderud, 2016), (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015). Så det at mine informanter velger å ta med familien inn i behandling og at de beholder en systemisk tenkning på dette punktet er ikke noen revolusjonerende nyhet.

Funnet jeg ønsker å legge frem i dette delkapittelet handler mer om hvilket omfanget dette systemet, altså nettverket, har. Informantene forteller om hvordan de inkluderer foreldre og søsken, men også et nær-miljø, skoler og henviser. De forteller om et enormt nettverk som de jobber iherdig med å skape rundt denne sykdommen. Og at det er gjennom dette arbeidet de kan håpe å oppnå en endring.

Dette kan sees opp mot grunntanken i systemisk tenkning, altså at helheten er større enn summen av delene. Dette betyr at når det er snakk om problemer må man se helheten, altså familien, og ikke bare delene, individene (Seltzer & Seltzer, 2014). For å skape endring må det skje med familien, for problemene ligger ikke i et individ, men mellom mennesker (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Problemene har ingen begynnelse, men går rundt i en sirkel. Problemet er sirkulært.

Når jeg startet denne intervjuprosessen var jeg nysgjerrig på om materialet mitt ville si noe om hvordan terapeutene valgte å implisere denne tanken i sin praktisering. Hvordan de jobbet med det relasjonelle aspektet.

Allerede i starten av det første intervjuet sammen med Truls kom dette: «*Om man har et systemisk perspektiv vet man jo at familien rammes hardt*» (Truls). Dette var med på å bygge opp under min tro om at den systemiske holdningen var tilstede. Dette ble også bygget opp under av andre utsagn slik som: «*...det er viktig å samarbeide med foreldrene, de er jo en ressurs!*» (Tora). Allerede her ble det tydelig at terapeutene har den systemiske tanken med i valgene de tar i behandling.

Tove som jobber på en spesialisert avdeling for spiseforstyrrelser forteller ikke bare om viktigheten av å ha foreldre med, men at det også er en nødvendighet. At om et barn med anoreksi befinner seg i en omsorgsovertagelse igangsatt av barnevernet vil ikke behandlingen der Tove jobber, starte før det igjen er noen med foreldreansvar som kan delta i behandlingen sammen med symptom-bærer. En tanke vi kan anta bygger på helsedirektoratet sine føringer om at foreldre skal som hovedregel alltid delta i behandlingen (Helsedirektoratet, 2018).

Dette kan sees sammen med tanken om at det er det kontinuerlige, sirkulære, interaksjonsmønsteret med familiemedlemmene som danner grunnlaget for en stabil kontekst for individet. Om man ikke kan jobbe med hele systemet vil man ikke klare å lagge til rette for en stabil kontekst for barnet. Som Johnsen sier i boken *Vendepunkt* (1995):

*«Relasjonen mellom barn og foreldre er grunnleggende for menneskets livslange separasjons- og individualiseringsprosess, som er en forutsetning for at barnet kan utvikle en identitet»*

(Johnsen, 1995, s. 101).

I løpet av min intervjuperiode følte jeg at det var en enighet blant informantene om at det var en selvfølge at foreldre skulle delta i behandlingen. Om man ikke skulle ha med foreldrene skulle det være utrolig sterke krefter som talte imot det, og selv da var ikke terapeutene 100% sikre på at foreldrene skulle ekskluderes fra behandlingen. Informantene forteller det slik:

«...samtidig er det vanskelig å si at det ikke skal anbefales [foreldres deltagelse]. For spiseforstyrrelser lager så høye konflikter. Så kan godt hende at man finner det ut litt etter hvert at her er det for høy konflikt til at vi kan jobbe med alle i rommet. Da må det gjøres noen endringer» (Trine)

«Jeg ville ha tenkt behandling for spiseforstyrrelsen før jeg eventuelt tenkte barnevernet»  
(Tanja)

«Hvis jeg for eksempel møter en under 16 år, så er det åpenbart at jeg er veldig bestemt på at foreldrene må involveres. Om ikke så må det være veldig gode grunner som ligger i bunn.  
Disse grunne må være veldig gode» (Truls).

Disse sitatene samsvarer med tanker vi også ser fra feltet i dag, slik som *Family-Based Treatment* (Foseberg & Lock, 2015), hvor forskningen støtter opp under denne måten å jobbe på. Hertz (2008) legger det frem som den *eneste* måten å jobbe på gjennom sin bok. Og ikke minst er også pakkeforløpet, som innføres i år, en måte å fremme denne formen for praktisering på, over andre typer behandling (Helsedirektoratet, 2018).

Dette fører til at foreldres involvering ikke lenger bare er terapeutens valg, men det er også lovfestet (Helsedirektoratet, 2018). Men selv om involveringen generelt ikke er åpent for diskusjon, forteller informantene om hvordan økonomiske forutsetninger kan blant annet også sette føringer.

Trine forteller at det tidvis også kan være økonomiske årsaker bak at alle ikke alltid kan delta i familieterapien. Det henger blant annet sammen med kapasiteten til den gitte avdelingen. Det er ikke alltid det er mulig å ha x antall barn i aktiv behandling sammen med x antall foreldre. Det er et spørsmål som både henger sammen med økonomi og hvilken plass behandlerne har til rådighet.

Selv om det er slik at økonomien og plass tidvis kan sette begrensninger forteller Trine at det uansett er et stort fokus på foreldres deltagelse i behandling. Det blir fortalt at foreldre kan bytte på å delta. Komme for å delta på diverse aktiviteter og samarbeidsmøter m.m.

Så fokuset på helheten forsvinner ikke selv om økonomien setter visse grenser for akkurat hvordan terapeuten kan involvere foreldrene. Dette er funn som er helt motstridene med forskningen Gremillion (2003) gjorde i sin tid, hvor foreldrene så å si fikk døra slengt i ansiktet i det øyeblikket barnet fikk tilbudet om behandling på den institusjonen.

Dette var funn jeg delvis hadde sett for meg å finne. Dette på bakgrunnen av den generelle holdningen som er å se på feltet i dag, og føringer slik som pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2018). Det jeg ikke var forberedt på å finne var omfanget av systemet, helheten, sett fra disse terapeutenes ståsted og hvor mange de valgte å inkludere i dette. Hele systemet omfattet langt flere enn familien slik jeg opprinnelig hadde tenkt.

Tanja, fortalte om hvordan hun jobbet når hennes pasienter måtte videre opp i systemet grunnet somatiske utfordringer/komplikasjoner. «*Om de var lagt inn, over noen måneder, da inviterte jeg meg selv på samarbeidsmøter*» (Tanja). Det gir meg et bilde av at systemet rundt symptom-bærere og foreldrene er større enn hva jeg opprinnelig hadde tenkt. Det omhandler ikke bare om barnet som bærer symptom-bærere og foreldre, samt eventuelle søsken. Det handler også om et stort behandlingsapparat rundt. «*Også er det viktig å ha med henviser hele veien, sånn at henviser forstår hvilke prosesser pasienten har vært i og viderefører dette hjemme*» (Tuva).

For å belyse dette valget terapeutene tar om å inkludere flere enn bare familien i behandling, ønsker jeg å trekke frem et sitat fra Johnsen (1995): «*For å kunne påvirke et så mektig symptom, som i så stor grad styrer omgivelsene, må det mobiliseres et tilstrekkelig nettverk av helbredene krefter, slik at det er mulig å tro på noe annet enn symptomene*» (Johnsen, 1995, s. 101).

Tanja og Tuva forteller om hvordan det var viktig og nødvendig å inkludere andre behandlere og de som hadde henvist pasienten til behandlingen. Dette var et valg de gjennomførte, hvor de mente at et solid nettverk av behandlere rundt sykdommen var viktig. For hele systemet måtte være med om endring var målet.

Det var enighet blant informantene at andre behandlere var noen det var viktig å inkludere, men det er ikke bare disse som ble nevnt. Når informantene snakket om et nettverket, ble det tydelig for meg at det er mer enn bare et behandlingsteam og familien skulle med.

Før vi går dypere i dette, ønsker jeg å trekke frem et utdrag fra mitt intervju med Truls. Utdraget sier noe om hvilket omfang nettverket rundt denne lidelsen kan ha i visse situasjoner, men fortellingen sier også noe om hvilken påvirkningskraft en spiseforstyrrelse faktisk kan ha.

*«Og for mange år siden jobbet jeg med en jente som var den gangen 16-17 år og veldig alvorlig syk. Vi jobbet og slet for å prøve å jobbe med hennes utvikling. Vi hadde et møte med familien også forteller familien, foreldrene til oss, de kommer fra ei lita bygd*

[personopplysninger], også forteller de oss at ting har blitt kjempevanskelig for de etter hvert, for bygda vet om datteren som sliter og nesten forsvinner i tynnhet. Familien, foreldrene orker etter hvert ikke å gå ut, for de får så mange spørsmål og det orker de ikke, de klarer ikke lenger å handle på den lokale matbutikken. Så de reiser fire mil til neste butikk for å handle, de orker ikke mer, det samme er det når de skal fylle bensin. Også sier de at de ikke orker dette mer, de sier at de vurderer å flytte fra bygda. Så heftig er det liksom. Så spør vi om det gjøres på en annen måte? Lang historie, men plutselig så foreslår vi at det kunne være en ide om dere kanskje inviterer til et møte, også kan dere invitere hvem dere vil, også kan noen av oss komme opp og kan snakke om spiseforstyrrelser. Så valgte de å teste det, så vi var en sein kveld oppover i vei til den lille bygda og de hadde invitert 40 mennesker, bygdemennesker, det var lærere, prest naboer med mer. Da snakket vi om hva i all verden er en spiseforstyrrelse, og hvordan den kan ramme og hva de som opplever den kan trenge, det vi oppfordrer til er å åpne opp. Altså at de plutselig kunne være til stede i egen bygd, som gjorde til at de kunne fortsette å bo der. Dette er en ganske sterk historie på hvordan familier rammes, og hvordan systemer lukker seg til» (Truls).

Tora oppsummerer dette med at ved å jobbe familieterapeutisk fjerner man det som er skambelagt ved en psykisk lidelse. Ved å ha åpne samtaler, gode samtaler, trygge samtaler, fjerner man tabuet rundt lidelsen slik at det blir lettere å stå sammen mot symptomene. Og for at man skal klare å skape disse gode, trygge samtalerne, må alle som påvirkes av sykdommen inn i nettverket av disse helbredende kreftene.

Så den systemiske tanken om at helheten overgår summen av delene var absolutt tilstede i dette materialet. Terapeutene tok beviste valg hvor de krevde deltagelse av foreldrene, men også av andre viktige støttespillere slik som andre behandlere og de som har henvist familien. De klarte også å se hva situasjonen trengte, og eventuelt gjøre som Truls og inkludere hele bygda som en del av nettverket rundt sykdommen. Terapeutene bygget opp under den systemiske tanken om at man må bedre interaksjonsmønstrene for at sykdommen skal bli håndterbar og etter hvert forsvinne (Skårderud, 2016).

Vi ser klart hvordan disse informantene tar forskjellige valg som fremhever det Dallos og Draper (2015) skrev, at familieterapien har beveget seg bort fra en tanke om at familien er noe som skjer «der borte», men at det heller er noe som skjer «her inne». Ellers som Hertz (2008) ville ha sagt det, at disse terapeutene møter problemene med en holdning som godtar at problemene er komplekse og sirkulære. Hva som spiller inn i problemet, og hvem som spiller inn er mangfoldig. Måten å jobbe mot dette problemet på, blir derfor kompleks, og bygger på

sirkularitet. Hvordan arbeidet går fra familien, til terapeuten, til familien igjen, også videre. Med dette er terapeutene åpne for å se forskjellige sammenhenger, også utenfor det som lovforslagene for eksempel legger føringer om.

## 4.2. Symptombærer har masse makt

Overskriften fra dette funnet er hentet fra intervjuet mitt med Tove. Det er hentet fra en sekvens hvor hun snakker om alt som symptombærer får makt til å bestemme over i hjemmet. Utsagnet til Tove bygges opp under av Tora som forteller at den som fysisk har spiseforstyrrelsen får en veldig stor makt over resten. Og av Truls som kaller spiseforstyrrelsen for en liten terrorist.

Dette funnet rundt symptombærers makt ønsker jeg å belyse opp til hvordan anoreksi som lidelse kan ta en form for kontroll over livet, og dermed svekke hvordan man fungerer i det daglige (Skårderud, 2016), (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Jeg ønsker å trekke dette sammen med også å se på familiehierarkiet som nevnes i systemisk tenkning. (Dallos & Draper, 2015), (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Spesielt med tanke på å reetablere en foreldreautoritet igjen, sette foreldrene på toppen av hierarkiet (Helsedirektoratet, 2018).

Jeg kommer til å starte drøftingen med å se på hvordan symptombærer har mye makt, og hvordan terapeutene mener dette blir tydelig for dem, før jeg går videre for å se på familiehierarkiet. Grunnen til denne delingen er at jeg mener at man må forstå omfanget av makten symptombærer besitter, før man kan forstå hvorfor terapeutene anser det som viktig å jobbe med en reetablering av foreldreautoriteten igjen.

*«Man har et menneske som fortsatt bor hjemme, hvor foreldre opplever veldig fort, at det forekommer at kompetansen er helt borte. Det som virket i foreldrerollen i går, virker ikke i dag» (Truls)*

Symptombærer i en slik sykdom som anoreksi sitter med utrolig mye makt (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Slik vi ser i utdraget ovenfor. Foreldrene gjør ting som rett og slett ikke fungerer mer. Dette gir spiseforstyrrelsen makt over foreldre, men også makt over struktureringen til hele familien.

*«Hvem får sitte på kjøkkenet? Lillebror må sitte i kjelleren. Mor må være på badet til frokosten er over. Det er så mye sånne ting» (Tove).*

Denne makten som spiseforstyrrelsen har, og dermed indirekte symptombærer, endrer måten familien handler på, og hvordan de velger å være. Det blir en tilpassing. Dette var noe alle terapeutene snakket om på en eller annen måte:

*«Det gjør jo både foreldre, søsken, besteforeldre [tilpasser seg]. Alle gjør jo det. Og man sier jo egentlig, at når man får en spiseforstyrrelse, blir hele familien rammet. Så blir man. Man tilpasser seg, [...]Den som har den får jo veldig stor makt. Hvis man gjør noe galt, sier noe galt, eller, så har man det maktmidlet om at, ja, men da spiser jeg ikke. Og da forstår man lettere, hvorfor man går på tå og tilpasser seg. For det verste er jo å ha et barn som ikke spiser» (Tora)*

*«... en sånn type problematikk skaper så mye krangler i familien. Krangel rundt et hvert måltid. Som skal være en hyggelig familiegreie liksom. Man samles rundt grytene. Noe koselig, og mens man spiser snakker man om ting. Ler og spiser, lever rett og slett. Men for disse familiene blir dette ofte de vanskeligste konflikttidene på døgnet» (Tanja)*

*«når du er redd for å miste noen som står deg nær. Men når du ikke kan være deg selv hjemme, for det kan ikke søsken, alt skjer på den sykes premisser. Og det er en liten terrorist altså, den spiseforstyrrelsen, den legger beslag på alt, og bestemmer alt. Og man må gå på tå for ikke å skape eksplosjoner. De tilpasser seg, legger om kosthold og hele familien blir veganere til slutt» (Truls).*

Slik det kommer frem i disse utdragene fra intervjuene snakker alle informanter på en eller annen måte om makten spiseforstyrrelsen har over hele familien, og hvor ødeleggende denne makten er. Familiens strukturering er totalt endret. Hertz (2008) forteller noe om at disse barna med slike problemer, sitter selv med en følelse av at de ikke er gode nok, ikke strekker til, mens oppgivelsene opplever at det er disse barna med deres sykdom som setter dagsorden for resten. Dette er noe jeg tenker kan være gjenkjennelig for familiene vi hører om i disse situatene.

Symptombærer strekker ikke til, vedkommende blir dratt i to retninger. På den ene siden kan den velge å høre på foreldrene sine, men konsekvensene for dette blir å motsi spiseforstyrrelsen. Og det samme skjer om de velger motsatt, om symptombærer hører på spiseforstyrrelsen, da går det utover familien. Uansett hvilket valg disse barna tar, blir det ikke bra.

*«Og det som er så dumt er at det blir aldri bra. For om du tar det ene eller det andre valget, blir det dårlig samvittighet uansett. For enten får du dårlig samvittighet for foreldrene dine,*



*ellers får du dårlig samvittighet ovenfor spiseforstyrrelsen. Sånn at det fins ikke gode valg»*

(Tove)

I en familie uten spiseforstyrrelser kan man tenke seg at hierarkiet består av mor og far på toppen – forhåpentligvis sammen, mens barna kommer under der igjen (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Terapeutene forteller om et hierarki hvor spiseforstyrrelsen, og dermed indirekte symptombærer, er på toppen. Foreldrene etter det igjen – og ofte også hvor en av foreldrene er plassert over den andre og søsken havner da helt på bunnen.

Terapeutene forteller at de velger da å jobbe aktivt med å bryte dette maktmønsteret. At for å oppnå optimal fungering i familien støtter de seg på den systemiske tanken om at foreldre må på toppen av hierarkiet, samlet (Dallos & Draper, 2015). Slik at man oppnår en god måte for familien å fungere igjen på (Seltzer & Seltzer, 2014).

*«Man blir mer og mer ensom, og lukker seg mer og mer. Noe av prosjektet blir å åpne opp igjen. Og noe av det å åpne opp igjen handler om å inkludere foreldre til å handle på andre måter. Noe av det første jeg tenker på når jeg møter unge mennesker, det er igjen å sette foreldrene i stand til å få meningsfulle foreldreroller i den situasjonen de er i. Fordi de opplever, når du har et barn som ikke selv klarer å ernære seg og uansett hva du selv gjør, vil ikke barnet ha mat. Det er en veldig, uansett om det barnet er 1 år eller 17 år gammelt, er det en fortvilet situasjon» (Truls)*

*«For foreldre blir litt sånn å, de tør ikke ta foreldremyndigheten sin. De er så redde for konsekvenser [...] De curler unna alle problemstillinger og lager mange sanne fallnett, om man kan kalle det det, for å gjøre ting annerledes, for å ikke konfrontere, som man gjør når man har en vanlig foreldremyndighet, Foreldre blir ikke tydelige foreldre da» (Tuva)*

I teori-kapittelet av oppgaven forteller jeg om grenser som må finne sted innad i systemet for en optimal fungering. Hvordan mor og datter ikke kan gå på bekostning av familiehierarkiet (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Eller slik som Tove sier: «.. det blir ofte veldig mye ubalanse mellom mor og far og de forskjellige subsystemene i familien» (Tove). Denne ubalansen er snakket også Frøyland (2005) om. Jeg har nevnt dette sitatet tidligere, men for drøftingens del tar jeg det opp igjen:

*«En måte å tenke om dette på [samspillproblemer] er at nesten uansett hvilket symptom det dreier seg om, skjer det noe med familiestrukturen som blant annet gjør at foreldre og barn strever med hvem som skal være i ledelsen og ta et voksent ansvar»*

(Frøyland, 2005, s. 116)



Måten informantene jobber for å sette foreldre på toppen av hierarkiet er veldig forskjellige. Dette kan selvfølgelig variere ut fra at ikke alle informantene jobber på samme avdeling. Noen har samtalebasert behandling, mens andre driver mer spesialisert. Men selv om den kliniske praksisen er forskjellig er uansett målet det samme. Fjerne makten spiseforstyrrelsen har på familien å gi den tilbake til foreldrene. Endre måten hierarkiet i denne anorektiske familien har blitt bygd opp på, og får familien tilbake til en mer egnet måte å fungere på.

For slik som Trine sier *«Det er ikke sånn at 13-åringen i huset skal bestemme hva man skal ha til middag hver dag. Man skal ikke sitte og spise kyllingfilet til julemiddag»* (Trine). *«En spiseforstyrrelse rapper all oppmerksomhet, den stjeler alt. Og den legger regien på alt i hele huset»* (Truls).

Det er ikke slik at spiseforstyrrelsen bare legger føring på mat og slikt, men også hvordan familien forholder seg til omverden på. Symptombærer velger å isolere seg, slik at det kan fortsette dette prosjektet deres som er spiseforstyrrelsen (Hertz, 2008). Men dette fører også med seg konsekvenser for resten av familiens fungering:

*«Så etter hvert utvikler man små hvite løgner som om at det ikke passer nå, takker nei til bursdag. Etter hvert gjør familien det samme. Familien slutter å invitere folk hjem, uansett om det er familie eller venner, for det blir en så vanskelig situasjon for vedkommende som har en spiseforstyrrelse. Så ikke blir bare den enkelte isolert, men hele familien blir det»* (Truls)

Tove forteller hvordan de prøver å ta tak i dette på i behandlingsløpet hos dem. Før familien takker ja til behandling på dette stedet, har man en form for introtime. Her får man innføring i hvordan behandlingsløpet legges opp og annen praktisk informasjon knyttet til behandling. Tove forteller at de allerede starter jobbingen med familiehierarkiet i denne timen, eller det hun det, foreldreautoritet.

*«Så begynnelsen av terapi, gir man over ansvaret til foreldrene. Man sier at ungdommen har fått en spiseforstyrrelse og det er så, det gjør at de ikke kan ta valgene selv når det gjelder mat og trening og ting som har med symptomene å gjøre. Så derfor blir ansvaret for de tingene overlatt til foreldrene. Når ungdommen også hører på. Fra nå av er det foreldrene som tar ansvar om hva du, hva barnet skal spise, hvor mye, når»* (Tove).

Ved at dette gjøres så tydelig og klart gir det ingen rom for spiseforstyrrelsen å bevare noe makt. Terapeuten har tatt den fra anoreksien og gitt den tilbake til foreldrene igjen – og dette er noe som er udiskutabelt gjennom behandlingsprosjektet. Terapeuten har satt både mor og

far på toppen av hierarkiet og plassert barnet, dermed også indirekte sykdommen - anoreksien, under foreldrene igjen.

Anoreksi er en lidelse som vanligvis utvikler seg i en temmelig ung alder, og som oftest rundt puberteten (Skårderud, 2016). Alle informantene forteller at de ikke har en nedre grense på behandlingstilbudet og at de yngste kan være så unge som bare 11 år. Når barnet er så ungt skal foreldre fortsatt være en viktig del av livet deres. I møte med slike pasienter velger Tora å bygge opp familiehierarkiet slik:

*«Altså noen ganger kan det være litt i forhold til de aller yngste Jobber jeg nesten bare gjennom foreldrene stort sett. Og det er også for å synliggjøre for barnet at det er mamma og pappa som er de viktigste, det er de som skal gjøre den jobben sammen med deg. For vi har jo også ungdom som kanskje ja er unge og umodne. Som kanskje egentlig ikke er egnet til å sitte i samtaler med andre voksne, men det er foreldrene som skal styrkes. Og det syns jeg at jeg også har sett en del. Når ungdommene eller barnet skjønner at vi aksepterer deres foreldre, så klarer de også å akseptere det foreldrene skal gjøre i forhold til dem» (Tora)*

Foreldreautoriteten er også et av disse lovpålagte punktene terapeutene nå er pålagt å jobbe med (Helsedirektoratet, 2018), men Tanja forteller at selv om dette er et fokus de skal ha, er ikke løsningen alene å bare få foreldrene på toppen av hierarkiet. *«Men det som er litt tricky her, er at foreldre ja, skal få tilbake foreldreautoriteten, "på en måte"» (Tanja)*. Det Tanja referer til når hun sier "på en måte" er at barnet også skal lære seg selvstendighet. Dette skal jeg utdype videre nå.

Johnsen (1995) forklarer det slik at spiseforstyrrelsen ofte utvikles i en periode av livet når barna jobbet med å finne løsninger på tilknytning til sine nærmeste, men også når de jobbet med løsrivelse. Så løsningen er ikke bare å sette foreldrene på toppen av hierarkiet, for barnet skal også lære selvstendighet.

*«Man blir jo veldig, man er syk kanskje hele ungdomstiden, da blir man veldig avhengig av foreldrene. Og sånn foreldrene tilpasser seg veldig, for de er redde for at de skal si noe galt, eller gjøre noe galt. Og det på en måte å snakke mye foreldrene og ungdommen om løsrivningen av barnet. For det kan ikke gå at man bare støtter seg på foreldre, eller mamma hele veien, men det å begynne å ta litt mer ansvar for eget liv. Og ikke tenke at mamma skal fikse og ordne opp i alt. Og det er også noe jeg snakker mye med foreldrene om, å tørre å gi det tilbake igjen. Sånn til ungen sine, sånn at de ikke sitter og skal ha kontroll og styring på alt, tørre å prøve å feile» (Tora)*

Terapeutene forteller at dette gjør arbeidet med foreldreautoriteten mer komplekst. At svaret er ikke bare er å gi foreldrene all makt og nekte sykdommen innvirkning. Ja, sykdommen skal man nekte makt, men det betyr ikke at barnet ikke skal ha noe makt i det hele tatt. I en systemisk tankegang møter man dette blant annet gjennom samtaler (Johnsen, 1995), slik Tora forteller at hun prøver å synliggjøre dette i avsnittet over.

For å klare å gi makt til barnet og ikke til spiseforstyrrelsen, er det viktig å skille symptombærer fra problemet. Hvordan terapeutene bruker samtaler som et virkemiddel for å skille disse er noe vi skal se mer på i delkapittel 4.3. *spiseforstyrrelsen flytter inn*.

Frem til nå har vi sett hvordan symptombærer blir definert som personen som sitter på makten. Slik som terapeutene forteller bestemmer symptombærer forskjellige ting som egentlig ikke skal være et barns ansvar å ta. Terapeutene jobber aktivt med å ta makten bort fra symptombæreren for å føre den over på foreldrene igjen, bygge opp foreldreautoriteten.

Helsedirektoratet (2018) har bestemt at foreldreautoritet skal være en del av behandlingstilbudet, men terapeutene forteller om forskjellige måter de velger å implisere dette i praksis. Tove starter med det allerede i første time, hvor det frem for hele systemet blir tatt makt bort fra symptombærer og satt over på foreldrene. Tora derimot forteller om hvordan hun så å si bare jobber gjennom foreldrene når symptombærer er av ung alder.

Nå ønsker jeg å belyse hvordan to av mine informanter, Tanja og Truls, står ovenfor samme problem, men velger å løse dette forskjellig. Selv om utfallet av valgene deres er forskjellige har de begge valgt å grunnlegge avgjørelsen i å få bygget opp foreldreautoriteten, gjenskape et mer hensiktsmessig familiehierarki.

Tanja forteller om hvordan det kan være hensiktsmessig å tidvis skille barnet og foreldrene, for å ha egne foreldresamtaler: *«Da ble det ofte adskilte foreldretimer, nettopp for å snakke om den frustrasjonen og hjelpe foreldrene å stå i det. Holde ut [...] Det tenkte vi at det ikke nødvendigvis var viktig for barnet å høre, ikke sant. Fordi vi har jo forskjellige posisjoner i familien, forskjellig ansvar og forskjellig form for lidelse. Selv om spiseforstyrrelsen ruinerer hele familien, så oppleves den annerledes for foreldrene som har ansvaret og for den som faktisk er dårlig. Ikke sant. Man kan ikke alltid møte de i samme samtalerom. I alle fall tenker jeg det er nyttig og av og til ha adskilte rom, som gir anledning til å snakke helt fritt, altså for foreldre, uten å ta hensyn til barnet»* (Tanja)

Dette er totalt motsatt av hva Truls velger å gjøre. Han velger å belyse hvordan hele familiesystemet har tilpasset seg sykdommen, også fremfor symptombærer. At dette ikke

handler om å gi symptombærer dårlig samvittighet, men å synliggjøre konsekvensene av å ha anoreksien på toppen av hierarkiet. At kjæresteforholdet mellom foreldrene har nesten dødd på grunn av denne sykdommen og at søsken aldri har med venner med hjem osv. Når dette er synliggjort tar terapeuten, i dette tilfellet Truls, grep for å bryte opp, ved å for eksempel bestemme at foreldrene skal gå ut å spise middag bare de to:

*«Så tar jeg beslutningen, mens den lille terroristen sitter i rommet, det er rett å slett for å bryte opp litt i de mønstrene de har blitt suset inn i [...] Hvem skal være sammen med Celine, hvem skal ta ansvar da, også ja, da finner vi ut av det» (Truls)*

Dette delkapittelet har gitt oss et innblikk i det å jobbe med foreldrehierarkiet kan være et mangfoldig prosjekt som kan gjøres på forskjellige måter. At selv informantene i dette materialet velger å handle på forskjellige måter, men i alle veiene å gå blir den systemiske tanken synlig og ofte lagt som en begrunnelse. At det overordnede målet er å lage et familiehierarki hvor foreldrene styrer sammen og med barna under de igjen. At man skal handle ut fra familiens beste og ikke ut fra spiseforstyrrelsen.

### 4.3. Spiseforstyrrelsen flytter inn til familien

Overskriften fra dette funnet er også hentet rett ut fra forskningsmaterialet, og bygger på en formulering som hyppig brukes av blant annet Tuva og Trine. Utrykket er ment til å belyse hvordan en spiseforstyrrelse rammer hele familien, og ikke bare symptombærer. Denne drøftingen kommer til å si noe om at det er langt flere enn symptombærer som rammes når en spiseforstyrrelse flytter inn.

I dette delkapittelet ønsker jeg å fortelle noe om hvordan terapeutene snakker om at spiseforstyrrelsen er en lidelse som rammer hele familien, og ikke bare symptombærer. Dette funnet ønsker jeg å drøfte opp mot blant annet Milano-gruppens jobb med å skille problemet fra individet (Dallos & Draper, 2015), løsrive sykdommen fra symptombæreren (Hertz, 2008), pakkeforløpet sine føringer om eksternalisering (Helsedirektoratet, 2018) og en form for redefinering av problemet (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Jeg ønsker igjen å trekke frem sitatet fra *lærebok i familierapi* (2015): *«I vår evidensbaserte tid, der diagnosene blir flere og flere og enhetene vi studerer blir mindre og mindre, kan det være behov for å samle familier og nettverk til møter når det er en person som har det vanskelig»* (Johnsen & Torsteinsson, 2015, s. 13).

Dette er jo selve grunnlaget i den systemiske tankegangen, relasjonelle problemer istedenfor det individuelle. Dette handler om at vi skal skifte blikket, bort fra individet og over på helheten. Johnsen (1995) velger å si det slik:

*«Ikke sjeldent kan «hovedpersonen» selv være svært uenig i eller motvillig mot henvisning. Foreldre derimot kan være lettet over endelig eventuelt å få hjelp. Derimot har de ikke alltid forestilt seg at denne hjelpen skulle skje ved familiesamtaler»* (Johnsen, 1995, s. 44)

Johnsen (1995) sitt sitat blir bekreftet av Truls: *«Ofte er den som bærer problemet, spiseforstyrrelsen, ønsker ofte ikke å involvere foreldrene. De tenker at dette er noe jeg selv har rotet meg opp i, som jeg selv må komme meg ut av»* (Truls). Truls forteller at dette er noe han velger å jobbe aktivt mot allerede fra første stund. Når han snakker om spiseforstyrrelsen og behandlingsløpet bruker han betegnelsen *vi*. Bygger hele sykdommen inn i et felleskap. Dette kan sees opp mot Hertz (2008) sitt utsagn om at det er en isolerende sykdom. Truls forteller at dette er noe han gjør fordi barnet ofte uttrykker at de står alene i dette – og det er noe Truls ønsker å fjerne gjennom behandlingen.

*«Det er en som bærer sykdommen mer somatisk og psykisk enn andre, men den gjør noe med alle. Det er familien som har fått en spiseforstyrrelse»* (Tuva).

Men hvordan terapeutene velger å vise dette at sykdommen påvirker alle i behandlingen, gjør de litt forskjellig. Tove forteller hvordan hun ofte sier dette til familien hun møter: *«Det vi kan si, vi ser på ungdommen som om at spiseforstyrrelsen har kommet inn og forstyrret, ikke bare ungdommen, men hele familien. Den lager krøll for hele familien. [...] vi starter timen med å fortelle hvilken innvirkning det har hatt for meg at denne spiseforstyrrelsen kommer inn og lager krøll. Så hvert familiemedlem skal si noe om hva det har gjort for oss, for meg, for min familie. Så forteller de om endringer da, som har skjedd etter at spiseforstyrrelsen kom inn i familien»* (Tove).

Dette kan sees opp til at det Milano-gruppen sier, at om man fjerner individet fra symptomet fjerner man også masse skyld som ligger til bunn av denne sykdommen. For når dette skillet har blitt til og kontinuerlig etableres, vil ikke snakket om endring handle direkte om *én* person, men det vil handle om *et* problem som må løses (Dallos & Draper, 2015). Og hvor alle har en jobb å gjøre for at dette skal bli mulig (Hertz, 2008).

I kapittel 4.2 *symptombærer har masse makt* var vi så vidt innom det at man må skille barnet fra spiseforstyrrelsen. Da i forbindelse med makt. Hvor spiseforstyrrelsen skal miste all makt. For at dette er mulig må man skille barnet fra spiseforstyrrelsen. For selv om

spiseforstyrrelsen ikke skal ha makt, skal barnet ha noe makt. Barnet befinner seg i en løsrivningsfase av livet og har derfor masse å lære. Dette er hvordan terapeutene bruker språket og samtalene til å skille symptombærer fra anoreksien (Johnsen & Torsteinsson, Lærebok i familierterapi, 2015).

Det høres ut som en fin ting, det å skille problemet fra personen, slik at vi bare kan jobbe med problemet, uten å angripe personen. Tove forteller at det ikke alltid er så lett. Om man knytter det opp til dualismen man kan finne i anoreksi, er det mulig å forstå at dette ikke alltid er like lett for symptombærer. Det å bli hundre prosent frisk fra spiseforstyrrelsen er skremmende for mange, for det vil si at de må legge fra deg noe som er en livbøye for de (Skårderud, 2016).

*«De kjenner jo ofte at det ikke er spiseforstyrrelsen, det er meg. Jeg gjør dette. Men mange synes det er litt godt etter hvert, og kanskje med en gang også. For noen opplever seg selv som et monster, og er skamfylte med det de gjør. Krangler med foreldrene, gjøre andre mennesker lei seg, og det de gjør. Noen synes det er godt den der at det er spiseforstyrrelsen som kommer inn og tar over noe i deg» (Tove).*

Så kjernen blir at man ønsker å skille symptomet fra individet for å fjerne noen av skammen (Hertz, 2008), unngå at disse barna skal føle seg som monstre. Vise, både for familien og symptombærer, at det faktisk er spiseforstyrrelsen som gjør dette, og at den ikke bare gjør dette mot symptombærer. Den rammer hele familien.

*«Vi ser jo det at når man får en spiseforstyrrelse, så flytter spiseforstyrrelsen inn til familien, det er en slags ubuden gjest, som trenger seg på. Og da må man se familien som en helhet. Det er ikke bare den pasienten som har spiseforstyrrelsen som trenger hjelp» (Trine)*

Tanja forteller om hvordan spiseforstyrrelsen kommer inn i familien, og rett og slett ruinerer den, men at selve påvirkningen av spiseforstyrrelsen vil være forskjellige for hvert familiemedlem. Det er derfor Tove ønsker å starte timene slik som beskrevet ovenfor, for å: *«Åpne opp for en ny forståelse om hverandre» (Tove).*

I teori-kapittelet snakker vi om hvordan det er terapeutens jobb å gi familien informasjon om seg selv og systemet de lever i (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Det er akkurat det jeg mener informantene forteller om her.

Hvordan de gir stemmer til familiemedlemmene om forskjellige ting rundt spiseforstyrrelsen som kanskje har vært usagt mellom dem, bringer frem nye sider av lidelsen. Det kan også tenkes at noe av det som har vært usagt, også er ubevist. Slik at familien blir først klar over dette når terapeutene stiller spørsmål (Nilsson & Trana, 2000). Ved denne måten å jobbe på,

blir det mulig for personene i denne familien å se lidelsen fra forskjellige vinkler, i forskjellige kontekster (Morken, 2007).

Trine forteller hvordan hun omformer ting ved sykdommen til forskjellige handlinger hos familien. Hun har jo allerede sagt at hun forteller at spiseforstyrrelsen kommer inn og skaper uro. Dette prøver hun å eksemplifisere i møte med familien, og forteller at spiseforstyrrelsen får frem det verste i folk. Hvordan symptombærer kan bli utrolig rigid, etter et ønske om å oppnå ro i forhold til spiseforstyrrelsen. Foreldre derimot kan blir sinte, da er det viktig å prøve å kartlegge hva sinne handler om. Handler det om frykt for å miste noen man er glad i? Spiseforstyrrelsen påvirker alle, på forskjellige måter. Dette fører til at alle må jobbe på forskjellige måter for at sykdommen skal forminskes.

Dette utdraget ønsker jeg å trekke opp til Milano-gruppens fokus på å redefinere problemet. At selv om hensikten er god, vil ikke nødvendigvis utfallet være godt (Dallos & Draper, 2015), (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Vi har fått et innblikk i at foreldre og andre tilpasser – ut fra gode hensikter – men at utfallet fører til at spiseforstyrrelsen får mer kontroll.

*«Og hva er frisk? Man skal være innlagt her til man er fri, som vi bruker her. Og det betyr at man [familien som helhet] har mer kontroll, enn at spiseforstyrrelsen har kontrollen»* (Trine)

For å klare å oppnå denne friheten, må som sagt alle delta for å nå dette målet. Tora forteller om anbefalinger hun gir familien når de er i behandling der hun jobber: *«Når man spiser sammen, må man spise opp. Det er ikke lov å ikke like noe mat. Man må spise opp alt, skrape tallerkenen»*. Dette mener jeg er med på å belyse akkurat dette, at spiseforstyrrelsen ikke bare handler om symptombærer, men omhandler alle.

Som Johnsen (1995) sier innledningsvis i dette delkapittelet så kan foreldrene tidvis bli sjokkert over at hjelpen skal komme via familiesamtaler. Gjennom mine informanter virker det som om familien er mer innstilt på dette nå. Noe som støttes opp av at systemiske løsninger har blitt mer allment kjent (Dallos & Draper, 2015), også blant annet via media (Jensen, 2018).

Trine forteller at hun jobber med dette når hun møter foreldre som ønsker at barna skal bli fort friske. Hun forteller at det da er viktig for henne å poengtere at friskhet ikke bare handler om normalvekt, men at problemet er mye mer komplekst enn som så. At foreldrene må forstå at dette er en kompleks sykdom som ikke bare omhandler endring hos symptombærer. *«Vi lykkes ikke med å forandre et barn her, om foreldrene er i det samme mønsteret fortsatt»* (Trine). *«Det vi jobber må omsettes i hjemmet»* (Truls).



Så forskningsmaterialet viser at holdningen til å møte til familiebehandling er mer positivt ladet nå enn det var nå Johnsen skrev sin bok i 1995. Likevel må man jobbe aktivt med å belyse at alle har en jobb å gjøre i dette prosjektet, for alle er berørt av spiseforstyrrelsen. Vi har også fått et innblikk at i at terapeutene kan velge forskjellige veier for å få familien til å skjønne dette.

Helsedirektoratets lovpålagte krav om eksternalisering (Helsedirektoratet, 2018), (Foseberg & Lock, 2015), vil jeg absolutt si er tilstede. Alle terapeutene jobber kontinuerlig med å eksternalisere, altså skille sykdommen fra symptombarer. Men det jeg mener dette funnet har vært med på å vise er at det samtidig driver de med en jobb om å inkludere. Det jeg da mener er at de jobber med å gjøre familien til en felles enhet.

Dette ser vi i slik som at Tove ønsker å belyse hvilken påvirkning sykdommen har på hvert familiemedlem. Eller slik som at Trine jobber med å legge negative handlingsvalg opp til sykdommen og ikke til individene. At Truls mener det er viktig for symptombarer å få et innblikk av påvirkningskraften til anoreksien, for å vise at man er flere som står sammen i dette. At man ikke skal bære dette alene.

#### 4.4. Familien kjenner seg selv best

Dette delkapittelet vil bestå av dette forskningsarbeidets siste funn. Overskriften i dette funnet representerer meningen bak hva de forskjellige terapeutene referer til når de snakker om sin egen posisjon som terapeut.

Funnet i denne delen skal gi et innblikk i hvordan terapeutene stiller seg til sin egen posisjon, og med det hvilken posisjon terapeutene gir familien. Det skal drøftes opp mot Milano-gruppen sin spørrende holdning, nøytrale tilnærming (Dallos & Draper, 2015), (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Delkapittelet vil starte å fortelle noe om hvordan terapeutene egentlig «bare» er rådgivere og ikke eksperter. Sett opp mot den nøytrale, spørrende holdningen (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Videre vil jeg si noe om hvordan bruken av denne tilnærmingen kan være med på å skape håp. Tilnærmingen er med på å gi troen tilbake til at familien skal klare dette selv.

Truls forteller at jobben han gjør, egentlig er veldig enkel. Han gir familien ny informasjon: *«Det handler om å stille spørsmål, og noen rare spørsmål. Da kan vi bevege oss inn i landskapet hvor jeg kan spørre symptombarer, "hvem bekymrer seg mest for spisingen?"*,



også kan vedkommende svare: "mamma", "hvordan merker du at mamma bekymrer seg?" [...] jeg får ut ny informasjon, og at jeg får familien til å snakke sammen» (Truls)

Det er her tydelig å se at Truls velger å gjøre sin rolle mindre, han fremmer ikke et ønske om å sette seg på toppen, men forteller heller hvordan han har lyst til å sitte litt i bakgrunnen, det er familien som kommer med den nye informasjonen de må snakke om, han er bare med for å tilrettelegge for denne muligheten via de spørsmålene han stiller (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Dette velger jeg å se opp mot Milano-gruppens spørrende holdning, nøytrale tilnærming. At man skal stille seg undrene til møte med familien (Johnsen & Torsteinsson, 2015). At man skal legge fra seg troen på en objektiv sannhet. «*Jo mer jeg jobber, mindre forstår jeg på et vis*» (Trine). Som terapeut blir jobben å skape muligheter hvor endring kan finne sted (Frøyland, 2005).

Denne spørrende holdninger møter jeg også i intervjuet med Tanja. Tidligere har jeg forklart at samtalene kunne deles opp der Tanja jobbet, noen med bare foreldrene og noen bare med symptom-bærer. Da fortalte Tanja at det var viktig å møte personene med respekt. Om noe ble sagt i timen med symptom-bærer, som Tanja tenkte ville være nyttig for foreldrene å høre, understreket hun hele tiden at dette var symptom-bærer sin jobb å bestemme. Det som ble delt i disse rommene skulle man stole på ble holdt der, om man ønsket det, uansett om det var symptom-bærer eller foreldre som delte.

Hun kunne spørre: «er det greit at foreldrene din kan få høre dette?», om symptom-bærer da sa nei, understreket Tanja viktigheten av å godta dette svaret. Hun mente at man burde gå inn i hvorfor dette ikke skulle deles, for da kunne det komme opp forskjellige aspekter som ga terapeuten noen andre ideer om hvordan dette kunne deles på en måte som var komfortabel for symptom-bærer.

Det kunne for eksempel komme frem at symptom-bærer ikke ønsket å snakke om dette selv. Og da kunne terapeuten høre om det ville vært bedre om jeg, som terapeut, sa det til foreldrene dine i en egen time med dem? Ja, det har vært bedre. Med dette bruker Tanja samtalene som en inngang til forskjellige løsninger (Johnsen, 1995)

Så den spørrende holdningen kan hjelpe deg å avdekke ny informasjon, som man kan bruke videre på forskjellige måter (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Tuva forteller at hun óg alltid prøver å møte familien med denne spørrende holdningen, og liker å sjekke ut diverse ting før man velger å gå videre i behandling.

Selv om Tuva forteller om denne spørrende holdningen, mener hun ikke at det utelukker at man også skal være en ekspert. Hun forteller at hun pleier å legge det frem slik for familien:

*«Jeg som terapeut er ekspert på hvordan en spiseforstyrrelse kan ytre seg, jeg er ekspert på hvordan man kan bli frisk av det. Du er, sier jeg til pasienten, er ekspert på hvordan det er for deg. Det vet jeg ingenting om, det må du fortelle til meg» (Tuva).*

Dette forteller oss at terapeutene ikke lenger mener at de er ekspertene alene. De har kunnskap om et felt – spiseforstyrrelsen, mens pasienten har kunnskap om et annet felt – hvordan det oppleves for dem. For at man skal ønske å oppnå endring, må disse to ekspertene fungere sammen for å få til en endring. For når disse to ekspertene jobber sammen kan man oppdage ting man aldri ville ha funnet ut alene (Frøyland, 2005).

Med dette ønsker jeg også å trekke frem en øvelse en av informantene fortalte om. Dette også for å ikke plassere seg selv som terapeuter på toppen, men ved å vise at man trenger forskjellige typer eksperter i dette landskapet. Informanten forteller at denne øvelsen kan gjennomføres om man har flere familier som sliter med anoreksi – enten et fellesmøte, flerfamilie-grupper eller lignende.

*«Vi lager ekspertpanel av ungdommene [...]. Da sier vi til foreldre og søsken at nå skal det komme inn noen eksperter, så dere må lage noen spørsmål. Også tar vi med ungdommene ut, nei, dere trenger ikke lage noen spørsmål, for dere skal være eksperter. Så gir jeg de noen sånne hvite sykehusfrakker, også må de skrive på sånn Dr. Hansen eller professor Nilsen eller noe sånt. Og da kommer de inn og er ekspert og svarer på disse spørsmålene som foreldrene har» (En av informantene).*

Tove mener dette er med på å vise hvordan terapeutens rolle bare skal være personen som setter i gang prosessene, uten at terapeuten skal gjøre seg selv viktig. Tanja forteller også om denne terapeutrollen, men sier den ikke alltid er lett å gjennomføre. Dette fordi familiene selv velger å løfte opp terapeutens posisjon. Hun forteller det slik:

*«mor og datter kom sammen. Og jenta kom og var så dårlig at hun kastet opp. Hun hadde nok et virus for hun var ikke bulimiker. Men hun var så dårlig, at hun kastet opp på vei inn til kontoret, og i løpet av timen. Og jeg sa at skal ikke du gå og legge deg, "men vi har jo time i dag". Også sa jeg jo, men.... Det den timen var så viktig at de kom selv om hun var så dårlig. Det gjorde så voldsomt inntrykk på meg» (Tanja)*

Frøyland (2005) mener dette er noe hun også selv har opplevd mer og mer i sin kliniske praksis. Som hun sier det selv: *«i de siste årene syns jeg imidlertid å ha merket at foreldre*

*oftere ber om konkrete råd, og at de ønsker konkret og tydelig hjelp med hva de skal gjøre»* (Frøyland, 2005, s. 117). Dette kan få oss til å tenke at det kan være uforenelig å ha den spørrende holdningen, når familiens tanker om behandlingen krever direkte svar.

Selv om terapeutene i dette forskningsprosjektet også møter slike familier, står de fast ved dette valget om den spørrende holdningen. Men de forteller at denne spørrende holdningen kan komme i mange forskjellige former. Det handler om å møte familien der de er.

De forteller at i møter med familier som stiller andre krav til deres posisjon, kan man blant annet jobbe med egenmestring. Bygge opp troen på at familien skal klare dette. Tanja forteller da hvordan hun møter familier med et håp, et håp hun deler med familien, som handler om at vi skal klare dette sammen. Jeg med min kunnskap, men også dere med deres kunnskap. *«Dette er ikke noe jeg skal få til, men dere!»* (Tora). Dette kan gi familien det de ønsker av kunnskap fra terapeuten, samtidig som terapeutene bevarer sin spørrende holdning.

Tora forteller meg at hun sier til seg selv hver dag at hun må passe på. Det er viktig at hun i sin rolle som terapeut aldri blir for flink eller så god at hun risikerer å ta over foreldrerollen. Om dette skjer hevder hun at hun ville ha feilet i behandling. Dette utsagnet er en sterk kontrast til Gremillion (2003) sin beretning om at personalet var symptombarers innbytterfamilie.

Slik som Tove forteller *«Man skal ha en sånn tro på familien og foreldrene, at dette skal de klare selv»* (Tove). Terapeutene forteller at dette er en tro man ikke bare må formidle til familien at man har, men man må gi familien opplevelser av en slik tro, slik at de selv kan føle det på kroppen, at dette er noe de skal klare.

Trine forteller at dette handler om å la familien prøve. Om det har blitt slik at familien spiser hver for seg for eksempel, eller det har blitt bestemt i behandling er det viktig at de hiver seg ut i det igjen. *«Man kunne kanskje tenke seg at første gangen skulle de kanskje spise samme med personalet, jeg gjør det litt motsatt, det skal spises alene. [...] Jeg har en sånn tanke at dette skal dere lykkes med»* (Trine). Og om det blir noen problemer er terapeutene der til å bistå. Men det er viktig å finne ut hvor skoen trykker, slik at man vet hva man trenger hjelp med.

Når slike problemer oppstår holder fortsatt terapeutene fast på den undrende holdningen. *«Det er ikke en sånn fast mal, da får vi heller se på hva som er lurt knyttet opp til barnet, opp til foreldrene»* (Trine). Akkurat på grunn av dette blir det viktig å finne ut hvor skoen trykker for akkurat denne familien. Dette forteller også Tanja om; *«Det er en stor grad av tilpassing,*

*skreddersøm underveis i forløpet»* (Tanja). All interaksjon er unik, dermed blir alle familieproblemer ulike også (Seltzer & Seltzer, 2014).

*«Terapeuten er nøytral i den forstand at han eller hun ikke kan vite hva som er best for denne spesielle familien. Dette reflekterer en dyp respekt for kompleksiteten i andre menneskers liv»* (Johnsen & Torsteinsson, 2015, s. 134). Dette er et sitat jeg mener speiler terapeutenes forsøk med å bygge opp familiene og deres tro på seg selv. Ved denne holdningen blir terapeutene en veileder som kan tilby familien handlingsalternativ, men de hevder ikke at disse handlingsalternativene vil passe alle, at vi gjennom samarbeid må finne ut av hva som blir riktig for akkurat den familien man står ovenfor.

Dette er noe Tove understreker at de på hennes arbeidsplass streber etter: *«Vi gir ikke instruksjoner og vi forteller ikke hva folk skal gjøre, men prøver heller å støtte de i de valgene man tar, og prøver å hjelpe de med å gi informasjon nok. Slik at de kan ta gode valg ut fra det vi vet. Og det de selv vet. Også oppbacking, masse oppbacking for at de skal tørre å holde ut»* (Tove).

*«Sterk anbefaling er at [taushetsbelagt informasjon] det er foreldre som forsyner, det er foreldre som lager. Og enkelte ganger går den anbefalingen hjem, og at de godtar det. Andre ganger så er det at man må prøve seg litt frem først da. [...] kan hende det er for tidlig, men da lager man seg erfaringer. Man får prøvd litt selv, man gjør seg egne erfaringer»* (Trine)

I dette siste utdraget fra intervjuet med Trine, mener jeg at den nøytrale holdningen virkelig kommer til syne. Det er ikke noen irritasjon eller frustrasjon rettet mot denne familien. Tvert imot. Trine forteller om dette som en måte å få erfaringer. De har kunnskaper om spiseforstyrrelser, mens familien har kunnskap om seg selv. Så det er mulig at det kan gå, at barnet kan forsyne seg selv. Og det kan skje at det ikke går – men da har familien fått egne erfaringer og kunnskaper om hvor skoen trykker for akkurat dem.

I dette delkapittelet har jeg jobbet med funnet rundt hvilken posisjon terapeutene prøver å få igjennom i behandlingen, vi har sett at holdningen noen ganger er vanskelig å håndtere da det er en større pågang på konkret veiledning nå for tiden (Frøyland, 2005). Her blir det igjen belyst hvordan de prøver å møte denne holdningen ved å styrke familien i troen på seg selv (Johnsen & Torsteinsson, 2015).

Dette delkapittelet mener jeg er med på å vise kompleksiteten i et terapeutisk arbeid. Det er ikke bare valg som terapeuten tar om egen praksis som påvirker hvordan utfallet skal bli. At når mennesker samhandler er det forskjellige ting som spiller inn, og at man derfor ikke kan

legge en fast mal på hvordan dette arbeidet skal fungere. Terapeutene ytrer likevel en tanke om å holde fast på sin posisjon som tilrettelegger og veileder, selv om forskningsmaterialet viser at denne holdningen tidvis utfordres av familier de møter.

## 5. Sammenfatning

---

I dette kapittelet er tanken at jeg skal trekke sammen linjene av hele denne oppgaven. Jeg kommer til å snakke om alle fire funnene fra kapittel fire, og prøve å trekke disse sammen opp mot problemstillingen. I slutten av dette kapittelet vil jeg ha en kort avslutning av oppgaven.

For at oppgaven skal få en ryddig utforming tar jeg utgangspunkt i funn 4.3 *spiseforstyrrelsen flytter inn til familien* og 4.4 *familien kjenner seg selv best*. Jeg vil starte med å trekke linjene ut fra 4.3. til de andre funnene i oppgaven, før jeg vil gjøre det samme for 4.4. Selv om jeg tar utgangspunkt i disse to, vil alle fire funnene bli drøftet opp mot hverandre. Dette fordi jeg vil se hvert funn opp mot helheten.

Jeg ønsker å starte denne sammenfatningen med et sitat fra Truls, hentet fra 4.3: «*Ofte er den som bærer problemet, spiseforstyrrelsen, ønsker ofte ikke å involvere foreldrene. De tenker at dette er noe jeg selv har rotet meg opp i, som jeg selv må komme meg ut av*» (Truls). Dette sitatet forteller om hvilket ensomt prosjekt anoreksi kan være (Hertz, 2008). Det er et sterkt utsagn fra symptombærer at de må klare dette selv – stå i det alene.

I kapittel 4.2 snakker jeg om en forskjellig i tilnærming mellom Truls og Tanja i deres møte med foreldrenes frustrasjon for spiseforstyrrelsen. Tanja hadde foreldrene i egne timer hvor de kunne snakke om slikt uten symptombærer tilstede, mens Truls ønsket å ha barnet der i rommet. Begge tok et bevisst valg. Truls tok det ut av et ønske om å vise konsekvensene av å ha anoreksien på toppen av hierarkiet innad i familien. Tanja tok det ut fra å gjøre det tydelig for familien ha foreldre og barn besitter i forskjellige stillinger i familien, og at dette er noe man skal ta hensyn til.

Min tolkning er at Truls også ønsker å si noe om omfanget av anoreksien. At det ikke *bare* handler om at anoreksien er på toppen, men at anoreksien *faktisk* påvirker hele familien. At anoreksien flytter inn. Med dette blir det ikke bare lillesøsteren til Lise som har anoreksien, men familien som helhet, de blir en form for en anorektisk familie. Og at ønske om å belyse akkurat dette, handler også om å vise symptombærer at dette ikke nødvendigvis behøver å være et ensomt prosjekt (Skårderud, 2016). Det påvirker hele familien, derfor må hele familien jobbe med det.

Dette blir en kompleks måte å operasjonalisere den systemiske tenkningen på. På den ene siden jobber du med å reetablere et sunnere hierarki for familien, slik grensesettingen snakker om. Mens man samtidig ønsker å fortelle noe om den relasjonelle komponenten i det hele, at

anoreksien påvirker alle. Arbeidet blir komplekst i at valg man tar, kan bygge opp under forskjellige aspekter ved tenkningen.

Med dette kan man si at terapeutene blant annet jobbet med å vise konsekvensene av det hierarkiet familien har bygd opp, hvilke konsekvenser det har å ha anoreksien på toppen. Men terapeutene jobbet også med å fremme et fellesskap. Fremmer et bilde av at man ikke behøver å stå i dette alene, både for familien men også symptombærer. Vise symptombærer at det er mange andre som også har symptomer på spiseforstyrrelsen – for de andre slår symptomene ut på andre måter enn ved vekt og matinntak.

Den kan blant annet slå ut i sosialisering. Symptombærer kan starte med å fortelle små hvite løgner for å unnsnippe diverse situasjoner vedkommende anser som skremmende. Dette kan førte med seg at familien etter hvert tar etter disse hvite løgnene, og unnlater å invitere både venner og familie hjem i frykt for hvilke vanskelige situasjoner dette måtte bringe med seg (Truls). Med dette ble isolasjonen symptombærer har med seg, adoptert av familien.

Og kanskje var denne adopsjonen det Milano-skolen kaller en god intensjon, et forsøk på å gjøre så godt man kan (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Et ønske om å gjøre tilværelsen bedre. Valget førte i stedet med seg at spiseforstyrrelsen fikk et større og sterke grep rundt situasjonen. Spiseforstyrrelsen rolle på toppen av hierarkiet ble igjen forsterket. Og når dette er det motsatte av å bli frisk, om vi ser på Trine sitt sitat, er det logisk å tenke at intensjonene fikk dårlige virkninger:

*«Og hva er frisk? Man skal være innlagt her til man er fri, som vi bruker her. Og det betyr at man [familien som helhet] har mer kontroll, enn at spiseforstyrrelsen har kontrollen» (Trine).*

Symptombærer er redd for å spise kjøtt (Truls), og dermed sitter hele familien og spiser kyllingfilet på julaften (Trine). Innvirkningen på en spiseforstyrrelse er så stort, og det er mange som blir påvirket av kraften den bærer med seg. Mange som også lar seg fange i nettet av en spiseforstyrrelse.

Det at familien får en spiseforstyrrelse, og konsekvensene denne spiseforstyrrelsen fører med seg, kan også sees opp mot kapittel 4.1. *mobiliseringen av et nettverk*. Her forteller jeg hvordan omfanget av nettverket sjokkerte meg. Det handlet ikke bare om familien, men det kunne handle om hele nabolaget, forskjellige signifikante andre og et helt behandlingsteam. Terapeutene tok valg som førte til at mange forskjellige aktører ble inkludert i behandling.

Når man får et innblikk i hvor mange som mobiliseres i behandlingen av en spiseforstyrrelse, da skjønner man virkelig at det kreves store og mange krefter i arbeidet med å bli kvitt

spiseforstyrrelsen. Da er det ikke så vanskelig å forstå at en spiseforstyrrelse i sin utfoldelse også påvirker mange med sine symptomer.

I denne jobben med å vise at en spiseforstyrrelse påvirker mange blir det også viktig å vektlegge at det er spiseforstyrrelsen, anoreksien som lidelse, som står for påvirkningen, og ikke symptombærer. Barnet er bare den som bærer sykdommen mer fysisk enn de andre, men dette barnet er ikke den som påvirker familien. Med andre ord, drive en form for eksternalisering. Hvor mange skiller sykdommen og barnet fra hverandre.

En slik måte å jobbe på har vi sett i dette utvalget. Truls gjorde det ved å alltid bruke betegnelsen vi, for å vise at sykdommen var en form for fellesskap. Tuva snakket om hvordan hun legger egenskapene i spiseforstyrrelsen og dermed gjør lidelsen til noe eget, noe annet enn symptombærer.

Dette fører oss over i denne sammenfatningens andre punkt. Hvor vi skal se funnene opp mot 4.4 *familien kjenner seg selv best*. Dette kapitlet forteller at valgene terapeutene tar i behandling skal være valg vedkommende mener er gode for familien. Så i et samarbeid med familien blir det lagt opp et behandlingsløp.

I noen avsnitt over snakker jeg om nettverket som mobiliseres i et behandlingsløp, dette mener jeg at bør sees opp til 4.4. Terapeutene vil bare involvere det nettverket som er riktig for denne familien. Ta fortellingen til Truls som eksempel;

Truls forteller om en familie han møtte hvor det ble nødvendig å samle hele bygda inn til et møte angående spiseforstyrrelsen. Dette gjorde de for å unngå at familien måtte flytte. All undringen rundt den avmagrede jenta deres, ble så vanskelig for dem at livet på bygda ble uholdbart. For denne familien lønte det seg å involvere hele bygda, for dette førte til at familien kunne fortsette å bo der de bodde.

Vi har allerede vært inne på hvordan man har behov for å mobilisere et helt nettverk rundt denne lidelse, for å oppnå noe form for en endring. Jeg henter igjen frem sitatet fra Johnsen (1995):

*«For å kunne påvirket et så mektig symptom, som i så stor grad styrer omgivelsene, må det mobiliseres et tilstrekkelig nettverk av helbredene krefter, slik at det er mulig å tro på noe annet enn symptomene»*

(Johnsen, 1995, s. 101).



For å klare å involvere dette Johnsen velger å kalle for helbredende krefter, tenker jeg det er nødvendig å ha kjennskap til familien. Vite noe om hva som fungerer og hva som ikke fungerer. For når man vet dette kan man også si noe om hvilket nettverk som må mobiliseres.

I denne fortellingen til Truls, mener jeg at vi igjen ser det Milano-gruppen kaller en spørrende holdning eller en nøytral tilnærming (Johnsen & Torsteinsson, 2015). For å vite at det ville være nyttig å kalle inn hele bygda til et møte måtte Truls og hans co-terapeut ha gjort en del spørring. Og dette er jo noe Truls selv sier: *«Så spør vi, om dette kan gjøres på en annen måte? Lang historie, men plutselig foreslår vi at det kunne være en ide om dere kanskje inviterer til et møte».*

Dette er nok ikke et forslag som ville vært riktig for alle familiene som kommer inn på de forskjellige institusjonene jeg har vært i møte med. For alt jeg vet kan det hende at dette bare har skjedd denne ene gangen. Men uansett så viser dette til tanken om en nøytral holdning. At terapeutene ikke har den nødvendige kunnskapen om hva som er *akkurat* riktig for denne familien, det er kunnskap familien selv besitter. Terapeutene må bare spørre seg frem til de klarer å finne ut hvilken vei de skal gå.

I kapittel 4.4 snakker jeg om at terapeutene jobber med å få familien til å tro på at dette er noe de skal klare selv. *«Dette er ikke noe jeg skal få til, men dere!»* (Tora), *«Man skal ha en sånn tro på familien og foreldrene, at dette skal de klare selv»* (Tove) og *«Vi har en sånn tanke at dette skal dere lykkes med»* (Trine).

Det er viktig å huske at disse holdningene kan ikke bare ytres for at familiene skal tro på dem. Det er viktig å også gi familien en følelse av at akkurat dette er mulig. Tora forteller i kapittel 4.2. om hvordan hun snakker med familier som har et ønske om at barna deres skal bli friske fort. Da forteller hun at det er ikke nok at barnet skal oppnå normalvekt. Sykdommen er mer kompleks og trenger derfor også at foreldre jobber med å reetablere sin foreldreautoritet. Alle delene i dette store nettverket rundt sykdommen må jobbe for å oppnå en endring.

Terapeutene gir anbefalinger og råd til familien (Trine & Tove), kanskje går disse anbefalingene hjem, andre ganger gjør de ikke det. Men uansett så er det med på å gi familien verdifull informasjon om eget interaksjonsmønster. Kanskje funket det for akkurat denne familien å gå mot rådene, for andre så funket det ikke. Uansett forteller terapeutene om en åpenhet rundt denne prøvingen til familien. At det de driver med er deres (familiens) jobb, og de må finne ut hva som er riktig – vi (terapeutene) skal bare være her for å sett i gang prosessene.

I denne sammenfatningen har jeg ønsket å vise det komplekset i operasjonaliseringen av en systemisk tanke i forskningsmaterialet. Jeg vil absolutt si at forskjellige deler fra den systemiske tankegangen brukes aktivt i behandlingen og står som grunnlag i mange av valgene terapeutene tar vedrørende behandling.

Det jeg også har hatt et ønske om å vise er at det ikke er så lett å bare plukke ut deler av den systemiske tankegangen, å bruke det som det passer. Skal man gjøre dette trenger man en inngående forståelse for den systemiske tanken som helhet.

Man kan ikke bare lese innlegget til Truls om involvering av hele bygda, og tenke at dette er noe man kan legge blåkopi på. Den systemiske tanken sier at hver interaksjon er unik (Dallos & Draper, 2015). Når man forstår dette, skjønner man også at i dette ligger det også en tanke om at hver terapitime og hver familie også er unike (Seltzer & Seltzer, 2014).

Derfor vil det ikke hjelpe å legge blåkopi på mobilisering av et nettverk, for man må også ta innover seg at familien kjenner seg selv best. At det er de som har svarene for hvordan de skal komme seg ut av denne spiseforstyrrelsen. Det blir da terapeutenes jobb å bruke den nøytrale holdningen og en spørrende form. På en slik måte at de gir familien ny informasjon om seg selv og det systemet de lever i.

Så hva sier denne oppgaven noe om? Kan dette forskningsmaterialet ha en innvirkning enten på feltet anoreksi, eller på feltet systemisk tenkning. Eller kanskje har det en innvirkning på skjæringspunktet? Kan dette prosjektet bunne ut i noe konkret?

Personlig tenker jeg at denne oppgaven kan være til hjelp både for nyutdannede terapeuter, men også de med en god fartstid. Selv om utvalget her er lite, er informantene hentet fra forskjellige institusjoner. Det får meg til å tenke at oppgaven kan si noe om hvordan vi deler den systemiske tanken gjennom dette terapifeltet. Hvordan vi velger å praktisere, og at selv om den systemiske tanken deles, finner vi likevel forskjellige måter å praktisere på.

Jeg tenker at denne oppgaven kan sees opp mot pakkeforløpet med sine 5 punkter om hva som skal være tilstede i terapien (Foseberg & Lock, 2015), (Helsedirektoratet, 2018), for å vise at selv om staten legger føringer, kan det fortsatt være mangfold i måten terapeutene velger å få dette inn i terapien på.

Dette kan være synspunkter som kan være inspirerende for en nyutdannet terapeut å lese. Det sier noe om at man også skal finne seg selv som terapeut, at man må finne sin egen vei å gå. Men selv om vi alle finner vår egen personlige terapeutiske stil, sier oppgaven noe om hva

som binder oss sammen, den systemiske tankegangen. Det å se at det er mangfold, og samtidig et fellesskap, kan også være godt å se for de mer erfarende terapeutene.

Dette forskningsprosjektets skala er liten, det vises både i omfang og tid. Det er et masterprosjekt. Videre tenker jeg det kunne vært spennende å se på dette i en større skala, hvor man kanskje kunne hatt et utvalg fra hele Norge. Ville man sett et likt mønster om operasjonalisering av den systemiske tanken om utvalget var større? Ville det blitt et skille mellom offentlig og privat sektor med et stort utvalg som klarte å ha tilstrekkelig med informanter fra begge sider? Og med tanke på at mitt forskningsprosjekt også er gjennomført før pakkeforløpet ble innført, kunne det vært spennende å sett det samme prosjektet gjennomført om et par år. Kommer pakkeforløpet til å forandre resultatet?

Dette kunne for eksempel ha vært interessant å se opp mot de andre nordiske landene. Hadde man sett forskjell på valgene terapeutene tok i behandling? Er den systemiske tanken operasjonalisert i de andre nordiske landene? Er det likheter mellom noen av landene?

Flere av mine informanter fortalte om mangelen på kompetanse på dette feltet, skjæringspunktet, når de startet sin kliniske praksis. Og hvor dette førte til at de sendte pasienter til blant annet Sverige for behandling. Mangelen på kompetanse vises også i det at noen av terapeutene har videreutdanninger fra Sverige. De forteller at tilbudet i Norge var for lite på den tid.

Det får meg til å tenke at det ville vært interessant og gjennomføre lignende forskning der, i Sverige. Forskning på hvordan den systemiske tanken operasjonaliserer seg der. Dette kunne vi så prøvd å sett opp mot resultater fra Norge. Har Sverige påvirket praktiseringen i Norge? Er det forskjeller i behandling? Har vi bevet oss i forskjellige retninger?

Dette var avslutningsvis noen tanker om hvordan dette forskningsprosjektet kan være en form for springbrett til andre forskningsprosjekt som kunne blitt startet. Det har også vært et forsøk på å prøve å forestille meg hvilke innvirkninger dette forskningsprosjektet kan ha på feltet.

Det som går igjen i funnene fra denne oppgaven er kompleksiteten i dem. Noe av denne kompleksiteten har jeg prøvd å belyse i denne sammenfatningen, og kanskje ville andre sammenhenger ha blitt synlige med andre spørsmål og en annen forsker. Jeg vil uansett si at den systemiske tanken eksisterer i måten mine informanter praktiserer på.

Gjennom denne oppgaven har vi fått et innblikk i hvordan disse seks terapeutene jobber med å mobilisere et helbredende nettverk. Gjennom synliggjøringen av dette helbredende nettverket blir det også tydelig at symptomene til lidelsen sprer seg til mange rundt om i dette nettverket

også. At makten spiseforstyrrelsen har på systemet er så stor og sterkt at den har endret handlingsmønster og organiseringen innad i familien.

Vi har blitt kjent med den spørrende, nøytrale holdningen terapeutene prøver å møte familier med. Slik at man gjennom denne holdningen kan bygge opp familiens tro på at de selv skal klare å løse dette problemet. Ved å få familiene til å anerkjenne og tro på at de selv kan løse det, kan man vel si at terapeutene har lyktes i målet definert på toppen her – om å lage et felleskap rundt lidelsen. Mobilisere det helbredene nettverket.

Gjennom denne oppgaven har jeg prøvd å vise hvordan problemer kan være sirkulære. At det blir unyttig å snakke om hvem som startet noe, for alt som skjer er en reaksjon på noe som har skjedd tidligere. Det er mer hensiktsmessig å prøve å se på helheten, se på alle delene som spiller inn på det store bildet. Slik at man kan jobbe med de for å få å skape et bedre utgangspunkt.

Jeg har også ønsket å gi et innblikk i kompleksiteten informantene tar i behandlingen. Vise hvordan tankene fra den systemiske tanken, bygger på hverandre, og går tilbake. At Truls valgte å ha barnet til stedet, både for å vise konsekvensene av å ha anoreksien på toppen av hierarkiet, men også om å si noe om omfanget til spiseforstyrrelsen. Valgene terapeutene tar er omfattende, og bygger på flere tanker samtidig, som fører med seg forskjellige reaksjoner hos familien.

Med dette kan man si at valgene som blir tatt i behandlingen, henger sammen, i en form for sirkularitet. At operasjonaliseringen av den systemiske tanken er mangfoldig.

## Referanser

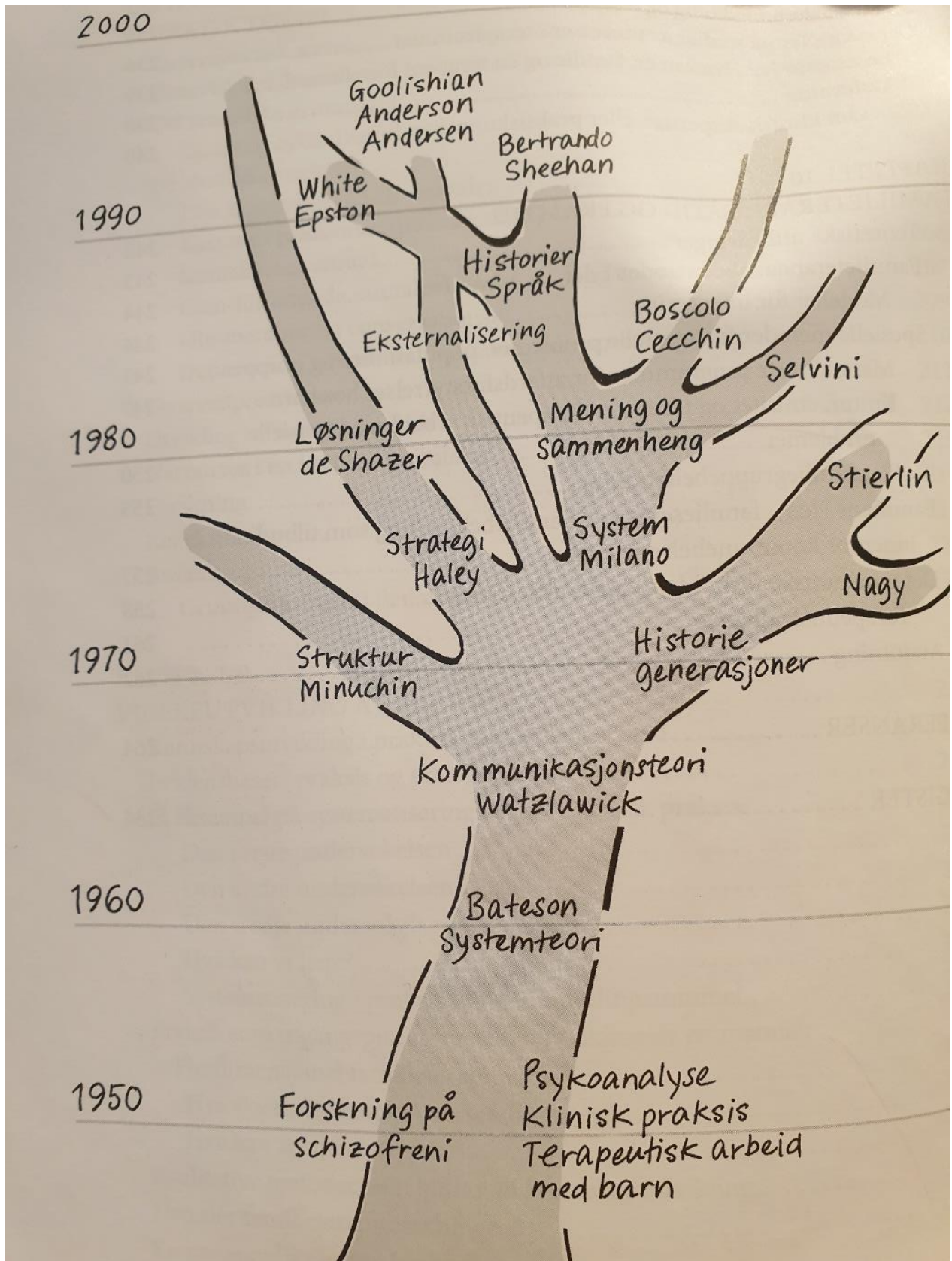
---

- Cecchin, G. (1987). hypothesizing circularity and neutrality revisited – an invitation to curiosity. *Family Process*, ss. 405-413.
- Dallos, R., & Draper, R. (2015). *An Introduction to Family Therapy*. Berkshire: Open University Press.
- Foseberg, S., & Lock, J. (2015). *Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders*. Stanford, CA: Elsevier Inc.
- Frøyland, L. (2005). Systemisk familieterapi og PMT- hvordan di råd og oppskrifter med en spørrende holdning? *Fokus på familien*, ss. 114-127.
- Gremillion, H. (2003). *Feeding Anorexia. Gender and power at a treatment center*. Chicago: Duke University Press.
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B., & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hesledirektoratet. (2015). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Oslo: Hesledirektoratet.
- Hesledirektoratet. (2018). *Pakkeforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge (gjelder fra 15. februar 2019)*. Oslo: Hesledirektoratet.
- Helsetilsynet. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Hertz, S. (2008). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uanete muligheter*. København: Akademisk forlag .
- Jensen, L. C. (2018, oktober 15). *Nrk.no*. Hentet fra Nrk.no/ytringer: <https://www.nrk.no/ytring/vi-er-ikke-problemet-1.14249321>. sist sjekket på nett: 13.05.18
- Johnsen, A. (1995). *Vendepunkter - om familieterapi ved spiseforstyrrelser*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.
- Johnsen, A. (2009). De andre - meg selv. Ufordringer i det terapeutiske forhold. *Fokus på familien*, ss. 202-2011.
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2015). *Lærebok i familieterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* . Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Morken, I. (2007). *Normalitet og avvik. Spisepedagogiske utfordringer - en innføring*. Oslo: Cappelen akademisk forlag .
- Nilsson, M., & Trana, H. (2000). Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. *Tidsskrift for Norks Psykologforening*, ss. 541-551.
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesis-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, ss. 3-12.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Seltzer, W. J., & Seltzer, M. R. (2014). Familieterapi. I L. E. Kennair, & R. Hagen, *Psykoterapi* (ss. 105-120). Gyldendal Akademiske .
- Senneset, I. (2018). *Anorektisk* . Oslo: Cappelen Damm AS.

- Skårderud, F. (2016). *Sterk/svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: H. Aschehoug & Co .
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademiske .
- Soboo, E. J., & Bell, S. (2001). *Celibacy, Culture and Society. The Anthropology of Sexual Abstinence*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.



## Vedlegg 1: Bilde



(Johnsen & Torsteinsson, Lærebok i familierapi, 2015, s. 12)

## Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i masteroppgave

---



### Forespørsel om deltagelse i masteroppgave/forskningsprosjekt:

## «På hvilken måte anerkjennes foreldre i terapi»

#### 1. Bakgrunn og formål

Denne forespørselen gjelder deltagelse i intervju, der hensikten er å utforske hvordan terapeuter anerkjenner foreldre i behandlingen av barn og unge med anoreksi. Temaet er *hvordan anerkjenne foreldre i arbeidet med ungdom som lider av anoreksi*. Målet er å lære mer om hvordan terapeuter mener foreldre kan være viktige støttespillere, og hvordan dette samspillet utvikler seg i terapi. Jeg ønsker å se på terapeutens rolle og hvordan terapeuten jobber for at foreldre skal føle seg anerkjent gjennom behandlingsprosessen til deres barn.

Prosjektet er en masteroppgave ved Oslo Metropolitan University. Prosjektet gjennomføres av Mia Holhjem Almlie, hvor oppgaven skrives alene. Oppgaven skrives i mitt tredje og siste år på masterprogrammet familiebehandling. Gjennom studiet har det vært blanding av undervisning og praksis, hvor jeg har hatt min praksis på Homansbyen Familievern i snart 2 år. Oppgaven er sendt inn til NSD (Norsk senter for forskningsdata) som har godkjent forskningen. Godkjenningen kan fremlegges om ønskelig.

Utvalget som forespørres vil være terapeuter og avdelingsledere som jobber med/ved en institusjon for anoreksi i Oslo og omegn. Jeg ønsker å komme i kontakt med både 1 avdelingsleder/administrativeleder, samtidig som jeg ønsker å snakke med 1-3 terapeuter på institusjonen. Jeg vil kontakte forskjellige institusjoner rundt om Oslo.

#### 2. Hva innebærer deltagelse i studien?

For å få belyst hvordan terapeutene jobber med dette ønsker jeg å gjennomføre et semi-strukturert intervju med 5-7 terapeuter og 2-4 ledere ved forskjellige institusjoner, hvor det er ett intervju per person. Intervjuene vil ha en varighet på 60 minutter, og vil bli gjennomført der det er ønskelig for informanten. Dersom du samtykker til dette, vil intervjuet bli tatt opp på lydbånd og skrevet ut. Intervjuene vil ikke publiseres i sin helhet i masteroppgaven. Det vil presenteres utdrag fra intervjuene som er av interesse for problemstillingen, og deler av intervjuene vil følge som vedlegg til oppgaven. Du vil få anledning til å lese gjennom intervjuene når de er skrevet ut, og før oppgaven publiseres, dersom du ønsker dette.

#### 3. Hva skjer med informasjon om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personvernloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren har taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli



anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet. Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

#### 4. Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å trekke deg eller ønsker mer informasjon om forskingsarbeidet, kan du kontakte undertegnede, Mia Holhjem Almlı, på tlf 918 48 985 eller på epost mia.almlı91@gmail.com

Håper på velvillig respons  
Med vennlig hilsen Mia Holhjem Almlı

### Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

---

# Samtykkeskjema

Jeg samtykker med dette til å bli intervjuet av Mia Holhjem Almlı i forbindelse med hennes masteroppgave for masterprogrammet familiebehandling ved Oslo.Met.

Jeg er klar over at det er frivillig og delta og at jeg kan trekke meg uten å oppgi grunn til dette. All informasjon og videomaterialet er konfidensielt og blir behandlet eller gjeldende regler. Materialet makuleres etter sensur er gitt.

Dato/sted

Underskrift

.....

.....

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

---

Kjetil Watne  
Pilestredet 35  
0130 OSLO

Vår dato: 23.04.2018 Vår ref: 60242 / 3 / LT Deres dato: Deres ref:

### Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.04.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

60242	Hvordan anerkjenne foreldre i arbeid med ungdom som lider av anoreksi
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kjetil Watne
Student	Mia Almlie

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter sensitive opplysninger
- veiledning i dette brevet
- Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskolen i Oslo og Akershus er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- Daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv.

### Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i forskningsetiske retningslinjer.

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.07.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

## **Gjelder dette ditt prosjekt?**

### Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder.

### Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har taushetsplikt. De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

### Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du forsker på egen arbeidsplass må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lis Tenold, Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77 / lis.tenold@nsd.no

## Vedlegg 5: Intervjuguide

---

### Innledning:

- Presenter tema, hva er hensikten med prosjektet.
  - o Jeg har lest mye forskjellig litteratur om spiseforstyrrelser gjennom masterløpet. Der nevnes det ofte at foreldre er veldig viktige støttespillere i kampen mot anoreksien. I samme litteratur har det også stått at mange foreldre har følt seg hjelpeløse og ønsker bare å «overlate» barnet til profesjonelle. Ut fra dette har jeg fått et ønske om å se på hvordan forskjellige terapeuter jobber med å anerkjenne foreldrene i terapi-situasjonen.
- Spørsmål til tema?

### Bakgrunnsinformasjon:

- Kjønn
- Alder
- Erfaring
- Profesjon

### Åpningsspørsmål:

- Hvordan opplevde du å få spørsmålet om å stille opp til dette intervjuet?
- Hvor mye erfaringer har du fra arbeid med familierapi i møte med anoreksi?
- Hva tenker du som terapeut om disse familiene på forhånd? (forforståelse)
- Hva slags forforståelse tror du *familien* har om anoreksi?

### Avdelingsledere

- Fortell om deres ideologi
- Hvilke måter jobber dere med deres tanker
- Hvilke føringer legges for arbeidet
- Hvordan skal terapi gjennomføres her (Terapeut: hvordan føler du dette stemmer?)

### Anerkjennelse:

- Hva legger *du* i fenomenet anerkjennelse?
  - o ”familiens egen ekspertise”
  - o Hvilken kompetanse ville du vektlegge hos en terapeut som skulle jobbe sammen med deg med anoreksi?

- Hva tror du er virksomme elementer i samtalen for at familien skal oppleve seg anerkjent?
  - o Hvordan tror du at det første møte er av betydning for at familien skal føle seg anerkjent?
  - o På hvilke måter kan din forforståelse av anoreksi påvirke anerkjennelse i det terapeutiske klima? (årsaksforhold)
- Hvordan tror du anerkjennelse kan bidra til opphevelse av avstand mellom terapeut og familien?
- Hvilke forutsetninger tenker du må være tilstede i møtet for at familien skal kjenne seg anerkjent?
- *Hva* er konkret viktigst å anerkjenne i dine møter med familien i kampen mot anoreksi?
- Kan du si noe om anerkjennelsesbegrepet i relasjon til forandring?

### Anerkjennelse mellom terapeut og familien.

- Hva tror du spiller inn i få familiene til å åpne seg og dele sine liv?
- Hender det at du støter på skyldfølelse i møte med foreldrene? Om jeg sier skyldfølelse, hva tenker du da?
- Isolasjon kan ofte prege familier der et medlem sliter med anoreksi, har du opplevd at anerkjennelse kan være med på å bryte denne isolasjonen?
- Hvorfor er det viktig å ha fokus på familie

### Intervjuet:

- Hvordan opplevde du intervjuet?
- Var det noe som var vanskelig å forklare?
- Var det noen av spørsmålene du reagerte på?
- Er det noe du kunne tenke deg å forklare på nytt?
- Er det noe du tror jeg har misforstått?
- Er det noe du ønsker å tilføye?

### Avslutning

- Sjekke at informanten har riktig kontaktinformasjon til meg om noe skulle være uklart senere eller for ønske om å stille spørsmål til forskningen.
- Bekrefte at materialet oppbevares riktig
- Takke for deltagelsen