Utrygghet og mistillit

Et relasjonelt perspektiv på dropout fra døgnbehandling av spiseforstyrrelse

Mari Sandnes

Eline Fahret Born

Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2018

Utrygghet og mistillit

Et relasjonelt perspektiv på dropout fra døgnbehandling av spiseforstyrrelse

© Mari Sandnes og Eline Fahret Born

2018

Tittel: Utrygghet og mistillit – et relasjonelt perspektiv på dropout fra døgnbehandling av spiseforstyrrelser

Mari Sandnes og Eline Fahret Born

http://www.duo.uio.no/

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Mari Sandnes og Eline Fahret Born

Oppgavetittel: Utrygghet og mistillit – et relasjonelt perspektiv på dropout fra døgnbehandling av spiseforstyrrelser

Veiledere: Malin Elisabeth Olofsson (hovedveileder) og KariAnne Vrabel (biveileder)

Forskningsspørsmål: 1) Hvordan oppleves dropoutprosessen fra pasientenes egne perspektiv? og 2) Hvordan kan vi forstå disse prosessene?

Bakgrunn og formål: En betydelig andel av pasienter med spiseforstyrrelse avslutter behandlingen før planlagt. Dropout fra behandling er assosiert med mer alvorlige forstyrrelser i den psykologiske, fysiologiske og sosiale fungering, dårligere prognose og et syn på seg selv som behandlingsresistent. Kunnskap om faktorer som er assosiert med dropout kommer i stor grad fra kvantitative studier. Det erkjennes derimot et behov for å forstå fenomenet dropout bedre, og til det etterspørres flere kvalitative studier som undersøker pasientenes egne oppplevelser og meninger. Denne studien ønsker å belyse pasientenes egne perspektiver på dropoutprosessen. Dette kan gi økt forståelse av hvorfor de avsluttet behandlingen før planlagt, som videre vil kunne bidra til å utvikle intervensjoner for å redusere dropout fra behandling, og dermed øke sannsynligheten for et bedre utfall.

Metode: Seks pasienter som har mottatt behandling ved spiseforstyrrelsesavdelingen på Modum Bad Senter for Psykiatri og Sjelesorg, men som avsluttet behandlingen før avtalt, ble intervjuet om deres opplevelse av denne dropoutprosessen. Fortolkende fenomenologisk metode ble brukt for å analysere datamaterialet.

Resultater: Resultatene fra studien kan oppsummeres i tre overordnede tema som representerer det informantene trakk frem som sin opplevelse av dropoutprosessen, og sin forståelse av hvorfor de avsluttet behandlingen før planlagt: 1) behandlingen som noe andres prosjekt, 2) Relasjoner innebærer uttrygghet og misforståelser og 3) Behandlingen som kamp; avslutning som overlevelse. Hvert hovedtema har egne underordnede tema. Resultatene gir et bilde av dropout som en kompleks prosess mellom informantenes selvopplevelse, emosjonsregulering og utrygghet i behandlingsrelasjonen. Samlet så gav dette en opplevelse av behandlingen som en desperat kamp, der frykten tilslutt ble så sterk at dropout ble sett på

som eneste løsning for «å overleve». Resultatene er forstått i lys av tilknytnings- og arbeidsallianseteori.

Konklusjon: Dette studie har løftet frem brukerstemmen for å forstå dropout fra spesialisert døgnbehandling av spiseforstyrrelser. Allianseteori og et tilknytningsteoretisk perspektiv er blitt anvendt for å få en mer nyansert og bedre forståelse av informantenes beskrivelser av sin opplevelse av dropoutprosessen. Dropout kan forstås som en en løsning for å gjenopprette følelsen av kontroll og trygghet, som eventuelt kan være en følge av en underliggende relasjonell utrygghet og vansker med emosjonsregulering. For å redusere sannsynligheten for dropout hos denne gruppen pasienter så kreves det, etter vårt syn, et sterkere fokus på den terapeutiske allianse.

Nøkkelord: Dropout; Spiseforstyrrelse; Tilknytning; Allianse; kvalitativ studie; Interpretative Phenomenological Analysis

Forord

Først så ønsker vi å formidle vår takknemlighet til alle de seks informantene som ønsket å dele av sine opplevelser og erfaringer, selv om dette kunne være forbundet med noe vanskelig. Vi føler et sterkt ansvar i å formidle deres opplevelser videre.

Vi er også rette en stor takk til vår hovedveileder, Malin Elisabeth Olofsson, for din entusiasme og engasjemnet til prosjektet. Selv under helger og utvekslingsopphold så har du gitt av din tid og kommet med faglige innspill og refleksjoner som har motivert og utfordret oss i denne prosessen.

Vi vil også takke vår biveileder, KariAnne Vrabel, for tilrettelegging av studien og hjelp med rekruttering av informanter, samt konstruktive tilbakemeldinger til oppgaven i sluttfasen.

Tilslutt så vil vi takke våre samboere for god støtte underveis i denne prosessen.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning ... 1
1.1 Spiseforstyrrelser ... 3
1.1.1 Diagnostiske kriterier ... 3
1.1.2 Epidemiologi ... 4
1.2 Psykoterapeutisk behandling av spiseforstyrrelser ... 4
1.2.1 Ambivalens til behandling og tilfriskning som sentrale trekk ved spiseforstyrrelse ... 5
1.3 Spiseforstyrrelser og relasjoner ... 7
1.3.1 Tilknytningteori ... 7
1.3.2 Alliansen mellom terapeut og pasient som en fellesfaktor i psykoterapi ... 8
1.4 Dropout fra psykologisk behandling av spiseforstyrrelser ... 10
1.4.1 Innvirkning på forskning ... 10
1.4.2 Eksisterende forskning ... 10
1.5 Studiens formål ... 12
2 Metode ... 13
2.1 Fortolkende fenomenologisk analyse ... 13
2.1.1 Det vitenskapsteoretiske grunnlaget ... 13
2.1.2 Analyseprosessen ... 14
2.1.3 Validitet i kvalitativ forskning ... 15
2.1.4 Forskerens innvirkning på prosessen ... 15
2.2 Setting ... 16
2.3 Utvalg ... 17
2.4 Prosedyre ... 18
2.4.1 Utarbeiding av intervjuguide ... 19
2.4.2 Datainnsamling ... 19
2.5 Etiske betraktninger ... 19
3 Resultater ... 21
3.1 Behandlingen som noen andres prosjekt ... 22
3.1.1 Behandlingen som siste utvei ... 22
3.1.2 Syn på andre som helbredere i et ambivalent tilfriskningsprosjekt ... 23
3.2 Relasjoner innebærer utrygghet og misforståelse ... 25

3.2.1 Jeg kan ikke stole på meg selv; jeg kan ikke stole på andre 25
3.2.2 Følelsen av annerledeshet i forhold til medpasienter 26
3.2.3 Uenighet i behandlingsforståelse 28
3.3 Behandlingen som kamp; avslutning som overlevelse 30
3.3.1 Den ytre trusselen: behandlingen blir opplevd som farlig, måltider blir opplevd som overgrep 30
3.3.2 Den indre trusselen: jeg mister meg selv 33
4 Diskusjon 34
4.1 En relasjonell forståelse av dropout 34
4.1.1 Den terapeutiske allianse og dropout 34
4.1.2 Tilknytning som et teoretisk rammeverk for å forstå dropout 36
4.2 Metodiske betraktninger 39
4.2.1 Utvalg og overførbarhet 39
4.3 Implikasjoner for behandling og fremtidig forskning 40
5 Konklusjon 42
Litteraturliste 45
Vedlegg 51
Vedlegg 1: Samarbeidsavtale avdeling for spiseforstyrrelser 51
Vedlegg 2: Intervjuguide 53
Vedlegg 3: Brevet til deltagerne 55
Vedlegg 4: Samtykkeskjema og informasjonsskriv 57

1 Innledning

«Jeg kunne ikke stole på meg selv, og jeg kunne heller ikke stole på andre. Da gikk det som det gikk da»

Spiseforstyrrelser (heretter forkortet: SF) er en alvorlig psykisk lidelse som refererer til et skadelig spisemønster og overevaluering av vekt og kropp, samt kontroll av disse (Waller et al., 2007). Symptomene kan bli langvarige og skadevirkningene omfattende. De somatiske skadevirkninger kan også bli alvorlige. Eksempelvis kan det oppstå kardiovaskulære komplikasjoner, svekkelse i beintetthet og hormonelle forstyrrelser (Rome & Ammerman, 2003). Nevrologiske endringer er også funnet, for eksempel endret aktivitet i hjernenettverk som gir opphav til og styrer følelser. Forskerne mener at disse endringene kan ha sammenheng med svekket emosjonsregulering, som er en av flere sårbarheter for utvikling av SF (Bang, Rø, & Endestad, 2016). Over 70% av personene diagnostisert med en SF rapporterer om komorbide psykiske vansker. Ulike angstlidelser og depresjon er vanligst, etterfulgt av PTSD, selvskading og alkohol og rusmisbruk (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Det er viktig med tidlige og effektive intervensjoner da prognosen for å bli frisk reduseres jo lengre lidelsen vedvarer (Zipfel, Löwe, Reas, Deter, & Herzog, 2000). Det er derfor viktig å få økt kunnskap om faktorer som er assosiert med behandlingsprosess og utfall.

En faktor som har vist negativ effekt på utfallet er dropout fra behandling. I dette studiet har vi definert dropout (heretter forkortet: DO) som avsluttet behandling før planlagt. Studier peker dessverre mot et høyt frafall fra behandling av SF. En omfattende metastudie viser en dropoutrate på opp til 51% fra døgnbehandling og opptil 73% fra poliklinisk behandling (Fassino, Pierò, Tomba, & Abbate-Daga, 2009). DO fra behandling er assosiert med mer alvorlige forstyrrelser i den psykologiske, fysiologiske og sosiale fungering (Eivors, Button, Warner, & Turner, 2003), i tillegg til en økt påkjenning for pårørende (Mahon, 2000). Eivors et al. (2003) fant at DO påvirker motivasjon og håp om endring da det er knyttet til et syn på seg selv som behandlingsresistent. Å miste tillit til behandler og behandlingssystemet kan også være en konsekvens av avbrutt behandling (Mahon, 2000). Dersom pasienten har opplevd bedring så er det allikevel økt risiko for tilbakefall (Baran, Weltzin, & Kaye, 1995). Vi ser at DO er forbundet med dårligere prognose og økt risiko for å utvikle et kronifisert forløp av sykdommen. Dette er i sin tur forbundet med betydelige økonomiske og

samfunnsmessige omkostninger (Stuhldreher et al., 2012). Et så høyt frafall fra behandling gjør at det også blir vanskelig å trekke konklusjoner om hva som er god behandling for denne gruppen (Halmi et al., 2005). Å forstå hvorfor personer med en SF faller fra behandling er derfor viktige spørsmål å besvare.

Klinikere og forskere innen dette feltet har helt siden det klassiske studiet av Vandereycken and Pierloot (1983) anerkjent DO fra behandling av SF som et problem. Så langt har forskningen på dette fenomenet i hovedsak blitt rapportert som kvantitative data som har fokusert på pasientkarakteristika og trekk ved SF som prediktorer til DO. På grunn av metodologiske svakheter ved disse studiene så er resultatene svært sprikende (Fassino et al., 2009). Kvalitative studier som har undersøkt DO fra behandling av SF har derimot vært en mangelvare (Eivors et al., 2003; Mahon, 2000; Mahon, Winston, Palmer, & Harvey, 2001; Masson, Perlman, Ross, & Gates, 2007; Sly, 2009) I tråd med dette så er det flere forskere som tar selvkritikk for det til dels ensidige fokuset på statistiske pasientvariabler, noe som potensielt har ført til at man har gått glipp av de unike og ofte komplekse årsakene til hvorfor en pasient avslutter behandlingen før avtalt tid (Masson et al., 2007; Zeeck, Hartmann, Buchhollz, & Herzog 2005). Kvalitative studier tar i større grad høyde for pasientens subjektive opplevelser av et fenomen (Kvale, Brinkmann, Rygge, & Anderssen, 2009), og det er blitt hevdet at det å utforske pasientens egne perspektiver på faktorer som kan ha bidratt til DO vil kunne berike funnene fra den kvantitative forskningen. På dette viset kan vi bedre forstå de komplekse forholdene som ligger bak DO fra behandling (Khazaie, Rezaie, Shahdipour, & Weaver, 2016).

Vårt siktemål med denne studien er derfor i tråd med det overstående, å beskrive opplevelsen av å avslutte døgnbehandling før planlagt hos pasienter med SF med bruk av en kvalitativ metodikk og et fenomenologisk rammeverk. En økt forståelse av DO vil være av betydning for å forstå hvordan vi kan øke andelen som fullfører behandling. Dette vil være direkte relevant for klinisk virksomhet.

1.1 Spiseforstyrrelser

1.1.1 Diagnostiske kriterier

SF er et samlebegrep for lidelser med felles karaktertrekk. En person har en spiseforstyrrelse når tanker, atferd og følelser i forhold til mat, kropp, og vekt begynner å forringe livskvaliteten (Waller et al., 2007). I ICD-10 kodes spiseforstyrrelser med kodene F50.0 til F50.9, som inkluderer anoreksi og bulimi (begge med atypiske versjoner), overspising og oppkast forbundet med andre psykiske lidelser og uspesifisert spiseforstyrrelse (World Health Organization, 1992)[1]. Da det er ICD-10 som benyttes av helsevesenet i Norge så er det dette klassifikasjonssystemet som oppgaven tar utgangspunkt i. De viktige syndromene for dette prosjektet er anorexia nervosa, bulimia nervosa og og deres atypiske varianter. Den kliniske presentasjonen ved en SF varierer, men de viktigste diagnostiske kjennetegn for disse syndromene vil i det følgende bli presentert. I resten av oppgaven så har vi valgt å omtale anorexia nervosa som «AN» og bulimia nervosa som «BN».

I følge Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 1992) så er AN (F50.0) en lidelse som er karakterisert av bevisst vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. Kroppsvekten holdes minst 15% under forventet vekt, noe som tilsvarer en kroppsmasseindeks (BMI[2]) på under 17.5. Et forvrengt kroppsbilde og en intens frykt for å legge på seg er andre sentrale psykopatologiske faktorer. I DSM-V så skilles det mellom to typer av AN, restriktiv type og bulimisk type (American Psychiatric Association, 2013). Sistnevnte blir ofte kodet som atypisk AN (F50.1) ved bruk av ICD-10.

BN (F50.2) karakteriseres ved et skadelig mønster av overspising og vektkompenserende atferd. Det skilles mellom fire former for overspising (Fairburn, Cooper, & O`Connor, 2008). Skillet er basert på tilstedeværelse eller fravær av følgende to karakteristika: tap av kontroll og mengden mat som er spist. En forutsetning for en «bulimisk overspisingsepisode» er opplevelsen av kontrolltap. Hvor mye mat som blir spist avgjør om episoden klassifiseres som subjektiv eller objektiv. Ved objektiv overspising så er inntaket

[1] I DSM-V kodes spiseforstyrrelser i kategori 307.52-307.50 (American Psychiatric Association, 2013), og er det diagnosesystemet som blir brukt i forskning. Det er noen forskjeller mellom DSM-V og ICD-10, men etter planen så vil det komme en ny revisjon av ICD (ICD-11) i 2018, og her vil diagnosekriteriene bli endret mot DSM-V (Helsedirektoratet, 2017b).

[2] BMI (Body Mass Index), eller Quetelets kroppsmasseindeks, er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt (World Health Organization, 1992)

alminneligvis ansett som en «stor» mengde mat. Ved en subjektiv overspising så blir inntaket av pasienten betraktet som stort, men dette deles ikke med andre. Episoden etterfølges av selvfremkalte brekninger, overtrening, fasteperioder eller avførende midler.

De atypiske versjonene av AN og BN brukes på personer som tilfredsstiller noen av kriteriene, uten å tilfredsstille alle.

1.1.2 Epidemiologi

I de nasjonale retningslinjer for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelse fra Helsedirektoratet (2017b) angis en forekomst av AN til 0.5% og BN 1-2%. Estimatene er basert på en samling internasjonale studier som viser store kulturavhengige variasjoner i prevalens. I tillegg er det slik at selv om prevalensen i den generelle befolkningen er lav, er den allikevel underestimert da flere havner utfor statistikken ved at de ikke søker behandling for lidelsen (Hoek, 2016). Sammenlagt taler dette for et behov for nasjonale studier på feltet.

Selv om de fleste (50%) blir friske fra en SF, og mange (30%) blir bedre, så er det rapportert om at rundt 20% forblir kroniske syke (Kahn & Pike, 2001). Av alle psykiske lidelser så har AN den høyeste dødlighetsraten, med en rapportert dødlighetsrate på rundt 5% (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011). Da vi vet fra innledningen at DO er forbundet med dårligere prognose, så vil det følgelig bli viktig å jobbe for at de som rammes av en SF klarer å stå i aktiv behandling.

1.2 Psykoterapeutisk behandling av spiseforstyrrelser

Det finnes en rekke ulike psykoterapeutiske behandlinger for SF, som kognitiv atferdsterapi (CBT), psykodynamisk terapi, interpersonlig terapi og medfølelsesfokusert terapi (CFT). Det er viktig å vite hvilken type terapi som har best effekt på behandling av SF. Psykoterapiforskningen kommer med en sterk dokumentasjon vedrørende behandling av BN, der kognitiv atferdsterapi er den behandlingsformen med sterkest evidens. Studier indikerer at CBT hjelper for omtrent 50 prosent, der man ser en en signifikant reduksjon av overspising og oppkast (Vist, Siri, Straumann, Yunpeng, & Reinar, 2016). Det finnes ulike varianter av

kognitiv atferdsterapi for SF, der Fairburns (2008) modell (CBT-E) og Wallers (2007) terapimodell (CBT for SF) er de mest kjente og best dokumenterte. Disse modellene er transdiagnostiske, noe som betyr at behandlingen retter seg mot opprettholdende mekanismer uavhengig av hvilken SF-diagnose pasienten har fått. For AN er det derimot ingen spesifikk psykoterapi som viser seg å være overlegen noen andre (Hay, Claudino, Touyz, & Abd Elbaky, 2015). Det rapporteres om at kun 20-30 prosent av pasienter med AN blir bedre (ofte målt ved reduksjon av undervekt) (Carter et al., 2011; Schmidt et al., 2012). Uansett poengteres det at psykoterapi for både BN og AN skal være rettet mot reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomer, som for eksempel vektnormalisering ved AN og bortfall av overspising og vektkompenserende atferd ved BN (Helsedirektoratet, 2017b). CBT-E finnes i to versjoner, en fokusert versjon som har et spesifikt fokus på spiseforstyrrelsespatologi og en bred versjon som i tillegg har et fokus på annen tilleggsproblematikk som lav selvfølelse, interpersonlige problemer og perfeksjonisme (Fairburn, 2008). Et studie som har sammenlignet disse to versjonene av modellen fant at de begge var like effektive, men den brede versjonen hadde en bedre effekt på pasienter med komplekse komorbide problemer (Fairburn, Cooper, Doll, Bohn, & Hawker, 2009).

Det er flere utfordringer knyttet til studier som undersøker effekten av behandlingen av SF generelt, og AN spesielt (Agras & Robinson, 2010). Disse innebærer blant annet at utvalgene er små og heterogene, samt at det høye frafallet fra behandling, som nevnt innledningsvis, ikke blir tatt høyde for. Gitt at om lag 50-70 prosent av pasienter med SF som mottar behandling ikke når tilfredsstillende resultater, er det nødvendig med mer forskning som både kan konkludere hvilken terapiform som har best effekt, samt informere om eventuell forbedring.

1.2.1 Ambivalens til behandling og tilfriskning som sentrale trekk ved spiseforstyrrelse

Et indre ønske om å bli frisk fra en psykisk lidelse er grunnleggende for motivasjonen til å engasjere seg i behandling. Pasientens indre motivasjon til behandling og tilfriskning er av flere forskere identifisert som en fellesfaktor assosiert med bedre utfall i terapi (Lambert, 2013). Å bli frisk fra en SF er derimot forbundet med en sterk ambivalens, der personen på den ene siden ønsker å bli kvitt SF, mens på en annen side ønsker han eller hun å beholde den (Skårderud, 2013). Det spekuleres i om den høye DO- og tilbakefallsprosenten observert i

denne pasientgruppen er et resultat av et for tidlig symptomfokus i behandling, som påtvinger en symptomendring hos pasienter som ennå ikke er klar for endring (Geller, Cockell, & Drab, 2001). De sistnevnte forskerne skiller mellom motivasjon og "readiness to change", der førstnevnte refererer til pasientens ønske om endring, og der sistnevnte refererer til pasientens tro på at han eller hun har evner til å foreta endringsprosessen. For eksempel, for å være motivert og klar for gjenvinning av normalvekt ved AN så må pasienten både ønske å bli normalvekting, i tillegg til å ha tro på egen evne til å tolerere det ubehaget som denne endringen medfører. The Readiness and Motivational Interview (RMI) brukes i forskningssammenheng for å undersøke pasienters motivasjon (Geller & Drab, 1999). Studier viser en sammenheng mellom global RMI-skåre og utfall i psykoterapi, målt både i engasjement til behandling og DO (Geller, Cockell, et al., 2001). I et senere studie som undersøkte motivasjonen og villigheten til å endre spesifikke symptomer, som restriktiv spising, overspising, vektkompenserende atferd og kognisjon, så ble villighet og motivasjon til å endre restriktiv spising funnet å være den sterkeste prediktoren til de ulike utfallsvariablene (DO, engasjement til behandling, symptomendring og tilbakefall) (Geller, Drab-Hudson, Whisenhunt, & Srikameswaran, 2004). En vaklende motivasjon har også innvirkninger på etablering av den terapeutiske allianse, da utvikling av felles mål for terapien vanskeliggjøres, noe som igjen øker risikoen for DO (Mahon, 2000) (se avsnitt 1.3.2 nedenfor).

Hvilken funksjon og mening SF-symptomene har for pasienten blir av flere forskere gitt som forklaring på hvorfor personer med SF viser slike blandede og motstridende følelser til behandling og tilfriskning (Geller, Williams, & Srikameswaran, 2001; Skårderud, 2013). I terapeutisk og forskningsmessig sammenheng så snakkes det ofte om SF som "venn og fiende". "Vennen" referer til de positive aspektene ved SF som pasienten opplever, at den gir pasienten noe hun eller han trenger og ønsker. "Fienden", de negative aspektene ved lidelsen, rapporteres ofte å komme snikende i kjølevannet av de ovenstående (Skårderud, 2013). I et kvalitativt studie av opplevelsen av sult og restriktiv spising hos pasienter med AN har man funnet at disse symptomene blir opplevd som svært meningsfulle. De gav blant annet en følelse av trygghet og stabilitet, en følelse av indre styrke og mestring og en følelse av verdighet. Mange av informantene i denne studien rapporterte også om at disse symptomene hjalp dem med å håndtere vanskelige emosjoner (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud, & Holte, 2006). Pasienter med BN rapporterer om mange av de samme opplevde positive

funksjoner, men en forskjell fra pasienter med AN er at de generelt opplever flere negative aspekter ved lidelsen (Serpell & Treasure, 2002).

Vi ser at symptomene ved en SF kan fylle viktige behov og fungere som en mestring av tilværelsen. Å bli bedre betyr da å kvitte seg med noe de opplever at de trenger, og det blir da forståelig at endring kan oppleves skremmende for mange.

1.3 Spiseforstyrrelser og relasjoner

1.3.1 Tilknytningteori

Flere studier har funnet at utrygg tilknytning er overrepresentert hos personer med SF, og at utrygg tilknytningsstil er assosiert med DO fra behandling (Barone & Guiducci, 2009). Tilknytningsteori kan således fungere som et rammeverk for å forstå underliggende mekanismer knyttet til SF og DO (Tasca, Taylor, Ritchie, & Balfour, 2004).

Tilknytningsteorien hevder at man på bakgrunn av tidlige relasjonserfaringer med omsorgspersonen vil utvikle vedvarende kognitive arbeidsmodeller for relasjoner. Disse påvirker måten man opplever seg selv og andre, samt hvilke strategier man bruker for emosjonsregulering (Bowlby, 1988). Man tar utgangspunkt i at barnet har medfødt motivasjon, og tilhørende strategier for å søke nærhet til omsorgsgiver for overlevelse. Emosjonell utvikling skjer ved at omsorgspersonen inntoner seg på barnet og hjelper barnet å regulere emosjonell aktivering. På det viset hjelpes barnet til å skape mening av, og evne til, og å regulere egne følelser. Dette vil også gi spedbarnet positive forventinger til samregulering med andre, og det utvikles det man kaller en trygg tilknytningsstil. Et annet scenario er at tidlige relasjonserfaringer kan ha dannet et syn på andre som utilgjengelige i møte med barnets behov, og barnet utvikler såkalt utrygg tilknytningsstil. Slike relasjonserfaringer kan føre til at det å kjenne behov for andre kan vekke angst hos barnet. Resultatet er at behov for nærhet undertrykkets, og barnet finner egne mestringsstrategier for emosjonsregulering (Obegi & Berant, 2010). Det er foreslått at SF kan ha denne mestrende funksjonen, ved å holde dette behovet for andre på avstand, noe som igjen kommer til syne ved at mange med SF deevaluerer behovet for andre (Tasca et al., 2004). At pasienter med SF strever med interpersonlig mistillit og utrygghet er noe som andre kvalitative studier av DO fra behandling for SF også finner (Eivors et al., 2003). Tilknytningsteorien trekker paralleller

mellom SF og begrepet ”trygg base”. Omsorgspersonen skal i utgangspunktet fungere som det primære middelet til å oppnå regulering og trygghet, men i disse tilfellene har SF tatt over denne rollen (Pearlman, 2005) (se avsnitt 1.2.1).

Utrygg tilknytning kan i praksis komme til uttrykk gjennom affektintoleranse, problemer med interpersonlige relasjoner, lav selvfølelse og perfeksjonisme (Tasca et al., 2004). Nylige meta-analyse konkluderer med at pasientens selvrapporterte tilknytningsstil påvirker etableringen av den terapeutiske allianse (Bernecker, Levy, & Ellison, 2014). Studier har for eksempel funnet at det som behandler kan være vanskelig å imøtekomme disse pasientene (Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, & Treasure, 2000). I tråd med det overnevnte så viser forskning at behandling av SF som fokuserer på tilknytning kan redusere risiko for DO hos pasienter med en utrygg tilknytningsstil (Tasca, Ritchie, & Balfour, 2011).

1.3.2 Alliansen mellom terapeut og pasient som en fellesfaktor i psykoterapi

Fellesfaktorer er endringsmekanismer som er uavhengige av spesifikk behandlingstilnærming (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Blant de viktigste fellesfaktorene er relasjonen mellom terapeut og pasient, terapeutvariabler, og pasientfaktorer. Eksempel på det sistnevnte kan være håp, forventning, motivasjon, og pasientens relasjonelle erfaringer. Psykoterapiforskningen viser at fellesfaktorer forklarer en større varians av endring i terapi enn det de spesifikk teknikkene gjør. Her er det viktig å understreke at fellesfaktorer og spesifikke faktorer ikke opererer adskilt fra hverandre, men at de interagerer og er gjensidig avhengig av hverandre.

Korrelasjonen mellom arbeidsalliansen og utfall i psykoterapi er et av de sterkeste og mest robuste funn i psykoterapiforskningen (Lambert, 2013). I følge Bordins (1979) arbeidsalliansemodell så defineres arbeidsalliansen som et gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient. Dette innebærer utvikling av et emosjonelt bånd som består av tillit, respekt og varme. I tråd med tilknytningsteorien som ble presentert i forrige avsnitt så blir den terapeutiske relasjonen ansett som en spesiell form for tilknytning. Terapeuten vil kunne fungerer som den “trygge basen” som skaper tryggheten pasienten trenger for å kunne utforske seg selv og verden, samt å kunne tolerere og holde ut det ubehaget som en endringsprosess medfører (Bowlby, 1988). Videre er en klar og gjensidig enighet om

endringsmål og hvilke oppgaver man skal arbeide med for å nå målene, sentrale komponenter i arbeidsalliansen. I målaspektet ligger også en klargjøring og enighet om hva problemet er (Bordin, 1979). For å sikre at terapien oppleves som relevant for pasienten er det viktig at den terapeutiske allianse er tuftet på mål som er konsistent med pasientens personlige ønsker og verdier (Oddli & Kjøs, 2013).

Med bakgrunn i forskningen vedrørende den funksjon og mening en SF kan ha for personen som er rammet, så er det grunn til å tro at en god terapeutisk allianse, som skaper tillit og trygghet, er særlig nøvendig for denne gruppen. I kvalitative studier blir nettopp en god relasjon til behandler nevnt som viktig i pasientenes tilfriskning fra en SF (Escobar-Koch, Mandich, & Urzúa, 2012). Det er derimot noe uklart hvordan disse to faktorene, allianse og symptomendring, korrelerer (Graves et al., 2017). Et studie fant at tidlig vektøkning hos pasienter med AN predikerte en bedre allianse (Brown, Mountford, & Waller, 2013), og dette har blitt brukt som argumentasjon for viktigheten av et symptomfokus tidlig i behandlingen. Man tenker at et for stort fokus på allianse kan overskygge andre virksomme faktorer, og således dempe potensialet i terapien. På en annen side så er det studier som finner det omvendte, altså at grad av allianse i en time predikerer symptomnivå i neste time (Vrabel, Ulvenes, & Wampold, 2015). En annen studie som undersøkte gruppeterapi for spiseforstyrrelser fant at relasjon mellom allianse og symptomer er gjensidig: reduksjon av trangen til å spise restriktivt både predikerte, og ble predikert av, en sterkere terapeutisk allianse (Tasca & Lampard, 2012). Denne forskningen er viktig fordi resultatene har betydning for hva som bør være det primære fokuset i den første fasen av behandlingen. Oppsummert så er arbeidsallianse viktig i behandling av SF. Utfordringen kan ligge i å etablere en god allianse med denne gruppen på grunn av SF sine kjennetegn, som ambivalens til tilfriskning og tilknytningsmønster (se avsnitt 1.2.1 og 1.3.1).

1.4 Dropout fra psykologisk behandling av spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er som nevnt en av lidelsene med en høy dropoutprosent, noe som er har svært alvorlige konsekvenser for både pasient og pårørende (Eivors et al., 2003; Fassino et al., 2009; Mahon, 2000).

1.4.1 Innvirkning på forskning

Til tross for at spiseforstyrrelser er en alvorlig sykdom med høyt frafall, så har forskningen på behandling av spiseforstyrrelser ikke tatt tilstrekkelig høyde for dette (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway, & Lohr, 2007). Å unngå å forholde seg til en høy dropoutprosent påvirker både kvalitet og resultater ved behandlingsforskningen. Dersom man i et studie ekskluderer de som dropper ut, vil man få en uttynning av det opprinnelige utvalget. Dette vil igjen kunne føre til redusert styrke på statistiske tester, og gi dårligere estimat av effektstørrelse (Halmi et al., 2005). Eksempelvis viser studier at omtrent to tredjedeler av dem som fullfører behandlingen med CBT blir bedre. Når man derimot tar med de som har avbrutt behandling før planlagt, viser det seg at kun 50% har et tilfredsstillende utbytte av denne typen behandling (Arne, 2015). I tillegg vil man kunne få en bias i resultatene da man ikke lenger kan være sikre på at vi står igjen med et randomisert utvalg. Dermed vil de som fullfører behandling i én gruppe ikke nødvendigvis kunne sammenlignes med noen fra en annen gruppe (Bulik et al., 2007). Oppsummert så har altså høy dropoutrate gjort det utfordrende å trekke slutninger om hva som er god behandling for SF.

1.4.2 Eksisterende forskning

I takt med økt kunnskap om omfang av DO og konsekvenser av dette, er det blitt, etter det vi oppfatter, mer fokus på å øke innsatsen for å forstå DO fra behandling. Forskningen på dette har i hovedsak bestått av kvantitative data fokusert på pasientkarakteristika og trekk ved SF. Disse har gitt oss noen antakelser om hva som predikerer DO. Litteraturstudier finner at de mest konsistente prediktorene til DO er AN av bulimisk type, vekt ved innkomst og komorbid depresjon, samt impulsivitet og frykt for modning (Fassino et al., 2009; Wallier et al., 2009). Personlighetsdimensjoner som viser seg å være relatert til DO er lav samarbeidsvilje og lav

planmessighet (Fassino et al., 2009). I tillegg er DO fra behandling rapportert til å være signifikant høyere hos pasienter med kombinasjonen SF og traume sammenlignet med pasienter uten traumehistorikk (Rodríguez, Pérez, & García, 2005). Forskningen har altså hovedsaklig forsøkt å predikere DO fra behandling for SF.

Det er viktig å identifisere prediktorer til DO, men man kan argumentere for at eksisterende kvantitativ forskning har forsøkt å predikere et fenomen det ikke foreligger tilstrekkelig forståelse for. Dette kommer til syne blant annet ved operasjonaliseringen av DO som et gjennomgående problem (Fassino et al., 2009). Ulike studier bruker ulike definisjoner på DO, hvilket gjør det vanskelig å både sammenligne og generalisere forskningsresultatene (Mahon, 2000). Man har ikke klart å enes om hvordan dropoutfenomenet skal avgrenses. Eksempelvis er det foreslått at man må skille mellom DO hvor pasienten selv velger å droppe ut av behandling versus der det er behandleren som bestemmer å avslutte. Dette fordi det virker å være ulike faktorer som fører til DO avhengig av om pasienten selv initierer avslutning eller om dette er en beslutning tatt av behandler (Wallier et al., 2009). Videre er det også foreslått å skille mellom tidlig og sen DO da forskning viser at motivasjonen bak å avslutte behandlingen før planlagt kan variere avhengig av timing (Dejong, Broadbent, & Schmidt, 2012; Huas et al., 2011; Wallier et al., 2009). Betydningen av å enes om en felles definisjon av DO viser seg ved signifikante forskjeller i dropoutrater avhengig av operasjonalisering av begrepet (Swift, Callahan, & Levine, 2009). De kvantitative studiene mister altså noe av sitt formål med å predikere et fenomen uten enighet om operasjonalisering.

En svakhet ved kvantitative studier som er gjort er tendensen til å kun studere allerede identifiserte variabler eller nye, men spesifikke psykologiske faktorer. Som nevnt er det mye som tyder på at vi ikke vet nok om fenomenet DO til å predikere eller trekke slutninger om årsakssammenhenger (Fassino et al., 2009). De som avslutter behandlingen før planlagt er heller ikke en homogen gruppe, og det blir dermed for enkelt å predikere DO ut ifra personkarakteristikk alene (Mahon, 2000). Det samme gjelder ved sammenligning av DO mellom ulike behandlingtilnærminger. Studier indikerer nemlig at mange dropper ut av andre årsaker enn behandling, noe som kan tyde på at DO snarere må knyttes til noe som ligger utenfor behandlingen. Forskere peker på at vi må øke vår kunnskap om hvorfor pasienter faller fra behandling for å kunne skreddersy behandling for de som er i risiko, og det etterspørres kvalitative studier som kan utforske pasientenes perspektiv på DO(Masson et al.,

2007). Det erkjennes altså et behov for å forstå fenomenet DO slik at det kan defineres og brukes konsistent i studier.

1.5 Studiens formål

I denne studien så skal vi undersøke hvordan seks pasienter, som har mottatt spesialisert døgnbehandling for SF ved Modum Bad Senter for Psykiatri og Sjelesorg (heretter forkortet «MB») har opplevd og forstår dropoutprosessen. Som nevnt innledningsvis har vi definert DO som avsluttet behandling før planlagt. Våre forskningsspørsmål er som følger: 1) Hvordan oppleves dropoutprosessen fra pasientenes egne perspektiv?, og 2) Hvordan kan vi forstå disse prosessene?

Gjennom å løfte frem pasientenes egne perspektiver på DO fra behandling ønsker vi å bidra til en økt forståelse av fenomenet DO. Vårt prosjekt harmonerer godt med dagens tidsånd og politiske føringer som vil at brukere av psykisk helsetjenester skal få styrket sin stemme og lyttes mer til (Helsedirektoratet, 2017a). Det finnes for eksempel de som ønsker at brukernes egne erfaringer skal vektlegges mer når retningslinjer skal utvikles for ulike psykiatriske lidelser (Johannesen, 2018). Dette studiet kan forhåpentligvis være et viktig bidrag til diskusjonen om hva som er god behandling for pasienter med SF.

2 Metode

I denne delen redegjøres det for den teoretiske bakgrunnen for valg av metode og gjennomføringen av studien. Etter en kort beskrivelse av IPA følger en redegjørelse av dens filosofiske grunnlag. Deretter beskrives analyseprosessen, og til slutt redegjøres det for validitet og refleksivitet.

2.1 Fortolkende fenomenologisk analyse

Vi valgte fortolkende fenomenologisk analyse (heretter forkortet IPA for engelsk Interpretativ Phenomenological Analysis; (Smith, Flowers, & Larkin, 2009)) som kvalitativ tilnærming. I denne studien så ønsket vi å forstå DO ut fra informantenes perspektiver, og beskrive DO slik det oppleves for dem. Vi hadde et lite utvalg å ta utgangspunkt i, da kun 11 pasienter hadde avsluttet behandlingen før planlagt på MB. Da IPA ikke har som mål å generalisere på gruppe-eller populasjonsnivå så anbefaler Smith et al. (2009) et relativt lite utvalg, med mellom tre og seks informanter. Å velge en metode der utvalget ikke trengte å være så stort var derfor å foretrekke.

2.1.1 Det vitenskapsteoretiske grunnlaget

«Tilbake til tingen selv» omtales som fenomenologiens slagord (Smith et al., 2009). «Tingen» refererer til menneskets livsverden, som er selve utgangspunktet for fenomenologiske undersøkelser. Sagt med andre ord skal man studere et fenomen slik det fremstår for personen som har erfart fenomenet. Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologien, men flere filosofer har videreutviklet metoden etter ham. Felles for disse er at de har utviklet metoden til å bli mer fortolkende, med fokus på mennesket som til enhver tid befinner seg i en kontekst med omverdenen og som prøver å skape mening ut av den. Dette fører oss videre til det andre teoretiske grunnlaget til IPA, hermeneutikk.

Hermeneutikk er teorien om fortolkning (Kvale et al., 2009; Smith et al., 2009). I følge den filosofiske hermeneutikken så vil mennesker alltid fortolke sine omgivelser, og menneskets beretninger vil således reflektere deres forsøk på å skape mening av opplevelsen.

Vårt forsøk som forskere på å forstå opplevelsen av DO vil dermed kun være en fortolkning av informantenes deskriptive beretninger. Det er dette som kalles dobbel hermeneutikk.

Sentralt i den hermeneutiske forståelse er annerkjennelsen av at forskerens forforståelse farger hva som blir sett og hvordan datamaterialet tolkes. Gjennom arbeidet med datamaterialet er det grunn til å tro at nye forståelser også vil tilegnes. Dette vil igjen virke tilbake på forforståelsen, som igjen vil påvirke den videre analysen av datamaterialet. Kunnskapservervelse ses følgelig på som en konstruktiv og en dynamisk prosess, kalt «den hermeneutiske spiral» (Kvale et al., 2009; Smith et al., 2009).

IPA fremhever en ideografisk tilnærming hvor man forsøker å oppnå innsikt i hvordan et lite utvalg av personer opplever og forstår et gitt fenomen, der en teoretisk forklaring blir utviklet fra disse unike perspektiver (Smith et al., 2009).

2.1.2 Analyseprosessen

Smith et al. (2009) har utviklet en trinnvis analysemodell. I det følgende så vil vi skissere de seks trinnene i denne analysemodellen.

Trinn èn handler om å bli godt kjent med rådataen ved å lese transkriptet og lytte til opptaket flere ganger. Vi leste og lyttet til transkriptene også samtidig, da dette anbefales for å få en bedre oversikt over materialet. Trinn to, den initiale kodingsprosess. Her leste vi transkripsjonenen igjen i sin helhet parallellt med notering av utforskende og systematiske refleksjoner. Basert på refleksjonene fra forrige trinn begynte vi å utvikle gryende tema i trinn tre. Målet var å identifisere den psykologiske essensen med tilstrekkelig grad av abstraksjon. I trinn fire ble de gryende temaene samlet og redusert til overordnede hovedtemaer. Vi begynte å søke etter mønstre og forbindelser mellom temaene, og de tema med visse fellestrekk ble gruppert sammen (abstraksjon). For å sikre at temaene gjenspeilte innholdet i informantenes beretninger på en mest mulig korrekt måte gikk vi flere ganger tilbake til det opprinnelige transkriptet for å utfylle vår forståelse. Trinn fem innebar å gjenta denne prosessen på neste datasett. I tråd med IPAs ideografiske tilnærming forsøkte vi å tre inn i hvert nytt datasett med et åpent sinn, uten å ta med forforståelsen fra de forrige analysene. I trinn seks, integreringsprosessen, ble mønstre på tvers av datasettet identifisert. Målet på dette trinnet var å utvikle overordnede tema som favnet de individuelle hovedtemaene.

2.1.3 Validitet i kvalitativ forskning

Det har vært et gjennomgående fokus å etterstrebe høy kvalitet på studiet gjennom hele prosessen. Vi har sett til Yardley (2000) sine fire brede grunnprinsipper for hjelp til å sikre validiteten. Det første grunnprinsippet går ut på å vise sensitivitet, både i intervjusituasjonen, og også gjennom hvordan man møter og utleder forståelse fra råmaterialet. I intervjusituasjonen vektla vi å gjøre informanten komfortabel, ved å vise empati og respekt for deres erfaringer. I analyseprosessen har vi vist forsiktighet med å trekke for bastante konklusjoner, og vi har gått flere runder for å sikre oss at vår endelige forståelse av DO er fundert i råmaterialet. Flere tekstutdrag muliggjør for leseren å gjøre sine egne tolkninger og trekke egne konklusjoner. Videre har vi sørget for nøyaktighet gjennom å intervjue en gruppe informanter som opplever forskningsspørsmålet som relevant og viktig, og vi har etterstrebet å fremme alle informantenes stemme. Et tredje prinsipp er å sørge for å tilby transparens og koherens for leseren. Vi har etterstrebet å gi tilstrekkelig informasjon om denne forskningsprosessen slik at den kan replikeres (se avsnitt 2.4), og organisert innholdet i en meningsfull sammenheng. Det siste prinsippet som nevnes, går ut på at studiet bør oppleves relevant, nyttig eller interessant for leseren. Dette mener vi, da datamaterialet har avdekket sammenhenger og forståelser som vi opplever er av både klinisk og forskningsmessig betydning.

2.1.4 Forskerens innvirkning på prosessen

Med hermeneutikken så fjerner vi oss fra det krav om objektivitet i forskningen, som ofte er forbundet med et positivistisk vitenskapsyn (Kvale et al., 2009). En forsker møter ikke sitt forskningsobjekt forutsetningsløst. Et viktig begrep i denne sammenheng er refleksivitet, som betyr at vi reflekterer over, og er åpen om vår egen rolle som forskere. Å være bevisst på eget bidrag til forskningen innebærer å stille spørsmål av typen «Hva er mitt bidrag, og hva er informantens bidrag?» (Smith et al., 2009).

Vi er profesjonsstudenter i psykologi, med en særlig interesse for faktorer som påvirker prosess og utfall i psykoterapi. Gjennom hovedpraksis i spesialisthelsetjeneste for SF så har vi fått klinisk erfaring med behandling av SF, samt erfaringer med DO. Vi har gjort oss opp noen tanker om årsakene til DO. Vi er med andre ord ikke helt objektive på feltet. Med

oss har vi også en teoretisk bakgrunn. Selv om informantenes subjektive erfaringer med DO står i fokus, så vil altså måten DO forstås på være preget av vår forforståelse.

En viss kontroll kan likevel innføres for å forhindre at våre forforståelser påvirker forskningen på en ugunstig måte. Smith et al. (2009) anbefalerer blant annet systematisk nedtegnelse av observasjoner og en synliggjøring av forskerens ståsted. For å etterstrebe en viss kontroll over vår egen subjektivitet skrev vi ned egne tanker og opplevelser umiddelbart etter hvert intervju. Gjennom disse notatene, samt gjennom diskusjoner med hverandre og veileder, så ble en refleksiv holdning ivaretatt. Eksempelvis er en av oss mer dynamisk orientert, mens den andre har en sterkere teoretisk forankring i kognitiv teori og metode noe som har ført til tydeliggjøring av subjektivt ståsted. I tillegg var disse notatene nyttige for å oppsummere og huske, samt å forbedre oss som intervjuere. Så ved å innta en refleksiv holdning så har vi sikret validitet i størst mulig grad.

2.2 Setting

Avdeling for spiseforstyrrelser ved MB tilbyr spesialisert døgnbehandling for personer som har en SF, og har totalt 20 behandlingsplasser. Behandlingen som gis ved MB er faglig forankret i CBT for SF (Waller et al., 2007) og CFT for SF (Goss & Allan, 2010). Felles behandlingskomponenter vil redegjøres for i det følgende.

Sentralt i behandlingen står systematisk eksponering for mat og måltider. Pasienten får sin egen kostliste utviklet av ernærngsfysiolog, som skal sikre tilstrekkelig ernæring og eventuelt reduksjon av undervekt. Kravet er en minimum vektøkning på 700kcal/uke ved undervekt. Assistert spising, der to terapeuter spiser lunsj og middag sammen med pasientene, finner sted de første seks ukene. Etter hvert måltid møtes de i grupper på 30-60 minutter. Dette for forhindre kompensatorisk atferd, samt at pasientene får et rom til å dele vanskelige tanker og følelser som de kan ha etter måltid.

Hver pasient får to timer individualterapi med sin hovedbehandler hver uke. Samarbeidende veiing, som innebærer at terapeut og pasient sammen sjekker vekten, finner sted en gang per uke. Samarbeidende veiing gir muligheter for viktig psykoedukasjon om vekt samt at den adresserer vektsjekking og/eller vektunngåelse, to viktige opprettholdende mekansimer for SF (Waller et al., 2007). To timer hver uke med fysisk aktivitet er

obligatorisk, også for pasienter som overtrener.Varigheten av hovedoppholdet er på 13 uker. I forkant av hovedoppholdet møter alle pasientene til et utredningsopphold på fire til fem dager. Ett år etter møter de til et oppfølgingsopphold på en uke.

En grunntanke på MB er at pasienten skal være hovedaktør i sin egen terapi. Ved innkomst så må alle pasienter skrive under på en samarbeidsavtale (se vedlegg 1: Samarbeidsavtale spiseforstyrrelsesavdelingen Modum Bad) en avtale med sju punkter, som bl.a. forplikter pasienten til å følge behandlingsplan og redusere undervekt. Punkt 6 og 7 presiserer at dersom pasienten strever med å overholde samarbeidsavtalen så vil en tenkepause bli vurdert som nyttig, samt at behandlingen kan avsluttes om den ikke fører til bedring.

2.3 Utvalg

Hovedoppgaven komplementerer en randomisert kontrollert studie som pågår på spiseforstyrrelsesavdelingen på MB, koordinert av Karianne Vrabel (PhD/klinisk psykolog), som fokuserer på endringsmekanismer ved behandling av SF. For å bli tatt inn til behandling ved MB så må man ha fylt 18 år, tilfredstille en spiseforstyrrelsesdiagnose og man må tildligere ha mottatt spesialisert utredning og behandling for SF (ModumBad, 2018). Vårt studie retter seg mot de pasientene som i utgangspunktet har vært inkludert i det overnevnte studiet, men som har avsluttet behandling ved MB før planlagt. Et bredt eksklusjonskriterie er (a) pågående suicidalitet, (b) psykose eller (c) pågående traume. Totalt seks deltakere i alderen 21 – 36 år (M =27), takket ja til å la seg intervjue. De hadde alle selv tatt valget om å avslutte behandlingen før planlagt. For å ivareta konfidensialiteten til informantene så har vi gitt alle pseudonymer. Nedenfor presenteres en oversikt over utvalgets karakteristika (tabell 1).

Tabell 1. Utvalgets karakteristikka

	SF-diagnose under innleggelse MB	**Antall år med SF/Antall år i behandilng for SF**	**Komorbide lidelser under innleggelse MB**	**Mottatt behandling for SF under innleggelse MB**	**Tidspunkt for DO[3]**
Nora	Atypisk AN (bulimisk type)	20 år/18år	Blandet personlighetsforstyrrelse (F61.0) Dissosiativ lidelse (F44) Depresjon (F32)	CFT	Etter ca to måneder
Tiril	Atypisk AN (bulimisk type)	21 år/18 år	Hyperkinetisk forstyrrelse (F90.0) Dissosiativ lidelse (F44) PTSD (F43.1)	CFT	Etter ca to måneder
Sofie	Atypisk AN (bulimisk type)	12 år/12år	Emosjonell ustabil PF (F60.3)	CFT	Etter ca to måneder
Emma	Atypisk BN	6 år/ 6 år	Bipolar affektiv lidelse (F31) Panikklidelse (F41.0) Aspergers syndrom (F84.5)	CBT	Etter ca to måneder
Sara	BN	6 år/3 år	Alvorlig depresjon (F32.2)	CFT	Etter ca to uker
Maja	Atypisk AN	6 år / ca 3 måneder	Depresjon (F32)	CFT	Etter ca to måneder

2.4 Prosedyre

Vi fikk tilgang på kontaktinformasjonen til de som hadde avsluttet behandlingen på MB før planlagt. 11 kvinner fikk tilsendt forespørsel, pr brev, om å delta i studien. Dette brevet inneholdt også informasjon om prosjektet og samtykkeskjema (se vedlegg 4), samt et mindre formelt skriv om hvem vi er og hva vi ønsker å oppnå med prosjektet (se vedlegg 3). Vi informerte i skrivet om at vi tok kontakt med dem etter to uker. To uker senere ringte vi informantene. Dersom vi ikke fikk kontakt, sendte vi en sms med informasjon om hvem vi er og hvorfor vi ønsket kontakt. Noen av informantene kommuniserte med oss over mail og sms. De fikk selv bestemme hvor og når intervjuet skulle foregå. Vi hadde mulighet til å oppsøke informanter i Oslo og omegn, og de som bodde andre steder ble tilbudt telefonintervju. Vi var

[3] Da ingen av informantene husket det nøyaktige tidspunktet for DO, så er dette angitt med et grovt estimat.

fleksible på tid. Dette for at belastningen skulle bli lavest mulig for dem, samtidig som at dette kunne bidra til at vi fikk fanget opp så mange informanter som mulig. Tre informanter ble intervjuet hjemme hos seg selv, to informanter ble intervjuet på Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo, og en informant på et bibliotek.

2.4.1 Utarbeiding av intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet som et semistrukturert intervju. Denne skal sikre at man ikke fraviker det originale forskningssprsmålet for mye, samtidig som man åpner for fri beretning fra informantene(Willig, 2013). Sju spørsmål ble komponert for å belyse forskningsspørmålet vårt, og for å oppmuntre informantene til å snakke. I tillegg hadde vi noen stikkord til oss som intervjuere (se vedlegg 2: Intervjuguide).

2.4.2 Datainnsamling

Vi sørget for å oppmuntre informantene til å stille spørsmål og til å korrigere oss i samtalen. Ved å ikke være låst til intervjuguiden åpnet vi for å la informantene utfordre våre eksisterende antakelser om hva DO er og hva som er viktig fokus knyttet til dette. På dette viset ivaretar man validitet gjennom intervjuprosessen (Willig, 2013).

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Lydfilene ble umiddelbart lagret på Tjenester for sikker lagring (TSD), og selve lydopptakene ble umiddelbart slettet fra båndopptakeren. Intervjuene ble transkribert av samme person som foretok intervjuet. Ved transkribering ble alle opplysningene anonymisert ved at en kode ble knyttet opp mot informantene og deres opplysninger. De ble transkribert ord for ord, ved bruk av avspillingsprogram med mulighet for å senke hastighet på lydsporet.

2.5 Etiske betraktninger

Prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nr 2014/836). Vi innhentet informert samtykke for deltagelse i studien fra alle informantene. Infromasjonsskrivet inkluderte informasjon om studien og dens formål, ivaretakelse av konfidensialitet, frivilligheten av deltagelse og muligheten til å trekke seg når som helst i prosessen. Det var viktig for oss at informantene skulle forstå at deltagelse i

studiet ikke ville påvirke en eventuell nåværende eller framtidig behandling. I tråd med Smith et al. (2009) så ble denne informasjonen gjennomgått muntlig da vi snakket med dem på telefon og før selve intervjuet.

Det var spesielt viktig for oss å presisere at anonymitet også gjaldt i forhold til personalet på MB. Deltagerne i vår studie har hatt, og noen har fremdeles, en alvorlig spiseforstyrrelse. Mange har også alvorlige komorbide lidelser og flere mislykkede behandlingsforsøk bak seg. I innledningen beskrev vi hvilke negative konsekvenser DO har på personens sosiale, psykologiske og fysiske fungering (f eks Strober, Freeman, and Morrell (1997)). Dette betyr at våre informanter utgjør en sårbar gruppe, noe det har vært viktig å ta hensyn til i forskningsprosessen. Vi kartla om informantene gikk i nåværende behandling, og oppfordret dem til å ta kontakt med behandler eller legevakten hvis de skulle oppleve sterke emosjonelle reaksjoner i etterkant av intervjuet. Vi var forberedt på å hjelpe dem med å komme i kontakt med helsevesenet hvis sterke emosjonelle reaksjoner oppstod underveis i intervjuet. Informantene fikk også beskjed om at de kunne kontakte oss hvis de hadde noen uavklarte spørsmål i etterkant av intervjuet.

3 Resultater

Formålet med denne studien har vært å undersøke opplevelsen av DO hos personer som har vært innlagt på MB. Hvordan informantene har opplevd dropoutprosessen, og hvordan vi kan forstå denne prosessen, har vært i fokus. Gjennom analysen identifiserte vi tre overordnede tema: (1) Behandlingen som noen andres prosjekt, (2) Relasjoner innebærer utrygghet og misforståelser og (3) Behandling som kamp; avslutning som overlevelse. Tilsammen syv undertemaer ble identifisert. Disse er presentert i oversiktstabellen nedenfor, som også viser fordelingen av antall informanter som faller inn under hvert tema.

Tabell 2: Oversikt over fordeling av undertema

	Behandlingen som siste utvei	**Syn på andre som helbredere i et ambivalent tilfriskningsprosjekt**	**Jeg kan ikke stole på meg selv; jeg kan ikke stole på andre**	**Følelsen av annerledeshet i forhold til medpasienter**	**Uenighet i behandlingen**	**Den ytre trusselen**	**Den indre trusselen**
Nora	X	X	X		X	X	X
Tiril	X	X	X	X	X	X	X
Emma		X		X	X	X	X
Sara	X	X		X	X	X	
Maja		X	X	X	X	X	X
Sofie	X	X	X	X		X	

Temaene vil presenteres nedenfor med sitater fra intervjuet. På grunn av plassbegrensninger så har vi utelatt deler av transkriptet som vi har vurdert som mindre viktig, og dette markeres med (…). Vi har dog etterstrebet å bevare all informasjon som vi tenker er viktig for betydningen av utsagnet. Informasjon som kan bidra til å identifisere informantene har blitt utelatt.

3.1 Behandlingen som noen andres prosjekt

Et gjennomgående tema er at informantene beskriver å ikke ha noen tydelig aktiv rolle, hverken i å søke behandling, eller i å være i behandling. Egen agens komme lite til syne. Informantene omtaler seg selv på en måte hvor eget ønske og valgmulighet forsvinner. Fokuset blir på hva de føler de må og hva de tenker de bør, først og fremst for å tilfredstille andre. Det blir som om at behandling er noen andres prosjekt. I det følgende har vi valgt å dele inn dette temaet i to underpunkter, hvor det første tar for seg veien inn i behandling og det neste tar for seg opplevelsen av å være i behandling.

3.1.1 Behandlingen som siste utvei

Alle informantene beskriver en ambivalent motivasjon til i det hele tatt å ta imot behandling. I de fleste tilfeller skildres et tilstandsbilde av alvorlig, langvarig sykdom med høy komorbiditet og flere mislykkede behandlingserfaringer. Informantene beskriver det som virker som en desperasjon, hvor det er få andre muligheter for å komme seg ut av lidelse. Hos flere beskrives behandling som en siste sjanse, et siste forsøk på å holde seg i live. En av informantene beskriver dette slik:

«Jeg var så, på en måte suicidal. Og- Eller jeg var skikkelig dårlig lenge. Jeg begynte jo liksom – jeg hadde drevet å kaste opp, og jeg har hatt bulimi og anoreksi, av og på, i 15-16 år. Og så var jeg ambivalent til om jeg ville bli bedre. Men, men. Men det var liksom litt sånn siste, siste forsøk. Og de er jo på en måte de beste i landet. visstnok. Eller sånn, ja. Rennommeet sier jo det, så» (Tiril)

Tekstutdraget illustrerer også høye forventninger til behandlingsstedet, og hva det skal være i stand til. Det kan virke som at informantene befinner seg i en situasjon av håpløshet. Når de blir tilbudt et behandlingsopplegg kjent for gode resultater kan det se ut til at de opplever at de står uten valg. Det fremstår som om de simpelthen er nødt til å ta imot behandling, framfor å aktivt å gå inn i den. Mange presiserer at behandling handler om å holde seg i live, og flere viser også til å ta imot behandling først og fremst for pårørende sin del. Sofie illustrerer denne opplevelsen av manglende valgmulighet slik:

«Jeg ehm altså jeg kom fra en lukket avdeling, sånn tvangsbehandling. Jeg hadde ikke lyst til det selv. Men det er liksom sånn at man må når det er snakk om, ja, liv og død. Og, men jeg var ikke motivert. Så det var egentlig sånn at jeg bare måtte. Og så såg jeg på Modum som en litt sånn mirakelkur, fordi at de hadde så gode statistikker og veldig mange mennesker var fornøyde med den behandlingen som de hadde fått» (Sofie)

Som illustrert her, ser man et gjennomgående manglende fokus på eget håp og indre motivasjon til å bli frisk. Det gjennomgående ytre fokus blir desto tydeligere ved DO, hvor det først og fremst er omgivelsene man skuffer ved å ikke fullføre behandling. Dette ble beskrevet slik:

«*Jeg føler jo at jeg skuffer dem og jeg har jo på en måte ikke noen grunn til å være dårlig, jeg har jo kjempesnille foreldre og familie og, allikevel så er jeg dårlig i hodet da, og det gjør det jo ikke, det gjør det på en måte kjipere at jeg ikke klarer å bli frisk» (Sara)*

3.1.2 Syn på andre som helbredere i et ambivalent tilfriskningsprosjekt

I intervjuene virker informantenes eget bidrag til tilfriskning å være nærmest fraværende. Det er gjennomgående at informantene beskriver oppholdet som en situasjon hvor behandlingsstedet har en egen agenda, framfor å se på det som et gjensidig samarbeid som først og fremst skal komme dem selv til gode. Informantene fokuserer mer på i hvilken grad personalet kan tilfredstilles:

«Vi så på det på den måten, at liksom hvis vi på en måte ikke fulgte opplegget, hvis vi ikke var flinke nok så ble vi sendt hjem på en sånn tenkepause og da kunne man miste plassen sin. Så var det også et stort press på at man skulle være flink, liksom gjøre sånn at behandlerne ble fornøyd» (Sofie)

Som tekstutdraget illustrerer så blir fokuset på å innfri og å prestere snarere enn å føle eierskap til det arbeidet som gjøres. Parallelt med dette illustreres et bilde av likegyldighet knyttet til eget bidrag, ved å ikke være oppriktig involvert i behandlingen sin, verken mentalt eller i handling. Samme informant beskriver dette slik:

«Altså jeg lærte mye nyttig. Men hele tiden så var det på en måte, ehm, jeg brukte mye tid på liksom å fortsette å være syk, men skjule det. Og lure personalet, og de andre pasientene og meg selv og alt mulig. Så det var liksom, jeg tror at hvis jeg hadde vært der i dag så hadde jeg nok fått mye mer utnytte av det» (Sofie)

Som sitatet illustrerer, var det flere informanter som brukte mye krefter på å fremstå som lett mottakelige for behandling, mens de skjulte den indre kampen som foregikk. Andre viser en uttalt likegyldighet og opposisjon. Eksempelvis er det en informant som beskriver forholdet sitt til samarbeidsavtalen slik:

«Jeg tenker at det, alle de andre forholdt seg til den jeg var sånn der «nei, nei. Jeg driter i om jeg har skrevet under, det spiller ingen rolle for meg» (Tiril)

I alle tilfeller blir det slik at eget bidrag i behandlingsprosessen blekner. Paradoksalt nok virker denne manglende opplevelsen av eierskap, og videre også villigheten til å være delaktig i egen tilfriskning, å sabotere for muligheten for å bli frisk. Tiril beskriver senere i intervjuet hvordan denne sammenhengen gjør at det blir vanskelig å tillate seg å oppnå bedring.

«Jeg hadde et behov for at det var jeg som skulle gjøre en endring, at ikke-- eller kanskje-- ingen andre skulle få æren av den jobben jeg gjorde (...) Så det å, for eksempel det å bli helt frisk på Modum ville sikkert blitt feil uansett. Fordi da hadde Modum fått kreditten av at jeg ble frisk, ikke at jeg gjorde det selv» (Tiril)

Det kan virke som at flere blir altså fanget i en situasjon hvor det er behandlingsstedet som skal gjøre en frisk, uavhengig av eget bidrag i prosessen. Ambivalensen virker da å gjøre tilfriskning uaktuelt, da dette i konsekvens kun blir en suksess for behandlingsstedet, og ikke for en selv.

3.2 Relasjoner innebærer utrygghet og misforståelse

Et sentralt tema virker å være knyttet til relasjonelle vansker. Informantene beskriver stor ambivalens til å gå inn i et tilllitsforhold med personalet. Dette innebærer blant annet at de får vansker med å uttrykke behov for støtte, og å ta imot støtte. Samtidig er det også en tendens til å oppleve seg selv som annerledes enn de andre, og utenfor. Med dette følger også en opplevelse av å være i behov for noe annet enn det de andre mottar. Det virker altså som at det er vanskelig å oppleve at personalet kan gi de den behandlingen de trenger, og at de kan selv stå i den og få utbytte av den. I det følgende har vi delt inn i tre avsnitt for å beskrive hvordan tillitt til seg selv og til andre virker å ha en innvirkning på DO.

3.2.1 Jeg kan ikke stole på meg selv; jeg kan ikke stole på andre

Flere av informantene beskriver oppholdet som en opplevelse av i være i en tilstand hvor de mangler evne til å ta hånd om seg selv. Samtidig, framfor å søke hjelp reagerer de fleste av informantene med tilbaketrekning når de har det vanskelig, illustrert ved dette utsagnet:

«*Det var liksom noe med det at jeg på en måte ville ikke belaste [medpasientene]med mine problemer for jeg visste at de hadde sine egne. Så det var på en måte trygt å være med de sånn hverdagslig, men de skulle liksom ikke være behandlerne mine heller. På en måte så det ble veldig mye til at jeg gikk på rommet når jeg hadde det vanskelig» (Maja)*

Samtidig beskriver flere et klart behov for mer hjelp og støtte i disse situasjonene. Det kan derimot virke som at det å uttrykke behov for hjelp er utfordrende. En informanter uttrykker dette ved:

«*Jeg savna kanskje litt sånn, altså når man hadde det vanskelig at det kom noen og sa «nå skal vi gjøre det og det» eller prøv det og det istedenfor» (Sofie)*

I lys av hvor vanskelig det er å kommunisere egne behov kan det nesten virke som at SF også fungerer som eneste talerør for å oppnå det man skulle trenge fra omgivelsene. En informant illustrerer hvordan hun etter å ha dratt fra MB ønsket å uttrykke følelsene sine gjennom SF:

«*Så jeg brukte mye tid på å både bebreide meg selv og Modum. Og liksom var sint på dem og jeg var sint på meg. Og bare tenkte at nå får jeg bare bli kjempesyk igjen» (Sofie)*

Det er mulig at SF vekker oppmerksomhet fra andre, og på det viset gjør at informanten kan unngå ubehaget det er å sette seg i en sårbar posisjon ved å aktivt uttrykke følelser og behov. Samtidig viser informantene også en sterk ambivalens til i det hele tatt å tillate andre å hjelpe. Å ta imot støtte og hjelp kan virke truende på egen trygghet og oversikt. Resultatet blir at personen står fast mellom å ikke ha tillit til seg selv, men heller ikke kunne tillate andre å slippe inn. Flere presiserer at det å holde andre på avstand som en sentral del av sitt selvkonsept, og hva man signaliserer til seg selv og til andre. Det kan virke som at et resultat av dette er at de opplever at personalet viker unna, til tross for at de har behov for det motsatte:

«*Jeg må ha oversikt over alt og (.) nei, kanskje ikke så mye kontroll men mer makt på en måte. Makt over min egen situasjon, sliter med å legge på en måte meg selv i andre sine hender da (...) jeg tror bare jeg skulle ønske at noen på en måte hadde tvunget seg litt mere på meg når de skjønte at «nå skjer det en endring» (Maja)*

«*Nei jeg klarte, klarte som regel ikke å ta de valgene som var bra for meg. Eller best for meg. Og jeg— andre kunne jo heller ikke ta valg for meg, eller bestemme over meg. Så da gikk det som det gikk da» (Tiril)*

Informantene virker altså ikke å ha veldig stor tillit til seg selv i behandling for SF. I dette arbeidet vekkes et sterkt behov for hjelp og støtte fra andre, som det er vanskelig både å kommunisere og ta imot. Tilliten til andre er ikke tilstrekkelig.

3.2.2 Følelsen av annerledeshet i forhold til medpasienter

Det fremkom under intervjuene at sosiale relasjoner og sosiale situasjoner var vanskelige for mange. Flere av informantene gav beskrivelser om en opplevelse av å stå utenfor fellesskapet og å føle seg annerledes i forhold til medpasienter. Mange uttrykte også at gruppen ble en

kilde til konkurranse og sammenligning, i stedet for en kilde til støtte og omsorg. Dette illustreres gjennom disse utsagnene:

«Kroppen bare (sukker), nei, jeg må-- her passer du ikke inn liksom» (Maja)

«Jeg klarte aldri å spise opp selv om jeg var jo en av de største der, men de andre klarte å spise opp og jeg gjorde ikke. Da ødela jeg veldig for resten av gruppe, sånn å det å gå rundt å ha dårlig samvittighet for det og sånn, det ble liksom litt vanskelig det og» (Sara)

«Alle de andre jentene klarte liksom å spise, de klarte å være med på å trene og klarte alle de tingene. Jeg klarte ikke det engang. Jeg klarte bare ikke den sosiale, sosiale greia» (Tiril)

På en annen side så forteller de at de også opplevde det som feil da de klarte å spise, men ikke medpasientene. Det ser ut til at uansett hva informantene gjorde, og uansett hvordan de sammenlignet seg, så ble konsekvensen at de følte seg underlegen i den sosiale situasjonen. En informant gav også uttrykk for at bare det å være sosial var energitappende:

«Du står ved siden av folk som du vet veier ditt og datt og så ser du at de lager en greie ut av å pirke i potetene. Eller at de må gråte for at de må spise to og en halv potet i stedet for to poteter. Plutselig så ble det en sånn greie for meg at «fy faen så feit jeg er i forhold til disse her». Eller her skal jeg, her sitter jeg og spiser fordi jeg er så sulten, og så ser jeg at de andre sitter og griner, og fy faen og så sitter jeg her og gosser meg som en – jeg fikk en sånn dårlig samvittighet for at jeg spiste plutselig når de andre satt bare der å pirket» (Tiril)

«Det var en veldig hyggelig gruppe, men det å skulle forholde seg til fem andre personer såpass mye i løpet av en dag ble for mye og, det var da selvfølgelig grupper imellom måltidene, og jeg må ofte hvile mellom når jeg er sosial» (Emma)

I beskrivelsene av relasjonene til medpasienter fremkommer det ofte sterke opplevelser av skam, mislykkethet og utenforskap. En informant definerte seg selv aktivt ut av gruppen og snakket devaluerende om medpasienter og rammene rundt behandling:

«Nå er jeg en einstøing. Jeg liker, jeg trives godt å være alene. Jeg trives godt i skogen. Jeg trives oppå et fjell. Jeg trives ikke veldig godt i sånne kleine (fnyser), ja, jeg gjør ikke det (...) Det er helt sikkert mange som har fått veldig god hjelp der. Men det å tasse rundt med tøfler og kosebukser, i et flott bygg og spise fire måltider med altfor mye mat og bestandig gå rundt og føle meg kvalm og dårlig det var ikke (pause) nei. Det var en sånn jentegreie. Det var litt sånn -- Det er ikke bare jenter der da, men vi var i hvert fall åtte jenter og med bare kvinnelige sånne pleiere. Ehm, jeg vet ikke jeg altså, det var bare helt - De skapte på en måte en person ut av meg som jeg ikke ønsket å bli heller» (Tiril)

Konsekvensen av å definere seg ut av fellesskapet er at man stiller seg i en posisjon hvor man forsterker følelsen av annerledeshet, og samtidig lukker seg for behandling gjennom å være i en forståelse av at man trenger noe annet enn det som tilbys.

3.2.3 Uenighet i behandlingsforståelse

Det kom tydelig frem i intervjuene at informantene hadde en klar formening om hva som egentlig var problemet og hva de trengte for å bli bedre, og at dette ikke var samsvarende med det de fikk. De opplevde å bli møtt av et behandlingsapparat «som vet best», og dette skapte grobunn til sterk misnøye og frustrasjon. Som denne informanten, så var flere i den forståelse om at deres SF var en strategi for å regulere følelser:

«*Bulimien har vært angstdemping. Det er en avhengighetslidelse. Det bare kunne like gjerne vært rus eller alkohol» (Nora)*

De opplevde derimot at denne problemforståelsen ikke ble anerkjent hos behandlerne, og således ikke gitt fokus. Samtlige uttrykte en frustrasjon og en oppgitthet over det de opplevde som et ensidig fokus på mat og vekt i behandling, der de opplevde at det ikke var rom for å snakke om andre ting som de syntes var vanskelige. I tråd med dette uttrykkes et ønske om en bredere og et mer helhetlig fokus i behandling:

«O*g så trengte jeg å snakke om depresjonen, eller ting som hadde ligget bak da. Og da ble jeg litt sånn skuffa for at det aldri skjedde» (Maja)*

«*Det var liksom «spis måltidet, faste måltider og stabil vekt» så går dette liksom seg til. Men den har jeg fått før, og det stemmer jo ikke» (Nora)*

«*Jeg ville ikke være aktiv i min tilfriskning når de setter totusen kalorier foran meg og sier spis. Tilfriskning for meg ville ikke vært, var ikke å bli servert, var ikke å gi slipp på kontrollbehovet mitt ved at de serverte meg noe jeg ikke egentlig ville ha og ikke fikk gjøre det jeg ville gjøre» (Tiril)*

Utsagnene reflekterer en uenighet i forståelsen av hva som skal til for å bli frisk. Dette skapte både motstand og passivitet, som i sin tur kan ha vanskeliggjort alliansebygging. I forlengelsen av dette så kom det også tydelig frem en brist i målformulering:

«*BMI 20 er ikke løsningen for alle, og i hvert fall ikke i første omgang. Det er en ting at man må ha hovedfokus på mat og vekt under en viss BMI. Men når man kommer opp på et forsvarlig nivå så må man faktisk gå noen runder og i hvert fall når det er langvarig sykdom, og være litt mer pragmatisk på hva er viktigst her og nå» (Nora)*

«*Målet mitt med livet er egentlig bare å fungere til en viss grad og da. Det å kunne fungere normalt er nok for meg. Jeg har ikke noe mål om å bli helt frisk og bare, for det, det er ikke realistisk. Jeg vil sette meg realistiske mål, som jeg kan oppnå som jeg kan være fornøyd med» (Emma)*

Flere fokuserte på det å fungere godt i hverdagen heller enn å bli helt symptomfri som sitt eget mål. Det kan derfor virke som om mange av dem har mistet håpet, eller forsonet seg med, det å ha en SF. Flere kunne fortelle at de opplevde å ikke bli sett og hørt på dette området, og at de opplevde at deres meninger og innspill til behandlere bare ble bagatellisert bort. En informant kunne fortelle at hun hadde sagt ifra til behandleren, men følte at dette ikke ble tatt på alvor. En annen trakk frem det hun opplevde som manglende aksept og forståelse for hennes opplevde annerledeshet:

«*Du føler at du nok en gang snakker for døve ører. At selv om du hadde sittet og hylt så hadde de ikke—så er det som at de ikke hører deg» (Nora)*

«De leste det som stod på papirene og sånn som det skulle være liksom fordi vi var i uke tre dag to. Det var ikke noe sånn «jasså, så har det skjedd i helgen. Sier du det og føler du deg sånn». Og det var ikke noe rom for å føle annerledes rundt det som var liksom» (Tiril)

Samlet så kom det tydelig frem en opplevelse av en tydelig brist i problemforståelse og målformulering mellom informantene og behandlere. De fleste av informantene gav uttrykk for nødvendighet av et annet fokus i behandling, hvor dem ønsker en mer individualisert tilrettelegging der deres egne personlige mål skal bli tatt høyde for.

3.3 Behandlingen som kamp; avslutning som overlevelse

Et tydelig fokus i intervjutematikken er informantenes emosjonelle opplevelse under behandlingsoppholdet. Det kan virke som om mange av dem opplevde et følelsesmessig kaos og en overveldende angst som de ikke evnet å regulere. Mange av dem opplevde å miste kontroll. Alle knytter dette opp mot mat og måltider. Det kan se ut til at en mer aktiv kampmodus ble igangsatt, en slags fight-and-flight-respons, der informantene var mer opptatte av å beskytte seg mot opplevde farer enn å jobbe med sin tilfriskningsprosess. Det kan dermed virke som at behandlingen ble opplevd som en desperat kamp for å overleve, der DO ble sett på som siste utvei. Behandlingen som en kamp og avslutning som overlevelse har to undertemaer som favner essensen i informantenes opplevelse av hva de opplevde som truende.

3.3.1 Den ytre trusselen: behandlingen blir opplevd som farlig, måltider blir opplevd som overgrep

Temaet om den ytre trusselen referer til behandlingen som en trussel mot å bli frisk og opplevelsen av måltidene som et overgrep. Mange av informantene beskriver SF som en trygg venn og noe å stole på, som hjelper med å regulere vonde følelser og bidrar til en opplevelse av kontroll over livet. I forlengelsen av dette så snakker noen om det å bli frisk som å bli fratatt en viktig del av selvet, og således kan behandlingen ses på en som slags tyv eller en trussel. En informant sa det slik:

«På en måte tar du fra meg alt. Jeg hadde jo en ting som var positivt, og det var spiseforstyrrelsen» (Sara)

«Det [behandlingsoppholdet] var som å være under vann uten oksygen og samtidig å prøve å spise de få gangene jeg gisper etter luft på overflaten» (Emma)

Utsagnet reflekterer SF meningsbærende funksjoner i tillegg til bekymringer rundt hvem man er uten den. Denne trusselen om å bli fratatt SF ser tilsynelatende ut til å sette i gang en kampmodus, slik en informant beskriver:

«Jeg prøvde hele tiden å liksom holde litt igjen og ta litt mindre mat, og ja, sånne ting (...) Så etterhvert når jeg begynte å gi opp, jeg skjønte at «okei, Modum kommer til å prøve å gjøre meg frisk, de kommer ikke til å slutte å prøve». Det var ikke noe å komme unna, vi måtte spise. Og liksom, ja, når jeg skjønte at dette her er for real så slapp jeg litt opp og gav litt opp, og da, da ble det jo bare angst (…) *Og det var først når jeg klarte å spise alt det at jeg skjønte at «nå begynner jeg å bli frisk», ja eller i hodet mitt da. «Nå begynner jeg å bli frisk!» Da kom angsten, ja da satte det i gang en sånn der nei-ikke-bli-frisk-prosess» (Maja)*

Flere opplevde også at behandlingen var for overveldende med tanke på måltidsplanene og forventet vektøkning, der informantene opplevde de ikke hang med i endringsprosessen. Dette skapte frykt. I utsagnene under belyses denne opplevelsen av å miste kontroll, med det resultat av å gå i en konstant alarmberedskap:

« (…) all den maten og ikke kaste opp, og jeg gikk jo opp i vekt. Og så får du den «ja, men du skal jo opp». «Ja men vet du hva, jeg henger ikke med! Det går for fort! Jeg har aldri spist så mye mat under innleggelse» (Nora)

«Jeg hadde alle tingene mine i bilen (pause). Jeg var litt sånn «det er greitt. Jeg skal være her i en time. Jeg skal være her i to timer. Jeg skal prøve et måltid. Jeg skal bli en natt» så jeg pakka aldri ut av bilen» (Tiril)

Flere beskrev måltidssituasjonene med sterke ord og bilder. Ut ifra de beskrivelsene som informantene gir så er det nærliggende å se på måltidene som et opplevd overgrep, der

informantene var uforberedt på den mengde mat som måtte spises, der de følte seg krenket og opplevde overveldende følelser av frykt, sinne og hjelpeløshet:

«Jeg husker første måltidet så skulle de trykke i meg en hel lasagne liksom, da bare – og når jeg var ferdig med den lasagnen så skulle hun dytte i meg en hel yoghurt liksom» (Tiril)

«Man sitter buret inne på et kjøkken for å spise i en halvtime sammen. Som er noe av det vanskeligste alle gjør. Det blir jo et—det er jo en udetonert bombe!» (Nora)

«(…) *Fordi det var helt grusomt. Jeg har fortsatt mareritt om Modum. Ikke alltid nødvendigvis ting som handler om Modum, men jeg bare alltid er der. Alle sånne ubehagelige ting det skjer på Modum liksom. Og det er sikkert ikke Modum sin skyld, men det er bare det at, ehm, hele min opplevelse av å være der» (Sofie)*

Vi ser at den emosjonelle opplevelsen fra behandlingsperioden fremdeles preger en informant i form av mareritt. Fem av informantene fullførte over halvparten av oppholdet, noe som betyr at de virkelig hadde kjempet lenge for ikke å bli overveldet av truslene som behandlingen representerte for dem. Samtlige kunne fortelle at de til slutt var utmattet av å gå i en slik tilstand. Det kan virke som at de nådde et bristepunkt, der avslutning ble sett på som eneste løsning, en slags flukt, for å oppnå en umiddelbar lettelse. En informant sa:

«N*år jeg kjørte derfra da husker jeg, med musikk på full guffe, så var det en lettelse, men så varte jo ikke den lettelsesfølelsen så lenge» (Nora)*

Alle informantene beskriver en lettelse i tiden like etter avslutning. Dette til tross for at mange av dem opplevde en forverring av spiseforstyrrelsessymptomene og andre komorbide vansker, som depresjon, angst og økt suicidalitet. Til tross for tilbakefall så ser samtlige tilbake på beslutningen om å avslutte behandlingen før planlagt som riktig. Samlet så gav alle informantene uttrykk for opplevelsen av behandlingen som noe veldig truende.

3.3.2 Den indre trusselen: jeg mister meg selv

Den indre trusselen referer til informantenes beskrivelser av sterke intrapsykiske krefter som oppleves å true med å ta over kontrollen over selvet. Flere opplevde et overveldende følelseskaos, som de tilsynelatende hadde vansker med å differensiere og forankre i seg selv. Dette ble av tre informanter beskrevet slik:

«det ble jo bare et hav av følelser da» (Maja)

«Men du kan tenke deg at når det blir trigget på grunn av vekten og du ikke er i kontakt med hva som skjer en gang. Det eneste som du på en måte vet skjer er at du mister kontrollen, noe annet tar over» (Nora)

«Så, så når de på en måte bare trakk seg unna, eller så tok den sykdommen og dyret i meg, det tok over alt. Der også. Og de som alle andre trakk seg veldig unna og var ikke noe motstand. For det dyret som var inni meg prøvde å— Som i hvert fall skulle overvinne modum også» (Tiril)

Det kan virke som om informantene var redde for ikke bare å bli farlig mot andre, men også farlig overfor seg selv. Flere gir direkte antydninger om en opplevd trussel av å miste kontrollen over seg selv. Å avbryte behandlingen kan i forlengelsen av dette ses på som en måte å gjenvinne kontrollen over seg selv igjen, noe disse to korte utsagnene illustrerer:

«*Hvis ikke jeg hadde avsluttet så hadde jeg ikke sittet her i dag» (Nora)*

«Det føltes som at jeg hadde fått livet i gave» (Maja)

Informantenes beretninger gav et bilde av hvordan behandlingen trigget følelser som opplevdes som noe ukjent og utrygt. I sin tur stimulerte dette informantene til å finne måter å beskytte seg selv på. Å avslutte behandlingen kan på en måte ses på som en slik beskyttelsesstrategi, som en slags siste fluktmulighet.

4 Diskusjon

Formålet med denne kvalitative studien var å oppnå økt innsikt og forståelse for fenomenet DO fra behandling for SF. Informantenes opplevelser av DO kan oppsummeres i tre overordnede temaer: 1) Behandling som noen andres prosjekt, 2) Relasjoner innebærer utrygghet og misforståelser og 3) Behandlingen som kamp; avslutning som overlevelse.

DO er et komplekst fenomen der det trolig er flere faktorer som interagerer og forårsaker DO. Vi fant ut at for deltagerne i denne studien så handler det i hovedsak om en mistillit og usikkerhet til seg selv og til de som skal hjelpe. En relasjonell ambivalens har fremkommet på tvers av temaene, og dette har vi sett vi på som sentralt for å forstå DO. Da analysen var avsluttet valgte vi å anvende et relasjonelt perspektiv. Resultatene vil derfor forstås og diskuteres i lys av et tilknytningsteoretisk perspektiv og teori om arbeidsalliansen. Styrker og begrensninger vil diskuteres i metodiske betraktninger, før vi ser på hva resultatene betyr i relasjon til klinisk praksis og forskning.

Utvalget vårt styrker antakelsen fra kvantitativ forskning som knytter DO til komorbiditet og diagnosen AN bulimisk type. Det samme gjelder forhandlinger om mål og rammer, da lav samarbeidsvilje også er knyttet til DO. Selve handlingen å droppe ut var en impulsiv handling for flere, noe som også samsvarer med eksisterende forskning som knytter impulsivitet til DO (Fassino et al., 2009; Wallier et al., 2009). Funnene våre er også i tråd med studier som indikerer at mange dropper ut av andre årsaker enn misnøye med behandling (Masson et al., 2007), da behandlingstilnærmingen sjeldent ble nevnt i sammenheng med valget. Allikevel, som forventet, bringer dette studiet fram ny, nyansert kunnskap om fenomenet DO.

4.1 En relasjonell forståelse av dropout

4.1.1 Den terapeutiske allianse og dropout

Et fravær av felles ståsted mellom informantene og behandlerne trer tydelig frem. Informantene fremstod med en klar formening om problemforståelse og hva de trengte for å bli bedre, men de opplevde at dette ikke ble delt og annerkjent av behandlerne. Dette kan forstås som en brist i mål- og oppgaveaspektet i alliansemodellen (Bordin, 1979).

Samtlige av informantene rapporterte om at SF sin funksjon var å regulere følelser. Mat og spising var ikke ansett som hovedproblemet, men en måte å håndtere et mer underliggende psykologiske problem. Ut fra sine erfaringer formidlet informantene at de ikke klarte å relatere det behandlingsfokuset som de ble møtt med til sin opplevelse av SF. De opplevde at behandlingen kun fokuserte på at de skulle opp til BMI 20, og at mat og vekt dermed ble hovedfokuset i behandlingen. I sine beretninger la informantene heller vekt på fungering og livskvalitet som sine mål, heller enn å bli helt symptomfri. Fordi symptomreduksjon, som BMI 20, verken ble sett på som ønskelig eller nødvendig for informantene, så vil det i tråd med allianseteorien være grunnlag for å hevde at arbeidsalliansen mellom behandlerne og informantene var svak.

Denne uenigheten mellom informantene og behandlerne førte til at kommunikasjonen bar preg av mye forhandlinger og motstand. I følge Oddli and Kjøs (2013) så kan vi si at behandlingsfokuset var utenfor klientenes relevansområde. Dette innebærer at informantene muligens opplevde behandlingen som meningsløs, og mange rapporterer om at den sterke symptomtilnærmingen oppleves som det å ikke bli forstått. Dette kan igjen kan ha bidratt til å forsterke den desperasjonen og håpløsheten som de kom inn i behandlingen med. Noen studier har også vist at arbeidsalliansen medierer effekten av håp og motivasjon i terapi, altså at pasientens håp og motivasjon fremmes av en god allianse (Emmerling & Whelton, 2009). Som analysen viser så kom informantene inn til behandling med en ambivalens og lav grad av indre motivasjon, og noen gav uttrykk for en likegyldighet til eget bidrag i tilfriskningsprosessen. Vi kan spekulere i om den svake alliansen virket forsterkende på dette. At våre informanter tilsynelatende hadde en svak arbeidsallianse er i så måte i overensstemmelse med forskning som undersøker sammenhengen mellom allianse og DO fra behandling av SF, der svak allianse predikerer DO (Morlino et al., 2007; Sly et al., 2014).

Vi kan stille spørsmål om hvordan en svak arbeidsallianse kan ha medvirket til DO. Som nevnt innledningsvis er resultatene fra studier som undersøker viktigheten av arbeidsalliansen relativt til tidlig symptomendring i behandling av SF sprikende (Brown et al., 2013; Tasca & Lampard, 2012; Vrabel et al., 2015). Geller et al. (2001) hevder at for personer med en “kronisk SF” vil arbeidsalliansen være viktigere enn et spesifikt fokus på normalisering av spisevaner og gjenvinning av vekt. Kjennetegnene ved denne pasientgruppen er lang sykdomstid, flere mislykkede behandlingsforsøk, samt en sterk ambivalens og lav grad av indre motivasjon til endring. Forskerne hevder snarere tvert imot at

et symptomfokus kan bidra til å forverre vanskene hos denne gruppen. Denne antagelsen støttes av forskning som finner at arbeidsalliansen spiller en viktigere rolle for spesifikke pasientgrupper, som de med mer alvorlig psykopatologi og med en lang behandlingshistorikk (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015).

Informantene i vårt studie passer inn i karakteristikkene til Geller et al., (2001), i tillegg til at flere hadde alvorlig komorbiditet (se tabell 1). I tråd med forskerne så løfter informantene frem det symptomfokuset de ble møtt med som grunnleggende feil og som mulig årsak til DO. De forteller at de gikk i en kronisk forhøyet angstberedskap fordi de opplevde de måtte gi slipp på sine mestringsstrategier før de hadde klart å tilegne seg nye og mer konstruktive måter for å regulere sine følelser. Dette sammenfaller med det som Eivors et al. (2003) fant i sin kvalitative studie. Dette studiet belyser hvordan opplevelsen av tap av kontroll kan være en viktig psykologisk mekanisme bak DO fra behandling av SF. Disse forskerne hevder at et symptomfokus, i fravær av å adressere den underliggende meningen bak symptomene, kan skape en kamp mellom pasienten og behandlingsapparatet: jo mer behandlingen forsøker å endre SF, jo sterkere vil pasienten kjempe imot for å bevare sin mestringsstrategi. I sin tur bidrar dette til å forsterke pasientens opplevelse av å miste kontroll. Pasienten kan som en konsekvens avbryte behandlingen som en måte å beskytte seg selv mot videre kontrolltap. DO kan på den måten oppleves som en lettelse, noe som alle informantene oppgav at det gjorde.

Men det ble også klart under intervjuene, og senere i analysen, at andre psykologiske mekanismer er mer sentrale for å forstå og forklare hvorfor de avbrøt behandlingen. Informantene i dette studiet gav generelt et bilde av en relasjonell stil bestående av mye angst og mistillit, og det er naturlig å tenke at dette vil ha hatt innvirkning på alliansen. Vi har valgt å se nærmere på dette gjennom et tilknytningsteoretisk perspektiv.

4.1.2 Tilknytning som et teoretisk rammeverk for å forstå dropout

Som nevnt innledningsvis har pasienters tilknytningsstil vist seg å være en signifikant prediktor for den terapeutiske alliansen, der det konsistent rapporteres om at en trygg tilknytning er positivt assosiert med en sterkere arbeidsallianse, og vice versa, at utrygg tilkytning er en prediktor for en svakere arbeidsallianse (Bernecker et al., 2014; Folke, Daniel, Poulsen, & Lunn, 2016). Forskning viser mer spesifikt at man ved utrygg tilknytning kan få

utfordringer knyttet til etablering av det emosjonelle båndet (Hietanen & Punamäki, 2006). Vårt inntrykk er at informantene i samtale om DO viser til vansker med emosjonsregulering, utydelig selvopplevelse, og relasjonelle vansker, som alle er sentrale tema innen tilknytningsforskning (Tasca et al., 2004). Vi skal dermed videre se på hvordan DO kan forstås i lys av tilknytningsteori.

Informantene viser påfallende lite uttalt egen motivasjon og vilje til å bli frisk. Man får inntrykk av en passiv holdning til å starte opp i behandling. Ordlaget er preget av å måtte ta imot hjelp for å overleve, framfor å selv ønske både behandling og overlevelse. Under behandling blir også egen rolle i tilfriskningsprosessen uklar. Sammenlagt kan det virke som at informantene sitter med et selvkonsept av å være hjelpesløs i verden, med påfølgende manglende agens og generert vilje. I forlengelse av dette er det flere av informantene som ender med å fokusere mer på hva personalet ønsker av dem, og hva de tror pårørende trenger. Mange blir mer opptatt av hvor de ikke innfrir. Flere beskriver en perfeksjonistisk kognisjon, med frykt for å gjøre feil og alt- eller ingenting tenkning. Dette mønsteret peker mot en utrygg tilknytningsstil (Tasca et al., 2011). Konsekvensen virker å være uheldig, da det er det flere som beskriver DO som en måte å gjenfinne seg selv og gjenvinne kontrollen.

Flere hevder at SF har en essensiell emosjonsregulerende natur, for eksempel ved å oppta fokus, dempe fysiologisk angst eller ved å være en nær venn. Tilknytningsteori trekker paralleller mellom SF og begrepet ”trygg base”, hvor sykdommen har overtatt en rolle den primære omsorgsgiveren i utgangspunktet skulle fyllt (Pearlman, 2005). SF virker å holde behovet for andre på avstand, og det er mulig at det som skjer når man arbeider med å klare seg uten SF som et emosjonsregulerende objekt, er at et ”ulovlig” behov for samregulering med andre vekkes (Tasca et al., 2004). Samtidig som det er angstvekkende å trenge andre, er det også vist at utrygg tilknytning kan direkte svekke evne til egenregulering av emosjoner (Mikulincer & Orbach, 1995). Dette inntrykket gir også informantene våre, ved å ha liten tro på egen evne til å møte angst og å romme seg selv uten SF som regulator. I forlengelse av diskusjonen om arbeidsalliansen blir det naturlig å trekke inn at også den terapeutiske relasjonen kan annsees som en spesiell form for tilknytning, der terapeuten kan gå inn og fungere som den “trygge basen”. På det viset vil pasienten kunne få den tryggheten som trengs for å kunne tolerere og holde ut det ubehaget som en endringsprosess medfører (Bowlby, 1988). I lys av fraværet av en sterk allianse så er det forståelig at de opplevde det som en stor trussel å skulle gi slipp på SF, da arbeidsalliansens potensielle trygghetsfunksjon

ikke ble utnyttet. Den umiddelbare ekstreme lettelsen etter DO, og følelsen av å gjenfinne seg selv kan dermed også forstås.

Tilknytningsteori gir mening til frustrasjonen og desperasjonen som oppstår hos informantene når de ikke lenger kan ty til SF for å dekke behov. Hvordan informantene våre så håndterer dette er påfallende samsvarende med funn fra forskning på tilknytningsstiler. I intervjuene er det flere som, til tross for at det kan være angstvekkende å trenge andre, eksplisitt etterlyser mer støtte til samregulering. Flere opplevde at det ikke var tilstrekkelig hjelp å få til å håndtere angst og følelseskaos. Samtidig kommer det fram at hjelp fra personalet var tilbudt, men at informantene selv opplevde en stor ambivalens til å la seg hjelpe. Informantene beskriver reaksjoner som nok kan virke avvisende på personalet, et mønster man også ser i tilknytningsforskningen. Dette virker å være ekstra utfordrende å håndtere for personalet, som gjerne vil reagere i tråd med den adferden pasienten fremviser framfor å få tak på pasientens indre opplevelse og behov (Ward et al., 2000). Flere av informantene virker å ha opplevd noe som likner på dette, og i lys av tilknytningsteori kan man da spekulere i om dette oppleves som en gjenspilling av tidligere relasjonserfaringer. Dette har forskning vist kan forsterke en preeksisterende antakelse om andre som utilgjengelige i møte med ens behov (Dozier, 1990).

Tilknytningsteori virker altså å være et nyttig rammeverk for å forstå informantenes opplevelse av behandling og DO. Det kan virke som at bak passivitet, forhandlinger om rammer, problemer med å be om og å ta imot støtte og høy angstaktivering, så ligger det en grunnleggende relasjonell utrygghet. Tilknytningsteori opplever vi at kan kaste lys over det sterke følelsestrykk som oppstår, og trusselen som behandling representerer, ved å trekke paralleller mellom SF funksjon for individet, og en omsorgspersons funksjon for et barn. Med dette i bakhodet kan man så få en forståelse av informantenes opplevelser, som gjerne ikke fremkommer tydelig for hverken informantene selv eller hjelpeapparatet rundt. Dette tydeliggjør også spørsmål knyttet til behandling, både hva angår mottakelighet for behandling og et eventuelt fokus. Dette blir diskutert nærmere i avsnitt om kliniske implikasjoner.

4.2 Metodiske betraktninger

Denne studien har noen styrker og begrensninger som vil diskuteres i det følgende avsnittet.

4.2.1 Utvalg og overførbarhet

Man skal være forsiktige med å generalisere funnene fra et kvalitativt studie da utvalget er lite og heller ikke representativt for hele populasjonen. Mot dette så kan vi hevde at selve formålet med studien var å oppnå inngående og detaljerte beskrivelser av fenomenet DO. Å direkte generalisere funnene har derfor ikke vært et mål per se. Andre svakheter ved studien er at vi inkluderte alle typer spiseforstyrrelsesdiagnoser i vårt studie, og vi skilte heller ikke mellom tidlig og sen DO, noe som er blitt anbefalt (Wallier et al., 2009). Det kan tenkes at andre resultater kan ha fremkommet ved å ta hensyn til dette. På en annen side så kan vi hevde at vårt studie er mer naturalistisk, og derfor mer klinikknært. For eksempel så er det dokumentert at migrasjon mellom diagnosene er svært vanlig (Pike, 2013), og å skille spiseforstyrrelsesdiagnosene fra hverandre trenger heller ikke å være relevant da det i dag er et sterkere fokus på transdiagnostiske prosesser i behandling (Waller et al., 2007). Således så kan vi hevde at resultatene fra denne studien kan være direkte overførbare til klinikken. Å skille tidlig og sen DO hadde heller ikke vært mulig innenfor rammene til en hovedoppgave. Vi kan nevne her at fem av seks deltagere avsluttet behandlingen omtrent på samme tidspunkt (se tabell 1). Vi har også kun intervjuet personer som har avsluttet en døgnbehandling fra et spesifikt behandlingssted i Norge. Det kan tenkes at DO fra andre behandlingssteder, som for eksempel poliklinisk behandling, kan gi andre resultater. Det er for eksempel grunn til å tro at sosiale og relasjonelle vansker kan ha blitt forsterket ved døgnbehandling, da det sosiale samspillet med både medpasienter og miljøpersonal ofte blir veldig intens. Det er også grunn til å tro at de som har blitt henvist til MB er sykere enn de som blir hjulpet poliklinisk, på grunn av MB sine inklusjonskriterier om at annen spesialisert behandling for SF skal ha blitt forsøk. Og selv om vi fulgte intervjuguiden og snakket spesifikt om behandlingen de hadde mottatt ved MB, så kan vi ikke utelukke muligheten for at pasientenes tidligere behandlingshistorikk kan ha påvirket deres betraktninger knyttet til DO.

Det relasjonelle aspektet som bakgrunn for å forstå DO kan også trekkes i tvil da vi ikke har inkludert noen objektive målinger verken på arbeidsalliansen eller tilknytningsstilen til informantene. Det foreligger målinger på arbeidsalliansen og symptomendring på MB, men

triangulering av kvalitative og kvantitative data gikk ut over rammene til dette studiet. Vi vil likevel argumentere for at dette studiet har belyst viktige aspekter ved fenomenet DO ved å løfte frem hver enkelt informant sin unike opplevelse. Dette brukerperspektivet kan argumenteres for å være studiens store styrke, og resultatene bør derfor ses på som relevante og nyttige i behandlingsøyemed.

4.3 Implikasjoner for behandling og fremtidig forskning

Denne studien har flere kliniske implikasjoner. Ut i fra våre analyser så sliter informantene med en relasjonell ambivalens og emosjonsregulering. Deres forutsetninger kan gjøre det vanskelig å etablere en allianse med dem. Nettopp derfor argumenterer vi for at alliansen bør vektlegges sterkere hos denne gruppen, og da med et utgangspunkt i et tilknytningsperspektiv.

Gode terapirelasjoner har vist seg å kunne ha en positiv effekt på tilknytning, for eksempel ved å tilby nye, korrigerende relasjonserfaringer (Tereno, Soares, Martins, Celani, & Sampaio, 2008). Ved et så intensivt behandlingsopplegg som det på MB så befinner man seg en unik posisjon til å jobbe med pasientenes relasjonelle fungering, både i individuell samtaleterapi og i miljøet. Informantene i vårt studie virker å ha et behov for dette. Som nevnt i diskusjonen vil det kunne oppleves utfordrende for personalet å tilpasse kontakt med pasienter som viser tvetydige signaler. Det kan allikevel tenkes at det er i disse situasjonene at muligheten for korrigerende erfaringer er størst. Det er mulig at økt bevissthet hos personalet rundt tilknytningsbehov og adferd i så måte kan være nyttig. Det var først ved innføringen av tilknytningsteori at det ble lettere å forstå og lage mening til informantenes beskrivelser. Dette vil også kunne bidra til å styrke alliansen. En annen klinisk implikasjon er hvorvidt man bør foreta en screening av tilknytningsvansker og relasjonell fungering for å lettere kunne identifisere de pasienter som kan stå i risiko for DO.

Enighet om oppgaver og mål kan bidra til å utvikle tillit, og som videre kan bidra til å styrke det emosjonelle båndet. Å finne et felles ståsted kan derfor være en viktig alliansefremmende intervensjon initialit i behandlingsforløpet. Informantene hadde en klar formening om at SF var en måte å mestre livet på. I denne forlengelse hevdet flere at symptomfokuset bidro til å forsterke denne dysfunksjonelle mestringsstrategien. For å unngå

å bli avskrevet som en som ikke forstår så anser vi det som viktig at behandlere viser en forståelse for at SF ikke er der uten grunn, men at den fyller viktige behov som pasienten ikke har evnet å dekke på andre måter. Dette er samsvarende med prisippende til Geller et al., (2001) om hvordan man best kan møte og behandle denne pasientgruppen. Videre hevder forskerne at det er viktig å jobbe mot mål som er viktig for pasienten. Dette kan være mål som ikke nødvendigvis vil endre spiseforstyrrelsessymptomene på kort sikt, men man tenker seg at på sikt så vil man kunne engasjere pasienten, samt å skape håp og mestring, slik at man kan komme i en posisjon til å utfordre SF. Dette får støtte fra en norsk kvalitativ studie som i sin analyse finner viktigheten av å utforske andre behandlingsmål enn fullstendig tilfriskning fra AN (Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud, & Holte, 2015). Det kan muligens være utfordrende for behandlere å akseptere et slikt mål, samt å inngå enighet i en problemforståelse som kanskje ikke ligger innenfor den teoretiske forståelsesrammen som man jobber innenfor. Det er her viktig å poengtere at det er terapeuten, og ikke pasienten, som bærer ansvaret for allianseetableringen. Terapeuten må da kanskje gå noen "omveier", med den hensikt å etablere en gjensidig tillitsfull relasjon med pasienten. Vi må også understreke her at et symptomfokus kan være det riktige for andre pasientgrupper, og ved alvorlig undervekt så er reernæring og reduksjon av undervekt en selvfølge for å reversere de alvorlige somatiske komplikasjonene, som nevnt innledningsvis (Helsedirektoratet, 2017b).

Denne studien har også implikasjoner for fremtidig forskning. På MB så foretas det ukentlige målinger av ulike prosess-utfallsmål, som for eksempel mål på arbeidsallianse og symptomendring. Det ville vært interessant å undersøke disse prosess-utfallsmålene til de som avlutter behandlingen før planlagt, og sette dem i relasjon til funnene i denne studien. Videre så vil det være interessant å validere funnene fra denne studien kvantitativt, gjennom for eksempel faktoranalyse. Vi ser videre et behov for flere kvalitative studier som undersøker andre utvalg, for eksempel studier som skiller tidlig og sen DO, og som undersøker DO fra andre behandlingstilnærminger. Dette vil bidra til å få en dypere og bedre forståelse av mekanismene bak DO fra behandling av SF. I forlengelsen kan vi klare å nå en gruppe pasienter som behandlingsapparatet per dags dato ikke har klart å favne.

5 Konklusjon

Vårt studie har løftet frem pasientenes egne perspektiver på DO fra behandling av SF. Deres beretninger er videre diskutert i lys av allianseteori og tilknytningsteori. Informantenes beskrivelser av sin opplevelse og forståelse av DO fra behandling gir et bilde av DO som et mulig middel for å gjennvinne en følelse av trygghet og kontroll. Flere informanter beskriver SF på et vis som det man ved tilknytningsteori kan kalle en "trygg base", noe som i møte med en symptomfokusert behandling opplevdes å være truet. Mange beskriver konsekvensen av dette som å bli gående i en konstant forhøyet fryktaktivering uten opplevelse av å kunne regulere sine egne følelser, og samtidig ikke føle tillit nok til å la andre involveres for hjelp. I forlengelse av dette er det flere som kritiserer den symptomfokuserte behandlingstilnærmingen, og forteller om mye forhanldlinger om mål og metode. Disse beretningene kan i lys av allianseteori gi forestillinger om en skjør allianse, både ved rapportert ulikt ståsted når det gjelder behandling og metode, samt relasjonell utrygghet i prosessen med å etablere et emosjonelt bånd.

Da forskning har vist at svak allianse kan knyttes til DO fra behandling, har vi argumentert for et sterkere fokus på den terapeutiske alliansen. I lys av tilknytningsteori kan det tenkes at terapeuten via en god allianse kan operere som en "trygg base". På dette viset vil utforsking og utprøving av andre mestringsstrategier enn SF kunne skje, uten at dette resulterer i emosjonell overveldelse. Dette kan forhåpentligvis redusere sannsynligheten for DO.

Litteraturliste

Agras, W. S., & Robinson, A. H. (2010). What treatment research is needed for anorexia nervosa. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 535-543.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5 ed.). Washington DC: American Psyciatric Publishing.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry, 68*(7), 724-731.

Arne, S. (2015). Spiseforstyrrelser. In T. Berge & A. Repål (Eds.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bang, L., Rø, Ø., & Endestad, T. (2016). Amygdala alterations during an emotional conflict task in women recovered from anorexia nervosa. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 248*, 126-133.

Baran, S., Weltzin, T., & Kaye, W. (1995). Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 152*(7), 1070-1072. doi:10.1176/ajp.152.7.1070

Barone, L., & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 11*(4), 405-417.

Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research, 24*(1), 12-24.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy, 51*(4-5), 216-220.

Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 310-320.

Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C., . . . Joyce, P. R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 44*(7), 647-654.

Dejong, H., Broadbent, H., & Schmidt, U. (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 45*(5), 635-647. doi:10.1002/eat.20956

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2*(1), 47-60.

Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 11*(2), 90-107.

Emmerling, M. E., & Whelton, W. J. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19*(6), 687-698.

Escobar-Koch, T., Mandich, C. C., & Urzúa, R. F. (2012). Treatments for Eating Disorders: The Patients' Views. In *Relevant topics in Eating Disorders*: InTech.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford press.
Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Bohn, K., & Hawker, D. M. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 311-319.
Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O`Connor, M. E. (2008). Eating Disorder Examination (Edition 16.0D). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guildford Press.
Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC psychiatry, 9*(1), 67.
Folke, S., Daniel, S. I., Poulsen, S., & Lunn, S. (2016). Client attachment security predicts alliance in a randomized controlled trial of two psychotherapies for bulimia nervosa. *Psychotherapy Research, 26*(4), 459-471.
Geller, J., Cockell, S. J., & Drab, D. L. (2001). Assessing readiness for change in the eating disorders: The psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychological assessment, 13*(2), 189.
Geller, J., Drab-Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., & Srikameswaran, S. (2004). Readiness to change dietary restriction predicts outcomes in the eating disorders. *Eating Disorders, 12*(3), 209-224.
Geller, J., & Drab, D. L. (1999). The readiness and motivation interview: a symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *European Eating disorders review, 7*(4), 259-278.
Geller, J., Williams, K. D., & Srikameswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review, 9*(6), 365-373.
Goss, K., & Allan, S. (2010). Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 141-158.
Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., . . . Forsberg, S. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The process of help-seeking in Anorexia nervosa: patients' perspective of first contact with health services. *Eating disorders, 23*(3), 206-222.
Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., & Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry, 62*(7), 776-781. doi:10.1001/archpsyc.62.7.776
Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S., & Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *The Cochrane Library*.
Helsedirektoratet. (2017a). Brukermedvirkning. Retrieved from https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning
Helsedirektoratet. (2017b). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behanlding av spiseforstyrrelse. Retrieved from https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser
Hietanen, O. M., & Punamäki, R.-L. (2006). Attachment and early working alliance in adult psychiatric inpatients. *Journal of mental health, 15*(4), 423-435.
Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry, 29*(6), 336-339.

Huas, C., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., Fedorowicz, V., . . . Rouillon, F. (2011). Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Data from a large French sample. *Psychiatry Research, 185*(3), 421-426. doi:10.1016/j.psychres.2009.12.004

Johannesen, B. O. (2018). På egne premisser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 55*(3), 203-205.

Kahn, C., & Pike, K. M. (2001). In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 30*(3), 237-244.

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry, 29*(6), 340-345.

Khazaie, H., Rezaie, L., Shahdipour, N., & Weaver, P. (2016). Exploration of the reasons for dropping out of psychotherapy: A qualitative study. *Evaluation and program planning, 56*, 23-30.

Kvale, S., Brinkmann, S., Rygge, J., & Anderssen, T. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield`s handbook of psychotherapy and behavior change*: John Wiley & Sons.

Mahon, J. (2000). Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What are the Issues? *European Eating Disorders Review, 8*(3), 198-216. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3

Mahon, J., Winston, A. P., Palmer, R. L., & Harvey, P. K. (2001). Do broken relationships in childhood relate to bulimic women breaking off psychotherapy in adulthood? *International Journal of Eating Disorders, 29*(2), 139-149.

Masson, P. C., Perlman, C. M., Ross, S. A., & Gates, A. L. (2007). Premature termination of treatment in an inpatient eating disorder programme. *European Eating Disorders Review, 15*(4), 275-282.

Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: the accessibility and architecture of affective memories. *J Pers Soc Psychol, 68*(5), 917-925.

ModumBad. (2018). Behandlingstilbud for spiseforstyrrelser. Retrieved from http://www.modum-bad.no/behandling/spiseforstyrrelser/behandlingstilbud/

Morlino, M., Di Pietro, G., Tuccillo, R., Galietta, A., Bolzan, M., Senatore, I., . . . Valoroso, L. (2007). Drop-out rate in eating disorders: Could it be a function of patient-therapist relationship? *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 12*(3), e64-e67.

Nordbø, R. H., Espeset, E., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(7), 556-564.

Obegi, J. H., & Berant, E. (2010). *Attachment theory and research in clinical work with adults*: Guilford press.

Oddli, H. W., & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant - allianse som knutepunkt. In K. Benum, E. D. Axelsen, & E. Hartmann (Eds.), *God Psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax Forlag.

Pearlman, E. (2005). Terror of Desire: The Etiology of Eating Disorders from an Attachment Theory Perspective. *The Psychoanalytic Review, 92*(2), 223-235. doi:https://doi.org/10.1521/prev.92.2.223.62354

Pike, K. M. (2013). Classification, culture, and complexity: a global look at the diagnosis of eating disorders: Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into

the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 408-411.
Rodríguez, M., Pérez, V., & García, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*(4), 299-306. doi:10.1002/eat.20091
Rome, E. S., & Ammerman, S. (2003). Medical complications of eating disorders: an update. *Journal of Adolescent Health, 33*(6), 418-426.
Schmidt, U., Oldershaw, A., Jichi, F., Sternheim, L., Startup, H., McIntosh, V., . . . Rooney, M. (2012). Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 201*(5), 392-399.
Serpell, L., & Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 32*(2), 164-170.
Skårderud, F. (2013). *Sterk/Svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*: Aschehoug.
Sly, R. (2009). What's in a name? Classifying 'the dropout'from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 17*(6), 405-407.
Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa. *Eating disorders, 22*(3), 233-243.
Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*: Sage.
Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord, 22*(4), 339-360.
Stuhldreher, N., Konnopka, A., Wild, B., Herzog, W., Zipfel, S., Löwe, B., & König, H. H. (2012). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 45*(4), 476-491.
Swift, J. K., Callahan, J., & Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(3), 328.
Tasca, G. A., & Lampard, A. M. (2012). Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders. *Journal of counseling psychology, 59*(4), 507.
Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy, 48*(3), 249.
Tasca, G. A., Taylor, D., Ritchie, K., & Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment, 83*(3), 201-212.
Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating disorders review, 16*(1), 49-58.
Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients*. *British Journal of Medical Psychology, 56*(2), 145-156. doi:10.1111/j.2044-8341.1983.tb01542.x
Vist, G. E., Siri, J., Straumann, G. H., Yunpeng, D. K., & Reinar, M. L. (2016). *Cognitive behaviour therapy compared to other psychotherapies for treatment of bulimia nervosa - systematic review*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Vrabel, K. R., Ulvenes, P. G., & Wampold, B. (2015). Alliance and symptom improvement in inpatient treatment for eating disorder patients: A study of within-patient processes. *International Journal of Eating Disorders, 48*(8), 1113-1121.

Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russell, K. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*: Cambridge University Press.

Wallier, J., Vibert, S., Berthoz, S., Huas, C., Hubert, T., & Godart, N. (2009). Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 42*(7), 636-647.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*: Routledge.

Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord, 28*(4), 370-376.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*: McGraw-Hill Education (UK).

World Health Organization. (1992). *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and health, 15*(2), 215-228.

Zeeck, A., Hartmann, A., Buchhollz, C., & Herzog , T. (2005). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand, 11*, 29-37.

Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance–outcome association. *Journal of counseling psychology, 62*(4), 579.

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H.-C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet, 355*(9205), 721-722.

Vedlegg

Vedlegg 1: Samarbeidsavtale avdeling for spiseforstyrrelser

SAMARBEIDSAVTALE AVDELING FOR SPISEFORSTYRRELSER.

Min hovedmålsetting for behandlingen:

Bedring av symptomer på min spiseforstyrrelse slik at min livskvalitet kan bli bedre.

Dette innebærer et normalt spise- og aktivitetsmønster. Ingen bruk av avførings-, vanndrivende eller slankemidler samt fravær av oppkast, overspising og overdreven trening.

1. Jeg forplikter meg til å møte presis og delta i programmet
6
2. Jeg forplikter meg til å møte til alle måltider som er sentrale i behandlingen, og følge min grunnmeny fra første dag
7
3. Ved undervekt forplikter jeg meg til en vektoppgang pr/uke på minst 700gr eller 500gr (spis 1), og manglende vektoppgang vil komme i tillegg til neste vektkrav.
8
4. Jeg forplikter meg til å følge plan for fysisk aktivitet og hvile som er utarbeidet for meg
9
5. Det er nulltoleranse for rusmidler under hele behandlingsforløpet

10 Kun legemidler forordnet av lege er tillat

11

6. Dersom jeg ikke overholder samarbeidsavtalen, vil behandlingsteamet vurdere om det er nyttig med en mobiliseringspause/tenkepause

12

7. Om behandlingen ikke fører til bedring kan den avsluttes

Jeg aksepterer og forplikter meg til å følge samarbeidsavtalen.

Dato: Underskrift pasient

……..……
……...

Dato: Underskrift terapeut Underskrift miljøterapeut

……
……

Forslag til endringer av reglene kan komme fra pasienter og personalet. Endringsforslag drøftes både i pasient- og personalgruppen. Personalet ved avdelingsleder er ansvarlig for avdelingens regler. Nye regler kan først tre i kraft etter at personalet på et personalmøte har vurdert at de nye reglene er til hjelp for pasientene til å bli friske.
17.10.17 IAH

Vedlegg 2: Intervjuguide

Introduksjon

«Dette intervjuet har som formål å få tak i din opplevelse av behandling og avslutning av behandling ved avdeling for spiseforstyrrelser ved Modum Bad. Dine opplevelser er svært verdifull informasjon som kan hjelpe oss å bedre forstå spiseforstyrrelser, og som kan hjelpe oss å forbedre behandlingstilbudet. Jeg kommer å stille noen spørsmål om behandlingen som helhet, samt spesifikke spørsmål rundt selve avslutningsprosessen. Om du i løpet av intervjuet trenger en pause eller ønsker å stoppe er det fint om du sier fra.».

«Det er som du vet frivillig å være med på dette intervjuet. Du kan svare på det du vil og gi beskjed dersom det er spørsmål du ikke ønsker å svare på. Du kan også trekke deg når du vil. Jeg tar opp på bånd for at jeg kan følge med best mulig på det du har å si, og så kan jeg skrive det ned etterpå. Lydopptaket vil bli lagret på en sikker lagringsplass umiddelbart etter intervjuet»

«Deltagelse i studie vil ikke påvirke fremtidig behandling og eventuelle mulighetene for et nytt opphold på Modum bad. Svarene vil bli fullstendig anonymiserte, også overfor personalet på Modum Bad»

HUSK: samtykkeskjema!

Slå på båndopptaker

Dato:

Id:

Intervjuer:

Husk å lese inn dato og ID-nr på båndopptaker

1. Hvordan har du opplevd å være innlagt og ta mot behandling ved Modum Bad?
2. Hvordan opplevde du prosessen med å avslutte oppholdet?
    a. Hvem; terapeut eller pasientbestemt?
    b. Tidspunkt. Når begynte du å tenke på det? Når i behandlingsforløpet droppet i ut?
    c. Avslutningsprosessen
3. Hva tenker du selv har bidratt til at du avsluttet oppholdet før planlagt tid?
4. Hva tenker du i dag om at du avsluttet terapien før planlagt?
5. Har tankene dine om å bli frisk endret seg etter oppholdet ditt på Modum?
    a. Før/etter.
    b. *Motivasjon, håp? *Behandlinsresistent?

6. Er det noe som du til sist har lyst å tilføye som du ennå ikke fått sagt?
7. Hvordan har det vært å snakke om dette?

Stikkord til intervjuer

- Har du noen tanker om behandlingen som du deltatt i?
    - CBT eller CFT? Og hvordan har du opplevd denne typen tilnærming?
    - Nytte? Utfordringer? Forstod rasjonale
- Er det noen aspekter av behandlingen som du tenker har vært skuffende, negative eller hindrende for deg i din prosess mot å bli frisk fra din spiseforstyrrelse?
- Er der noe som du syns burde ha vært del av behandlingen som mangler som kunne hjulpet deg videre? Hvordan kunne dette ha hjulpet?
    - Tilretteleggelse?
- Hvordan vil du beskrive din relasjon til terapeutene?
- Trivdes du på Modum Bad?
    - *Sosialt *Omgivelser, *Trygghet
    - Rammer? Behandlingskontrakten? (Måltider, vektoppgang, måltider, aktiviteter)

Intervjuer takker pasienten for deltakelse, og avslutter intervjuet. Gi beskjed om at de kan kontakte oss i etterkant av intervjuet hvis de har noen uavklarte spørsmål i forhold til intervjuet.

Vedlegg 3: Brevet til deltagerne

Hei.

Vi er to studenter ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Vi går på siste året på profesjonsstudiet i Psykologi. Vi er nå i gang med vårt hovedoppgaveprosjekt, som handler om hvordan pasienter ved Avdeling for Spiseforstyrrelser ved Modum Bad opplever den behandlingen de har fått, samt hvordan de opplever avslutningen av behandlingen.

Formålet med studiet er å samle kunnskap og økt forståelse for de faktorer som er assosiert med prematur avslutning fra behandling, og vi tenker at den viktigste kunnskapen kommer fra brukerne selv. På sikt så kan prosjektet hjelpe oss å forbedre behandlingstilbudet for personer som strever med spiseforstyrrelser. Hvis du takker ja til å delta i undersøkelsen så vil du bli intervjuet av en av oss, på et sted som vi avtaler sammen. Intervjuet vil vare å ca en time. Vi vil stille noen spørsmål, men aller mest så ønsker vi at intervjuet skal være som en gjensidig samtale der du skal få berette ganske fritt om din opplevelse av behandlingen og avslutningen ved Modum Bad.

Vi håper på at vi får mulighet til å snakke med deg!

Ta gjerne kontakt hvis det er noe du lurer på, enten på telefon eller mail.

Med vennlig hilsen

Mari Sandnes

Tlf: 45391771

Mail: sanma_os@hotmail.com

Eline Fahret Born

Tlf: 92236145

Mail: elinef.born@hotmail.com

Vedlegg 4: Samtykkeskjema og informasjonsskriv

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

"Opplevelsen av behandling og avslutning av behandling ved avdeling for spiseforstyrrelser, Modum Bad"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å utforske opplevelsern av behandling og avslutning av behandlingen som blir tilbudt ved Avdeling for spiseforstyrrelser, Modum Bad. Prosjektets formål er å få økt kunnskap om faktorer som er assosiert med prematur avslutning fra behandling. Vi tenker at prosjektet på sikt kan hjelpe oss å forbedre behandlingstilbudet for personer som strever med spiseforstyrrelser. Prosjektet er en hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med Modum Bad.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Hvis du samtykker til deltakelse i prosjektet innebærer det at du sier ja til å bli intervjuet om din opplevelse av oppholdet på Modum Bad, samt dine tanker rundt å avslutte behandlingen. Et slikt bidrag vil gi oss viktig kunnskap som kan brukes til å forbedre behandlingstilbudet. Du kan velge å trekke deg fra prosjektet når som helst uten at det på noen som helst måte vil påvirke en eventuell nåværende eller framtidig behandling. Tidspunkt for intervjuet vil bestemmes etter avtale. Vi kontakter deg pr telefon to uker etter utsendt brev. Du har da mulighet til å ta stilling til om du ønsker å delta i prosjektet. Et intervju vil ta cirka 60 minutter og blir avholdt på hjemstedet ditt eller et annet sted som passer deg. Alle intervjuene vil bli tatt opp som lydopptak, som siden blir anonymisert og lagret i tråd med gjeldende forskrifter. Informasjon fra de skjemaer som

du fylte ut ved oppholdet på Modum Bad vil bli brukt.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å delta i prosjektet er du med og bidra til ny kunnskap om hva som er god behandling for pasienter med spiseforstyrrelser. Du får også mulighet til å reflektere rundt din opplevelse i et intervju, noe som kan oppleves som nyttig.

Det å berøre et tema som handler om egen sykdom og terapeutisk prosess kan for noen vekke vonde følelser og reaksjoner. Dersom slike reaksjoner oppstår vil den som gjennomgår intervjuet sammen med deg sørge for at du blir ivaretatt både i intervjusituasjonen, og av lokalt behandlingsapparat, hvis nødvendig og ønskelig.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Din beslutning om hvorvidt du ønsker å delta eller ikke, vil ikke på noen måte påvirke din behandling eller muligheter for fremtidig behandling ved Modum Bad.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektmedarbeider Mari Sandnes på telefon 45391771 eller på mail sanma_os@hotmail.com.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil.

Alle involverte i prosjektet har taushetsplikt, og opplysningene som innhentes vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuene vil bli tatt opp på et lydbånd som senere transkriberes til en tekstfil for videre analyse.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Siden alle opplysninger blir anonymisert, vil det ikke være mulig å identifisere deg som person i resultatene av studien når disse brukes i hovedoppgaven og eventuelt tidsskriftartikler. Anonymitet gjelder også i forhold til personalet på Modum Bad. Det vil si at personalet ikke vil få informasjon om hvem som har sagt hva.

Prosjektmedarbeider har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert, og slettet senest 10 år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nr 2014/836) .

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet