

Spiseforstyrrelser – hvordan arbeide med familien?

Sammendrag

Å arbeide med familier og spiseforstyrrelser vil si å arbeide med familiens ressurser og eventuelle begrensninger, finne ut hvordan familien mestrer utfordringene rundt spiseforstyrrelser og hvordan den kan greie å fungere optimalt. Dette gjelder for alle pasientene, enten de er voksne eller barn.

Familieintervensjoner ved spiseforstyrrelser består av rådgivning, familiearbeid og familierterapi. Familiearbeid vil si kartlegging av omfang og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen, initiert og oppfølging av kostholdsopplegg, av fysisk aktivitet etc. Familierterapi retter seg mot familien som system, ikke mot det enkelte individ eller mot direkte symptomatisk atferd. Den faglige oppgaven, tiltakene og målsettingen dreier seg om samspillet i familien, om relasjoner og kommunikasjonsmønstre.

Forskning viser dokumentert effekt av familierterapi, spesielt for pasienter under 18 år med anorexia nervosa og som har et sykdomsforløp av under tre års varighet. Indikasjoner for overgang fra familiearbeid til familierterapi er at det foreligger relativt fastlåste og konfliktfylte relasjoner enten foreldrene imellom eller mellom barn og foreldre, at det er en forsinket eller forstyrret psykologisk utvikling hos barnet eller at søsken/andre familiemedlemmer anses å ha en betydning for bedringsprosessen.

Familieintervensjoner er hovedsakelig forankret innenfor systemisk familierterapi. I familierterapi ved spiseforstyrrelser står motivasjonsterapeutiske tilnærminger sentralt. Det samme gjør bruk av kognitive og psykoedukative metoder, formidling av kunnskap og opplæring i hvordan man kan forholde seg til spiseforstyrrelser i familien.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessenkonflikter: Ingen

Kari-Brith Thune-Larsen

thka@uus.no
Ullevål universitetssykehus
Psykiatrisk divisjon
Regional avdeling for spiseforstyrrelser
0407 Oslo

Karianne Vrabel

Modum Bads Nervesanatorium
3370 Vikersund

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere, beslektede tilstander med ulik alvorlighetsgrad. Artikkelen omhandler hovedsakelig anoreksi og bulimi sett i henhold til diagnosesystemet ICD-10 (1). Diagnostiske kriterier beregnet på barn er imidlertid lite sensitive for spesifikke faktorer som kjenner tegner spiseforstyrrelser hos barn. Ved diagnostisering hos barn bør man rette oppmerksomheten mot følelser som irritabilitet, sinne og generelle humørforandringer og mot atferdsmønstre som sære matvaner, atferd etter måltidet for å skjule oppkast, sosial tilbaketrekning og selvdestruktiv atferd.

Både barn, ungdom og voksne blir omtalt. Pasienter under 18 år blir betegnet som barn.

Familieintervensjoner

Familieintervensjoner består av rådgivning, familiearbeid og familierterapi (tab 1). I Helsetilsynets retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, er familiearbeid regnet som nødvendig for pasienter under 18 år (2). Videre anbefales familierterapi spesielt for pasienter under 18 år. Forskning viser dokumentert effekt. For pasienter med anoreksi, som er under 18 år og med en sykdomsvarighet under tre år, er familierterapi bedre enn individualterapi med hensyn til vektøkning, symptombedring, funksjonelle familierelasjoner samt seksuell og sosial tilpasning (3, 4). I klinisk praksis kombineres noen ganger familierterapi og individualterapi. Familierterapi ved bulimi er lite studert, men klinisk erfaring og kasusstudier indikerer at en slik tilnærming kan være nyttig.

Første del av intervensjonsprosessen er vanligvis rådgivning. Foreldre og pasient gis en mulighet for forståelse av sykdommen, deres egen rolle i helingsprosessen og får klare råd om praktiske tiltak – en kognitiv tilnærming. Informasjonen må alltid tilpasses barnets kognitive og sosiale utvikling.

Prosessen går over i familiearbeid, en mer aktiv samarbeidsfase mellom lege/annet

helsepersonell og familien. Denne består av kartlegging av omfang og alvorlighetsgrad, initiert og oppfølging av kostholdsopplegg og annet rundt fysisk aktivitet, skole etc. Familiens verdier, normer og rutiner samt deres tidligere forsøk på å hjelpe barnet må respekteres.

Hvis dette arbeidet ikke fører til forventet bedring, må det videreføres som familierterapi. Ramme 1 viser en oversikt over indikasjoner på når det bør skiftes over til familierterapi. Kostholdsopplegg bør som oftest opprettholdes. Denne overgangen gjør det nødvendig med et tverrfaglig samarbeid, et samarbeid mellom ulike profesjoner, mellom kolleger, mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten eller mellom etater. Samarbeidet kan utformes som en drøftingssak, en sak for veiledning eller som en henvisningssak.

I familiearbeid spiller rekkefølgen av intervensjoner en rolle for et vellykket resultat. Etter rådgivningsfasen bestemmer behandler nødvendig vektøkning og progresjon, samt sikrer at foreldrene som barnets ressurspersoner tar medansvar for denne. Det innebærer et samarbeid mellom foreldrene og barnet om et spesifikt kostopplegg. Når vektøkningen er tilfredsstillende og andre symptomer i tilbakegang, kan foreldrene gradvis gi ansvaret tilbake til barnet. Behandler må støtte foreldrenes rolle som foreldre og hjelpe dem til å samarbeide om behandlingen av barnet. Foreldrene blir dermed nesten å betrakte som behandlerens medhjelper eller forlengede arm (5). Foreldrene må være enig i intervensjonene, og de må være i stand til å utvikle et forpliktende fellesskap seg imellom. Foreldre kan vegre seg for dette. Det kan gi behandlere en ekstra utfordring når foreldrene er skilt, spesielt hvis skilsmisseprosessen er uferdig.

! Hovedbudskap

- Familieintervensjoner består av rådgivning, familiearbeid og familierterapi
- Indikasjoner for familierterapi er konfliktfylte relasjoner, forsinket/forstyrret psykologisk utvikling, andre familiemedlemmers betydning for bedring etc.
- Aktuelle metoder er systemiske familierapeutiske metoder, motivasjonsterapeutiske metoder, kognitive og psykoedukative metoder

Ramme 1**Indikasjoner for familierterapi ved spiseforstyrrelser**

- Det foreligger relativt fastlåste og konfliktfylte relasjoner enten mellom foreldrene eller mellom barn og foreldre
- Det er forsinket eller forstyrret psykologisk utvikling hos barnet
- Søsken/andre familiemedlemmer har betydning for bedringsprosessen

Statens helsetilsyns retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten (2) inneholder en oversikt over familierterapiens struktur, innhold, tematikk og målsetting som vises i ramme 2.

Pasient Ida, 15 år

Helsesøster og familien har reagert på at Ida er blitt veldig tynn de siste månedene. Foreldrene tar henne med til familiens lege med spørsmål om hun er syk, hvor syk, om det er anoreksi. Ida sitter sur og tverr på en stol lengst unna legen, sier ingenting, går motvillig med på veiting og måling. Informasjon og råd om kosthold og helse er totalt uinteressant for henne. Mor og far nikker til det legen sier. Mor noterer i boken sin.

To uker senere ringer mor for ny avtale. Alle tre kommer, foreldrene er meget bekymret. Det blir tatt blodprøver av Ida. Hvor alvorlig er det? Skissert kostholdsopplegg har ikke latt seg gjennomføre. Ida sier at hun ikke har noe problem, er bare litt for tykk, og fortsetter: «Jeg kommer uansett ikke til å spise mer!»

Legen henviser henne til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Der er det lang ventetid. Foreldrene er oppgitte og redde og henvender seg til en privatpraktiserende psykologspesialist som kan ta imot dem. I den første timen sier Ida at hun ikke skjønner meningen med dette, hun har ingen problemer. Til den andre timen kommer hun ikke. Det er aktuelt å arbeide i en periode med foreldrene alene, noe som i en slik sammenheng er familierterapi. Psykologen kontakter legen etter foreldrenes samtykke og blir informert om de somatiske resultatene av hans undersøkelser. Sammen drøfter de situasjonen over telefonen.

Foreldrene får hjelp når det gjelder egne holdninger til Idas spising, til hennes følelsesregulering og til aldersadekvat grensesetting. Psykologens oppgave er i første rekke å gi dem tilbake troen på egen kompetanse i foreldrerollen. Ressursene er mange.

Senere kommer Ida med av ren nysgjerrighet, og familiesamspillet kan synliggjøres. Idas emosjonelt ladete utsagn «Dere er ikke glade i meg, dere vurderer meg bare etter det jeg gjør av lekser og får av karakterer –

ikke etter den jeg er!» fører til en felles undring over relasjoner de før ikke var klar over. Neste skritt er drøftinger av mulige endringer i dette samspillet. Og familierterapien går senere over til individualterapi. Målsettingen er å fremme motivasjon for endring samt gi egostøttende terapi. Foreldrene blir orientert i den grad det er hensiktsmessig i henhold til konfidensialitet når pasienten er under 18 år. Foreldrene deltar ved behov og ut fra en faglig vurdering. I løpet av ett år endrer Idas måltidsrutiner seg og hun får noe vekttoppgang. Samtidig følger en sosial og emosjonell mer tilfredsstillende utvikling.

Voksne pasienter

I arbeidet med voksne starter man oftest rett på individualterapi. Det er ikke gitt at familien skal være med. Hvis pasienten bor hjemme hos egne foreldre eller foresatte eller har kjæreste, samboer, ektefelle eller barn, vil det ved ønske fra pasienten og ut fra en faglig vurdering, være naturlig å ta dem med. Det legges stadig mer vekt på involvering av ikke-profesjonelle, som familie og venner, i arbeidet med spiseforstyrrelser (6). Barna til den voksne pasienten kan være med som en ressurs, men ikke som ansvarlig person eller som terapeutens medhjelper.

Arbeidet med den voksne pasientens familie gir mulighet for å sette symptomene i en interpersonlig kontekst, å fremme familiens egen kompetanse, å øke forståelsen mellom familiemedlemmene, og å dele ansvaret for en bedringsprosess.

Teorier, modeller og metoder for arbeid med familien

Når et par enes om å skape en familie, har begge med seg ressurser og begrensninger fra sin egen oppvekst, og sammen er disse grunnlaget for den nye familien. Hvis påkjenninger som sykdom, enten akutt, tidsavgrenset eller kronisk, rammer denne familien, blir det behandlers utfordring å finne frem til og å øke ressursene for mestring. Slik kan evner, anlegg og psykisk styrke bringes frem og slå tilbake stresspåvirkninger og minimalisere negative virkninger (7). Resiliens er et begrep nær opp til ressurser, og betyr «elastisk», «det å være i stand til å ta seg inn igjen». Resiliens/resilient betyr

hva familien *er*, ressurser er hva familien *har*, mestring er hva familien *gjør*.

Peter Steinglass og kolleger har utarbeidet en modell for familier med et medlem som er alkoholiker og for familier med et medlem som har ulike typer sykdommer, som diabetes, eller har funksjonshemninger (8). Denne modellen kan også anvendes ved spiseforstyrrelser. Familien går gjennom en trinnvis reorganisering som svar på de utfordringene sykdommen gir. Sykdommen tar en sentral plass. Den endrer de daglige rutiner, beslutningsprosesser og regulerende atferd inntil den blir *det sentrale organiserende prinsipp*. Familiens liv dreier seg mer og mer om sykdommen. Hvordan familien mestrer disse utfordringene, avhenger av dens resiliens og dens ressurser.

Transaksjonsmodellen og systemiske familieteorier

Daglige rutiner blir ofte forstyrret og oppløst pga. pasientens atferdsforandringer. Pasienten blir lett midtpunktet for oppmerksomheten, ofte på bekostning av søsken.

Barnet virker på familien, familiens svar virker igjen tilbake på barnets videre utvikling, som igjen virker tilbake på foreldrene. Tenkningen om transaksjon er forankret i organisasjonsteorier, først beskrevet av Eric Berne (9), videre utdypet innenfor utviklingspsykologien, innenfor et systemteoretisk perspektiv, og videre til begrepene intersubjektivitet, samspill og selvopplevelse (10).

Metodiske tilnærminger innenfor denne teoretiske rammen vil være å bevege seg mellom den lineære og den sirkulære forståelsen. Vi starter i den lineære: Er det biologiske eller medisinske forhold, en skade eller en utviklingsforstyrrelse, som ligger til grunn? Er det en medfødt sårbarhet for påvirkninger utenfra? Derfra går vi over i den sirkulære forståelsen, om hvordan spiseforstyrrelsen kan forstås innenfor et system.

Relasjonene i familien er bakteppet for systemisk familieforståelse og teoriutvikling. Det er språket og dets meningsinnhold, sammen med kroppslige uttrykk som tydeliggjør samspillet i familien. Behandlers forståelse og tolking av dette gir grunnlaget for videre arbeid. Ulike retninger innenfor den systemiske familierterapien gir oss nyttige redskaper for intervensjoner (11).

Tabell 1 Familieintervensjoner ved spiseforstyrrelser

	Familierådgivning	Familiearbeid	Familierterapi
Faglig oppgave	Gi mulighet for økt kognitiv forståelse	Skape muligheter for at familien skal kunne følge avtalte opplegg	Skape muligheter for arbeid med samspill
Tiltak	Gi informasjon og råd	Vurdere alvorlighetsgrad, initiere og følge opp praktiske intervensjoner	Kartlegging av relasjoner og kommunikasjon med påfølgende intervensjoner
Mål	Bedre kunnskap om og forståelse av spiseforstyrrelsen	Bedre forståelse av hvordan ulike opplegg kan følges opp	Endring av samspill

Ramme 2**Familieterapiens struktur, innhold og målsetting**

- Familieterapi retter seg mot familien som system, ikke mot det enkelte individ eller mot direkte symptomatisk atferd
- Terapeutens rolle er nøytral eller aktiv avhengig av de ulike teoretiske forståelsesmodellene
- Prosedyrer for utredning bygger hovedsakelig på observasjoner av familiens kommunikasjon og relasjoner her og nå, og i noen tilfeller også på strukturerte/semistrukturerte prosedyrer som anamnese, intervjuer, genogram, familiekart, skulpturering, samt praktiske oppgaver
- Tematikk kan være familiestruktur, familieprosesser, relasjoner, kommunikasjon (åpen/skjult), tregenerasjonsperspektiv, enkeltindividenes vekst og modning innen familien, tilknytning-løsløse, nærhet-avstand, individue-ring, innbyrdes forventninger, normer, regler, «spill» i familien
- Tidsperspektivet retter seg i stor grad mot nåtid og fremtid
- Tidsrammen kan være korttidsrettet, 8–12 sesjoner, eller mer langsiktig
- Målsettinger er endring av dysfunksjonelle atferds- og kommunikasjonsmønstre knyttet til problemet, konfliktløsning på familienivå, hjelp til familien/pasienten for å kunne finne sine egne ressurser for videre god fungering, at familiemedlemmene kan gi hverandre adekvat støtte videre i en helingsprosess

Familier som har medlemmer med spiseforstyrrelser har vært beskrevet ut fra spesielle kjennetegn. Minutchin og medarbeidere beskrev det de kalte «den anorektiske familien», karakterisert ved konfliktunngåelse, overinvolvering, rigiditet og sammenmelting av grenser (12). Senere forskning har ikke kunnet bekrefte dette, selv om antydninger til visse mønstre er funnet. Hovedtilnærmingene i familieterapi ved spiseforstyrrelser er grundig beskrevet av Astri Johnsen (13), og kan benyttes også i familiearbeid.

Det er innenfor familiens samspill at terapeutiske temaer introduseres, forstås, drøftes, skaper affekter, fører til ny og annerledes forståelse, til en redefinerende av problemet mot en eventuell løsning. Enhver familie består imidlertid av enkeltindivider, og disse må ikke forkastes på systemtenkningen alter.

Motivasjonsarbeid og motivasjonsterapi

I møtet med en spiseforstyrret kan man som behandler oppleve at pasienten selv i liten eller ingen grad opplever at han/hun har et problem, mens andre bekymrer seg på pasientens vegne. Flere studier viser at konfrontering fører til økt motstand (14). Motivasjon for forandring er altså ikke en «ting» eller et trekk som finnes eller oppstår i den syke, men noe som blir skapt i den interpersonlige dialogen. Dette sentrale prinsipp førte til utviklingen av motivasjonsintervjuing (15), senere til en motivasjonsterapeutisk tilnærming med prinsipper fra motivasjonspsykologi og atferdsteori. Denne er basert på en stadiemodell omkring endring (16). Fem stadier av endring er blitt definert: føroverveise (precontemplation), overveise (contemplation), forberedelse/beslutning (preparation/determination), handling (action) og vedlikehold (maintenance).

Mange – spesielt unge – med spiseforstyrrelser befinner seg på nivået av føroverveise ved den første kontakten med behandlingsapparatet. De mener selv i liten grad at de har et problem. Informasjon er relevant fremfor praktiske råd om forandring.

Ved stadiet av overveise har pasienten en opplevelse av at noe er galt, er villig til å se nærmere etter, men har ikke lyst til å handle aktivt for å få til forandring. Det er nyttig å peke på ambivalensen omkring forandring, og hjelpe dem til å få fatt i spiseforstyrrelsens positive og negative sider.

Neste stadium er forberedelse/beslutning hvor mange ønsker å forandre seg, men vet ikke hvordan. En pasient i stadiet av handling har bestemt seg og utfører aktive handlinger for å endre spiseforstyrret atferd. I tilfriskningen kan det svinge, med mindre eller større tilbakefall. Da er det hensiktsmessig å arbeide med vedlikehold, å bidra med forståelse av at alt ikke er tapt om det går noe dårligere en periode (17).

En slik modell av forandring er ingen enkel lineær progresjon slik som beskrevet ovenfor. Den enkelte kan bevege seg frem og tilbake mellom stadier av motivasjon og besluttsomhet.

Den motivasjonelle tilnærmingen har utviklet seg fra å være individualterapeutisk orientert til også å bli en viktig tilnærming i møtet med hele familien (6). Familiemedlemmer er oftest de første som oppdager symptomer på spiseforstyrrelser og ønsker forandring. Dette kan stå i sterk kontrast til virkelighetsoppfatningen hos den som er syk. Familiemedlemmene oppmuntres og læres til å lytte, reflektere og oppsummere istedenfor å komme med egne løsninger.

Psykoedukative metoder og behandling

Nære familiemedlemmer er ofte fortvilet og opplever vanskeligheter i sine roller. Dette kan gjøre dem mindre effektive som hjelpere og de kan være med på å opprettholde spiseforstyrrelsen. (6). Det er viktig at familie-

medlemmer får undervisning og kunnskap. Psykoedukative metoder henspiller på det pedagogiske element, der formidling av kunnskap og opplæring står sentralt.

Metoden har sin viktigste opprinnelse i forskningen omkring begrepet «expressed emotions», et begrep som er beholdt i forskning og klinikk uten oversettelse til norsk. Begrepet er utviklet innenfor schizofreniforskningen (18), og refererer til kvaliteten av kommunikasjonsholdninger som pårørende eksponerer overfor pasienten. Dersom kritikk, fiendtlighet eller emosjonell overinvolvering blir uttrykt i familien, bidrar dette til opprettholdelse av symptomer og til tilbakefall etter utskrivning fra sykehuset. Varme og positive bemerkninger sikrer bedring og beskytter mot tilbakefall (19).

Det er ikke gitt at disse resultatene gjelder for spiseforstyrrelser, men studier tyder på det, og dette er referert i en metaanalyse fra 1998 (20).

Sentrale undervisningstemaer i forbindelse med spiseforstyrrelser er symptomer, symptomenes mening/funksjon, mulige årsaksfaktorer, mestringsmåter og kommunikasjon/samhandling. Undervisningen kan foregå med eller uten pasienten, med familien alene eller med flere familier samtidig. I den senere tid er det blitt vist relativt stor interesse for undervisning i grupper med flere familier samlet, såkalte flerfamiliegrupper (21).

Kognitiv tilnærming

Den kognitive tilnærmingen bygger på den forutsetning at et individ trenger å bearbeide informasjon på en adekvat måte for å overleve. Kognitive begreper som blir brukt er automatiske tanker, feilfortolkninger, skjemaer og leveregler.

Negative automatiske tanker er ufrivillige tanker og visuelle bilder som strømmer inn i vår bevissthet på veldig kort tid. De verbale tankene har ofte et kort, men spesifikt innhold (for eksempel «jeg er dum»). Vi er ikke vant til å sentrere oppmerksomheten om dem. Dette gjør at vi aksepterer dem som sanne og de har en direkte innvirkning på vår fysiologiske aktivering, våre følelser og atferd.

Feilfortolkninger beskriver ulike måter et individ kan misopfatte eller forvreng informasjon på. I tabell 2 vises eksempler på slik feilfortolkninger hos spiseforstyrrede pasienter.

Kognitive skjemaer, også kalt leveregler, fungerer som filter som vi opplever verden gjennom. Innholdet har en direkte innvirkning på personens persepsjon, tenkning og hukommelse, og vil i tillegg påvirke våre følelser og handlinger. Slike skjemaer etableres først og fremst i barndommen som et resultat av de erfaringer man gjør seg. Når en negativ leveregel aktiveres, vil negative automatiske tanker strømme inn i bevisstheten, og personen vil begynne å feilfortolke situasjoner.

Behandling blir rettet mot identifisering,

kartlegging, bearbeiding og endring av de sentrale negative automatiske tankene, feilfortolkningene og levereglene som skaper problemer for pasienten, og videre hvordan tanker, følelser, handlinger og samhandling henger sammen (22). Familien kan her være viktig for forandring.

Pasient Trine, 27 år

Trine har levd med spiseproblemer i 13 år. I de siste sju årene har disse gitt seg utslag i en alvorlig bulimi. Hun går på jobb hver dag, fra kl 9–16. Resten av døgnet og helgene bruker hun til overspising med påfølgende oppkast, omtrent 3–10 ganger i døgnet. Dette går utover parforholdet. Det er samboeren som har sørget for å få henne til legen.

I legetimene er Trine søt og blid, prater villig i vei, tilsynelatende åpen, men noe kaotisk. Legen skjønner raskt at det handler om å være tydelig og engasjert for å oppnå et samarbeid med henne. Det skjer likevel ingen endringer i Trines situasjon, og de blir enig om henvisning til voksenpsykiatrisk poliklinikk. Der får hun individualsamtaler med en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming. Først kartlegges symptomene ved hjelp av et registreringsskjema som Trine skal fylle ut daglig. All mat og drikke hun inntar skal registreres, tidspunkt for dette og situasjoner hvor overspising og oppkast forekommer. Alternativt atferd fremfor overspising og oppkast utforskes slik at Trine skal få en opplevelse av kontroll og egen mestring i sitt matkaos.

Samboeren til Trine blir trukket inn helt i starten av terapien. Dette er viktig fordi begge deler oppfatningen av at Trine bare må ta seg sammen. I denne fasen av terapien blir det psykoedukative elementet viktig, å undervise begge om symptomer og hvordan negative automatiske tanker opprettholder symptomene.

Etter hvert utvides Trines terapi fra vekt og mat til fokus på symptomenes personlige og funksjonelle mening. Trine antok at ved å opprettholde symptomene, ville hun være sikret en tilknytning til samboeren. Hun var redd han ville forlate henne. Så lenge hun var syk, visste hun han ville støtte henne. Gjennom terapien kunne de i fellesskap bearbeide og endre denne feilfortolkningen.

Slik veksler Trines terapi mellom individualsamtaler og parsamtaler hvor tema i

Tabell 2 Vanlige feilfortolkninger blant spiseforstyrrede pasienter

Feilfortolkning	Eksempel
Overgeneralisering: Man generaliserer fra én hendelse til alle hendelser	– Når jeg tidligere spiste karbohydrater, var jeg tykk. Derfor må jeg unngå å spise det nå så jeg ikke blir tykk igjen
Svart-hvitt-tenkning: Begivenheter kan bare være riktige eller gale, gode eller dårlige	– Hvis jeg ikke har full kontroll, vil jeg miste all kontroll – Hvis jeg legger på meg én kilo, vil jeg fortsette å legge på meg mange kilo
Selvhenføring: Egosentriske tolkninger	– Jeg blir flau når andre ser meg spise – To mennesker lo da jeg gikk forbi dem, de kan sikkert se at jeg har lagt på meg tre kilo
Følelsesmessig resonnering: Man avgjør hva som er riktig eller galt ut fra hva man føler	– Jeg føler meg tykk. Derfor er jeg det

begge kontekster er identifisering og endring av negative automatiske tanker, feilfortolkninger og leveregler.

Etter ett år med denne terapien utviklet både Trine og hennes samboer en større forståelse for hennes tilstand, og hun fikk avkreftet at han kun ville støtte henne når hun var syk. Han viste stort engasjement i hennes tilfriskningsprosess, noe som i seg selv virket reduserende på hennes overspisings- og oppkastfrekvens. Hennes hverdag ble mindre og mindre styrt av spiseproblemer.

Litteratur

1. Statens helsetilsyn. ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
2. Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utretningsserie 7–2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. <http://www.helsetilsynet.no/trykksak/fik-2714/fik-2714.pdf> (21.10.2003).
3. Russel GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 1047–56.
4. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler GI, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1025–30.
5. Lask B, Bryant-Waugh R. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. Hove, East Sussex: Psychology Press, 2000.
6. Treasure J, Gavan K, Todd G, Schmidt U. Changing the environment in eating disorders: working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11: 25–37.
7. Karpel M. Family resources: the hidden partner in family therapy. New York: Guildford 1986
8. Steinglass P. Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems & Health* 1998; 16: 55–70.

9. Berne E. Games people play. The psychology of human relationship. Middlesex: Penguin Books, 1964.
10. Johnsen A, Sundet R, Torsteinsson V, red. Samspill og selvpålevelse. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
11. Skårderud F. Nervøse spiseforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget, 1994: 251–64.
12. Minutchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
13. Johnsen A, red. Vendepunkter: om familierterapi ved spiseforstyrrelser. Oslo: Tano, 1995.
14. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 455–61.
15. Millner A, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford Press, 1991.
16. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical model of change. I: Norcross C, Goldfried MR, red. Handbook of psychotherapy integrations. New York: Basic Books, 1992: 300–34.
17. Treasure J, Ward A. A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 1997; 5: 102–14.
18. Brown GW, Monck M, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med* 1962; 16: 55–68.
19. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972; 121: 241–58.
20. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 547–52.
21. Eisler I, le Grange D, Asen E. Family interventions. I: Treasure J, Schmidt U, van Furth E, red. Handbook of eating disorders. West Sussex: John Wiley, 2003.
22. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. I: Fairburn CG, Wilson GT. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1993.