



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 402

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7560

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 102

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

"Ser du meg nå?"

Det terapeutiske møtet med spiseforstyrrelser i sykepleie

"Do you see me now?"

The therapeutic meeting with eating disorders in nursing

Tone Brubakken

Sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24/5-2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

As nursing students, we have learned a lot about general mental disorders, but have we learned enough about eating disorders? During the course of study, there has been lack of focus on eating disorders, and I fear that newly qualified nurses step into their professional lives with too little knowledge on this specific patient group. I myself have had eating disorders and in relation to treatment, I have experienced both good and bad treatment outcomes based on different approach methods. As a nurse student, I have been questioning the type of therapeutic approach that is best for patients with eating disorders, and to what extent the relationship between the nurse and the patient is important for a successful course of treatment. I have a desire to elucidate how increased knowledge about eating disorders and the approach to the patient group has an impact on the treatment outcome, and how important the therapeutic relationship between the nurse and patient is for the quality of the treatment. My own experiences are linked to nursing theory and other relevant literature to emphasize what I want to elucidate. Hopefully, my experiences could provide examples of which treatment approaches can be perceived as good or destructive for patients.

Innholdsfortegnelse

Starten på begynnelsen.....	1
Kan vi forstå spiseforstyrrelser?.....	2
Den farlige slankingen	4
Møtet med den spiseforstyrrede	6
Helsesøsteren	7
Da maten ble trøsten.....	10
Psykologen.....	11
Holdning og relasjon	13
Sykepleie som mellommenneskelig prosess	14
Kunsten å kommunisere	17
Veien til friskmelding	19
Avsluttende tanker.....	20
Referanseliste	21

Starten på begynnelsen

I 16 års alderen ble jeg stadig mer bevisst på eget utseende – hovedsakelig kroppen min. I speilet så jeg en kvinnekropp i stadig utvikling og den tidligere slanke tenåringskroppen tok sakte men sikkert farvel. Hofter og pupper vokste i rekordfart, og resultatet var strekkmerker. Jeg begynte å sammenligne meg selv med venninner og oppsøkte bilder på sosiale medier av slanke kvinnekropper. Overgangen fra ungdomsskolen til videregående var vanskelig. Jeg kjente på presset om å være populær, synlig og ønsket. I mitt hode var en slank og ettertraktet kropp den eneste logiske løsningen på dette. Det var da jeg bestemte meg for at kroppene på bildene ikke var uoppnåelige kroppsideal og at jeg skulle gjøre alt i min makt for å bli like tynn, om ikke tynnere. Jeg spiste så kalorifattig og lite som overhodet mulig, trente og kastet opp når muligheten tillot det. Familie, venner og lærere begynte etter hvert å uttrykke sin bekymring for meg. Det merkeligste av alt var at det følte godt å bli sett. At folk var bekymret og snakket om meg følte som en enorm mestringsfølelse. Oppmerksomheten rundt min vektnedgang følte som en personlig seier. Det var et samtaleemne på skolen – og samtaleemne var meg.

Min spiseforstyrrelse tok alle mine tenåringsår. I starten oppsøkte jeg ikke hjelp, da jeg var livredd for at noen skulle ødelegge for meg. Etter en god stund gikk jeg med på, etter oppfordring fra familie og venner, å oppsøke hjelp mot mitt ønske. I senere tid har jeg oppsøkt hjelp på eget initiativ i form av flere forskjellige behandlingstilnærminger. Jeg har erfart både gode og dårlige behandlingsrelasjoner og behandlingsutfall. Nå som jeg er frisk har jeg stilt meg undrende til hvilken type terapeutisk tilnærming som er den beste for pasienter med spiseforstyrrelser, og i hvilken grad relasjonen mellom behandler og pasient har betydning for behandlingsforløpet.

Mitt fokus er rettet mot helsepersonells terapeutiske tilnærming til spiseforstyrrede pasienter, med vekt på sykepleiernes rolle. I løpet av mine snart tre år på sykepleieutdanningen har vi fått veldig lite undervisning om spiseforstyrrelser. Vi har kun fått tilbud om to undervisningstimer fra ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser), og disse timene var heller ikke obligatoriske. Temaet bør ta mye større plass i auditoriene i dagens sykepleierutdanning. Jeg frykter at nyutdannede sykepleiere møter sitt yrkesliv med manglende kunnskap og erfaring med denne spesifikke pasientgruppen. Jeg tenker at som sykepleier vil en møte på

pasienter med spiseforstyrrelser uavhengig av arbeidsplass. De siste ti-år har det blitt et mye større fokus og åpenhet rundt det å ha en psykisk lidelse, og dette medfører at stadig flere pasienter med spiseforstyrrelser tidligere oppsøker hjelp i helsevesenet enn før (Mater, 1994). Det er med andre ord viktig at spesielt sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om lidelsen for å bli gode støttespillere og behandlere, og ikke minst arbeide forebyggende.

Jeg har et ønske om å belyse hvordan økt kunnskap om spiseforstyrrelser og tilnærming til pasientgruppen har innvirkning på behandlingsresultatet, og hvor viktig den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient er for kvaliteten av behandlingen. I dagboken min har jeg notert ned tanker og følelser, beskrevet stemninger og mine egne refleksjoner gjennom sykdomsforløpet. Det er kanskje nettopp denne dagboken som har modnet ideen om å skrive dette essayet. Mine egne erfaringer knyttes dette opp mot sykepleieteoretisk- og annet relevant litteratur for å vektlegge det jeg ønsker å belyse. Jeg fokuserer hovedsakelig på spiseforstyrrelsene kategorisert «anorexia nervosa» og «overspisingslidelse». Forhåpentlig vil mine erfaringer kunne gi eksempler på hvilke behandlingstilnærminger som kan oppleves som gode eller ødeleggende, og jeg håper dette kan være belysende og informativt enten du er sykepleierstudent, sykepleier eller annet helsepersonell.

Kan vi forstå spiseforstyrrelser?

Spiseforstyrrelser er ikke uforståelige, men kan være vanskelig å forstå. De er forvirrende for både pasienten selv, pårørende og flere behandlere. Den destruktive adferden rammer ikke bare personen selv, men også de nærmeste, og lar seg vanskelig forstås av uopplyst helsepersonell. Kan vi forstå oss på mekanismene som skjuler seg bak en spiseforstyrrelse? Som helsepersonell må vi gi det et forsøk og sammen løfte frem personen bak symptomene (Skårderud, 2013, s. 8-9).

Ifølge Klepp & Aarø (2017) er spiseforstyrrelser «et samlebegrep for en gruppe psykiske lidelser der sentrale kjennetegn er en ekstrem opptatthet av vekt og kropp, forstyrret spiseadferd og forstyrret kroppsoppfatning» (s. 129-130). De har et like vanskelig forhold til tanker og følelser som mat og kropp. Fokuseringen på kropp og vekt vil gjerne styre mye av personens liv, og konsekvensene kan gå utøver personens hverdagsliv, sosiale relasjoner og generelle livskvalitet. Vi snakker vanligvis om tre forskjellige hovedformer for

spiseforstyrrelser; anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse. Dette er tre forskjellige former for spiseforstyrrelser, men mange beveger seg mellom de forskjellige diagnosegruppene. Enkelte vil kanskje starte ned anoreksi-symptomer, for så senere å bli mer bulimiske og etter noen år ende opp med overspising (Skårderud, 2013, s. 11-13).

Spiseforstyrrelser er som nevnt en gruppe psykiske lidelser hvor personene rammet har ett betydelig forstyrret forhold til vekt og kropp, men hva skiller de ulike hovedtypene fra hverandre? Spiseforstyrrelsen «anorexia nervosa» rammer hovedsakelig tenåringsjenter og unge kvinner, men også rundt ett av ti tilfeller er menn. Mennesker med denne psykiske forstyrrelsen oppnår lav kroppsvekt ved å unngå kaloririk og fetende mat i kombinasjon med fasting og fysisk aktivitet (Fairburn, 2013, s. 32). Anorexia nervosa er en svært alvorlig tilstand som kan være vanskelig å jobbe seg ut av, men med behandling har personen bedre sjanser for å bli frisk. Prognosen er best om personen søker hjelp tidlig, og forskning viser også at det er langt mer sannsynlig at personen blir frisk dersom en oppsøker kompetent hjelp (Helsebiblioteket, 2015).

Spiseforstyrrelsen bulimia nervosa rammer hovedsakelig også unge kvinner, mens antall menn antas å ligge på under én av ti. Personer med bulimia nervosa har turbulente spisevaner med episoder av overspising. Utenom overspisingsepisodene har den bulimiske, i likhet med anorektikeren, ekstreme forsøk på å begrense matinntaket. I kjølvannet av overspising fremkaller mange brekninger for å kvitte seg med maten de har spist, mens andre bruker avføringsmidler, vandrivende midler og slankepiller i kombinasjon med intens trening. Bulimi går sjelden over av seg selv, og innen folk oppsøker hjelp har de fleste hatt spiseadferden opptil fem til ti år eller mer. I tråd med bulimikeren opplever folk med overspisingslidelse hyppige overspisingsepisoder, men i motsetning til bulimikere driver ikke overspisere med ekstreme former for vektkontroll. I tillegg rammes flere av overspisingslidelse enn av anoreksi og bulimi. Kjønnfordelingen er også mer balansert med rundt en tredel menn, og aldersaspektet er bredere, fra tenåringer til godt voksne (Fairburn, 2014, s. 31-34).

Uavhengig av form for spiseforstyrrelse bruker personen mat og kropp som en slags forsvarsmekanisme for å håndtere følelser og livsproblemer. Den spiseforstyrrede opplever dårlig kontroll over deler av livet og er preget av en lav og svingende selvfølelse. En oversikt

over vekt og mat blir dermed et forsøk på å ta kontroll og mestre noe i livet. Maten og kroppen kan også for enkelte være et tilfluktsted for ubehagelige og forvirrende følelser. Forsøket på selvkontroll kan selv komme ut av kontroll, og adferden som opprinnelig var løsningen på problemet omsider blir problemet. Ambivalens, motstridende- og blandete følelser er sentrale trekk i spiseforstyrrelsene, og beskrives av mange som sitt «indre kaos» (Skårderud, 2013, s. 8).

Spiseforstyrrelser rammer mennesker i alle aldre, men de mest utsatte er som nevnt jenter i tenårene og unge kvinner. Hvorfor er kvinner mer utsatt og hvilke utløsende årsaker kan forårsake utviklingen av en spiseforstyrrelse? Røer (2009) påstår at «den typiske tenåring med spiseforstyrrelser vi møter i dag, har oftest startet med en spisevegring enten som slankekur, sorgreaksjon eller sultestreik. Ofte har de hatt en ulykkelig periode forut for spisevegringen, knyttet til hendelser i ungdomsmiljø med utestengning, mobbing eller fallende sosial status, gjerne samtidig med en ulykkelig periode i hjemmet med brudd, sykdom eller andre belastninger» (s. 25). Skårderud (2013, s. 15) påstår derimot at det «å presse kroppen ned i vekt kan være et desperat forsøk på å "bli sett"».

Pubertetens forandringer på kroppen er for mange også en ubehagelig forandring som er vanskelig å akseptere, og den endrede kroppsformen fører ofte til at mange jenter oppfatter seg selv som større enn de virkeligheten er (Mater, 1994, s. 43). Klepp & Aarø (2017, s. 135) hevder at «stereotypien «skjønnhet er best» er akseptert i mange miljøer, spesielt blant ungdommer». Det er ikke utenkelig at denne stereotypien påvirker spesielt jenter til å være mer opptatt av vekt og utseende. De tenker gjerne at dette er viktig for å bli godtatt i sitt sosiale miljø og for å bedømmes som attraktive. «Det er sannsynlig at jenter som tar til seg de sosiokulturelle budskapene både fra mediene og fra jevnaldrende, vil være i risikozonen for å utvikle en spiseforstyrrelse» (Klepp & Aarø, 2017, s. 135).

Den farlige slanking

Ekstrem vektnedgang gjør anoreksi lett å oppdage, men er lav vekt eneste symptom? Hvordan kan sykepleieren vite om personen møter kriteriene for anoreksi eller om hun/han har en naturlig lav kroppsvekt? I følge Fairburn (2014, s. 32) må to hovedkriterier for anorexia nervosa møtes for at en sikker diagnose skal kunne stilles. Personen må først og fremst være

svært undervektig, og det må være som resultat av egeninnsats. Grensen for hva det vil si å være betydelig undervektig er mye omdiskutert og varierer noe, men det er vanlig å anslå en kroppsmasseindeks (BMI) på under 17,5, 18,0 eller 18,5. I kombinasjon med lav kroppsvekt må personen også overvurdere betydningen av egen kroppsfigur og vekt for at kravene for anoreksi skal kunne innfris.

Ifølge Bergström, Gillberg & Gillberg (1995) er anorexia nervosa, som alle andre psykiatriske diagnoser, en syndromdiagnose. Dette innebærer at man setter navn på en bestemt type kombinasjon av symptomer. Ved anoreksi er de mest fremtredende symptomene et ekstremt redusert matinntak, ofte kombinert med trening i overdreven sammenheng for å forbrenne kalorier. Flere kvitter seg med maten ved selvfremkalt oppkast og enkelte bruker avføringsmidler for å få minske ernæringsopptaket. Ønsket om vektreduksjon er overdrevent og dempes ikke av økende magerhet (s. 11). «De fleste begynner å sulte for å gå ned i vekt, men mange opplever etter hvert at de ikke klarer å spise; fanget av selve situasjonen spiser de stadig mindre. De mister kontrollen. De kan skje en forvrenging av kroppsbildet» (Skårderud, 2013, s. 14). Anorektiske pasienter bekymrer seg ikke nødvendigvis for undervekt, men er livredde for å legge på seg og bli feit. Personen har ikke et realistisk syn på hvor tynn en er, men kan derimot være overbevist om at en er tykk og stor. Det er derfor ikke uvanlig å si at anorektiske har en vektfobi, en sykkelig frykt for fedme, og slankingen har innflytelse av den nådeløse jakten på den perfekte kropp (Fairburn, 2014, s. 32).

Undervekt er som nevnt det mest fremtredende symptomet hos anorektiske pasienter, men er vi klar over komplikasjonene av langvarig underernæring? Fairburn (2014, s. 54) hevder at «alle med en BMI på 18,5 eller lavere er undervektige i medisinsk forstand og kan oppleve uheldige fysiske, psykiske og sosiale effekter. Faren for uheldige effekter øker betydelig med en kroppsmasseindeks på under 17,5». Undervekt og underernæring har mange negative fysiske effekter på kroppens organer, og over tid vil disse effektene skape behandlingstrengende tilstander for personen. Hjernen vår trenger energi (kalorier) for å fungere best mulig. Kognitive og psykiske plager er derfor vanlige konsekvenser ved underernæring. Det å spise lite har også innvirkning på hjertet og blodomløp. Blodtrykket og pulsen reduseres, og det er økt risiko for alvorlig uregelmessig hjerterytm. Underspisingen påvirker hormonfunksjonen og mange kvinner blir infertile (ufruktbare). Beinbygningen svekkes og resultatet er økt risiko for beinskjørhet og beinbrudd. Noen opplever at det

begynner å vokse dunete hår på kroppen, og hårtap fra hodebunnen er vanlig. Den største endringen er lavere kroppstemperatur, og noen fryser hele tiden. I tillegg har nesten alle kvinner med anorexia nervosa mistet menstruasjon, og dette skyldes at menstruasjonssyklusen forutsetter et minstemål av kroppsfett (Fairburn, 2014, s. 71-75).

Møtet med den spiseforstyrrede

«For å sette det på spissen: Målet med det første møtet er at det blir et andre møte.»
Skårderud (2013, s. 100)

Dagens helsevesen møter stadig flere spiseforstyrrede pasienter som oppsøker hjelp, og pasientgruppen er kjent for å være vanskelig å behandle. Dette kan blant annet skyldes at behandlingen ofte innebærer forandring i det pasienten opplever som det viktigste for deres kontroll og selvfølelse, nemlig kroppen. Ambivalens til behandling og motstand mot forandring er kanskje et av de vanligste kjennetegnene hos spiseforstyrrede og gjør motivasjon til behandling utfordrende. Som behandler må en derfor fokusere på motivasjonen for endring i kombinasjon med etableringen av et tillitsfullt og godt forhold mellom sykepleier og pasient (Moen, 2019). Spiseforstyrrelsens individuelle karakter farger hver enkelt pasient og gjør behandlingen mer individbasert. Spørsmålet blir hvordan dette lar seg gjøre? Hva legger vi vekt på under den første samtalen?

Finn Skårderud er en norsk psykiater, forfatter og professor, og hans arbeid med spiseforstyrrelser har fått internasjonal oppmerksomhet (Skårderud, 2016). I *Sterk/svak håndbok om spiseforstyrrelser* skriver Skårderud (2013, s. 95) om fem grunnleggende behandlingselementer som må være på plass i møte med spiseforstyrrede. Han hevder at etableringen av et trygt nok behandlingsforhold vil resultere i at den spiseforstyrrede kan arbeide seg vekk fra sin skam og selvforakt. Alle mennesker har et behov for å bli sett. En viktig del av behandlingen blir derfor å forsøke å se etter personen bak symptomene. Om vi kun fokuserer på pasientens ytre symptomer, unngår vi å se hele sammenhengen. «Den anoreksibehandling som kun nøyer seg med vektøkning, etterlater kanskje en pasient som har mistet en løsning på sitt problem. Den somatiske helsen er bedret, men personen kan være like spiseforstyrret» (Skårderud, 2013, s. 95). Etter vektøkning kan pasienten føle seg verre og det er en stor risiko for videre utvikling av spiseforstyrrelsen. Skårderud (2013, s. 95) belyser oversettelsesarbeidet fra mat og kropp til følelser og forhold, og å arbeide på en måte som

bidrar til å styrke pasientens egne evner til bedring. Behandlingsarbeidet må i tillegg baseres rundt forståelsen av at spiseforstyrrelsen ikke bare påvirker den rammede, men også pasientens pårørende.

Utfallet av det første møtet mellom sykepleier og spiseforstyrret pasient er avgjørende for videre samarbeid og behandling. Skårderud (2013, s. 100) nevner ulike fokusområder som bør finne sted under det første møtet med den spiseforstyrrede pasienten. Å vise empati og gi positive bekreftelser nevnes som viktige elementer, sammen med det å sette realistiske mål til neste møte. Videre er det å vise sin kunnskap ovenfor pasienten en viktig del av det innledende arbeidet. «Kunnskap og erfaring er trygghetsskapende. En trygg relasjon handler også om å la en slik kunnskap balansere med en åpen og ikke-bedrevitende spørrende tone. Det finnes en stor individuell variasjon av hvordan pasienter forholder seg til sine lidelser, og behandleren vet ikke særlig mye før pasienten har blitt invitert til å gi sin versjon» (Skårderud, 2013, s. 100).

Helsesøsteren

Jeg har lyst til å fortelle om mitt første møte med behandling. Tre bank på døren til helsesøsteren på videregående. Etter omtrent 6-7 måneder med intens vektnedgang gikk jeg med på, etter oppfordring fra venner og familie, å oppsøke helsesøster. Første gang jeg banket på døren er jeg sikker på at hun visste at jeg skulle komme. Venner hadde allerede vært i prat med henne, og etter bekymringssamtale med læreren min er jeg sikker på at jeg var et samtaleemne på lærerværelset. I tillegg hadde fastlegen min ringt og foreldrene mine hadde vært i samtale med henne flere uker tidligere.

Tilbake til det første møtet. Vi satte oss ned og begynte å snakke om hvorfor jeg kom på besøk, som hun valgte å kalle det. Jeg presiserte at jeg kun kom for å gjøre som vennene mine ønsket, og at dette overhodet ikke var min idé. Vi snakket litt generelt om grunnen til alles bekymring for meg, og etter en kort stund fant hun frem brosjyrer med overskriften «anorexia nervosa». Jeg ba henne streke over overskriften med sort tusj og utrolig nok gjorde hun som jeg ba om. Mater (1994, s. 34) hevder at fornektelse av sykdommen er veldig typisk ved anorektiske pasienter. Den forstyrrede oppfatningen av egen kropp kan bli så virkelighetsfjern og den kan samsvare med en form for realitetsbrist. Jeg nektet å få tittelen «anorektisk», for

da visste jeg at det ville få konsekvenser. Alt jeg hadde gjort var kun å gå litt ned i vekt og spise sunnere. Innerst inne visste derimot at det kanskje ikke var normalt å holde på slik jeg gjorde, men jeg var likevel ikke klar for å innrømme det.

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2018) vektlegger behandlerens viktige rolle i møte med psykisk syke personer. De hevder at det «å være interessert, varm, ekte, ærlig og jordnær med pasienten uttrykker en trygghet og holdning av at dette har vi møtt før – at dette lar seg forstå» (s. 129). Dette tenker jeg er en god beskrivelse av helsesøsterens væremåte. Hun hadde en trygg og varm fremtoning, og møtte meg der jeg «var» i spiseforstyrrelsen – i det jeg velger å kalle for en fornektelsesfase. Hun verken kastet spiseforstyrrede titler på meg, eller hadde en streng og belærende fremtoning. Hun unngikk å bruke ord som «anoreksi», «spiseforstyrrelser», og/eller «spisevansker». Det var forfriskende å føle seg sett og hørt, samtidig som hun respekterte mitt ståsted. Jeg følte at hun forstod hvor jeg kom fra, og at hun hadde tidligere erfaring med elever i samme situasjon som meg.

Allerede under vårt første møte spurte hun om å få veie meg. Jeg steg stolt på den utdaterte vekten på gulvet. Etter noe som følte seg som en halv evighet viste 46 kilo seg på skjermen. Helsesøsteren tok seg tid til å regne litt på det, og kom fram til at dette tilsvarte en BMI på 15,5. «Vekten din indikerer at du er veldig undervektig», fortalte hun med en bekymret stemme. Jeg tenkte at det var lite, men samtidig ikke nok. For å bli lykkelig og ordentlig fornøyd måtte jeg veie enda mindre. Skårderud et al. (2018) hevder at «enkelte pasienter har begrenset innsikt i sine problemer og vansker. Det å etablere en felles retning for behandlingen kan være utfordrende når pasienten og helsearbeideren har fullstendig ulik forståelse av årsak, symptom, prognose og behandling» (s. 131). Det kan ikke ha vært en enkel jobb for helsesøsteren å forhandle og realitetsorientere en person som var så fornektende over egen situasjon, men hun viste likevel en tilstedeværelse og tillit som videre kom til å prege vår relasjon.

På dette tidspunktet hadde jeg allerede mistet menstruasjonen, og helsesøsteren forklarte at vektoppgang og økt matinntak var eneste måte å endre dette på. Dette ønsket jeg selvfølgelig ikke, men hun presenterte hva en normalvekt innebærer og hva et normalt matinntak inneholder på tross av min motstand. Jeg skal innrømme at jeg ble redd for at helsesøsteren hadde en skjult agenda om å gjøre meg feit. Dette tror jeg helsesøsteren oppdaget, og hun

endret sin tilnærming. I stedet for å være bestemt på sitt, ble vi begge enige om å forhandle. «Det å forhandle er en spennende del av behandlingsarbeidet», hevder Skårderud (2013, s. 104). Som behandlere må vi være tydelige og markere at det er udiskuterbare forhold, men samtidig være fleksible ved å diskutere veiene til målet. Å gi og ta er ifølge Skårderud (2013, s. 104) gode metoder for å vise vår forståelse for forskjellige behov, slik som selvbestemmelsesrett og avhengighet. Dette mener jeg helsesøsteren lyktes med. Hennes synspunkter og mål skinte gjennom forhandlingssamtalene våre, men det var likevel en gjensidig forståelse av at det var min avgjørelse når og hvordan denne endringen skulle skje.

Helsesøsteren og jeg møttes ukentlig over en lengre periode, og jeg følte etter hvert at hun kun ønsket mitt beste. Kanskje var det utfallet av den gode terapeutiske relasjonen vår som resulterte i min bedring? Hennes arbeid resulterte i en markant vektoppgang, men jobbet hun med det underliggende problemet for utviklingen og opprettholdelsen av spiseforstyrrelsen? I mine øyne fokuserte hun ikke primært på dette. Avtalene hos helsesøsteren i tiden på videregående hjalp meg i riktig retning, men var vektoppgangen eneste løsning på problemet? Som tidligere nevnt vektlegger Skårderud (2013) at «den anoreksibehandling som kun nøyer seg med vektøkning etterlater kanskje en pasient som har mistet en løsning på sitt problem. Den somatiske helsen er bedret, men personen kan være like spiseforstyrret mentalt. Pasienten kan føle seg verre, og risikoen kan være stor for videre utvikling...» (s. 95-96). Jeg hadde kanskje normalisert vekten min, men jeg vil påstå at jeg var mer eller mindre like spiseforstyrret.

I senere tid har jeg lurt på om utfallet av møtene hos helsesøsteren hadde vært annerledes dersom hun fokuserte mer på det underliggende problemet, blant annet det kontinuerlige kontrollbehovet. Skårderud (2013) hevder at de fleste behandlere vil rette oppmerksomheten på symptomene i behandlingen, mens andre med psykoterapi som behandlingstilnærming vil fokusere ytterligere på grunnlagsproblemer for spiseforstyrrelsen (s. 95). Behandlere operer forskjellig her, men hvilket fokusområde er best? Hadde jeg for eksempel blitt raskere friskmeldt dersom hun så spiseforstyrrelsen min i en større sammenheng? Kunne hun gitt mer plass for psykoterapi og samtale sammen med foreldrene mine? Min spiseforstyrrelse berørte like mye min familie som meg, og det var et vanskelig tema hjemme. Kanskje så hun på spiseforstyrrelsen som en forbigående fase? Hadde det vært best å anbefale mine foreldre å oppsøke spesialisthelsetjenesten, til tross for min fornektelse av spiseforstyrrelsen? Og til

slutt, hadde helsesøsteren tilstrekkelig med kompetanse? Min tanke er at kompetanse handler like mye om å vite når man har nok kompetanse, og at dette er viktig betraktninger i møte med spiseforstyrrende mennesker. Helsesøsteren burde fulgt meg mer opp i etterkant av møtene våre. Forholdet til kropp og mat var tross alt like forstyrret, og mangelen på oppfølgings- og vedlikeholdsarbeid resulterte i en kursendring for min psykiske helsetilstand. Kursendringen viste seg å bli en ny måte å håndtere følelser om kropp og utseende, og maten ble en mager trøst.

Da maten ble trøsten

Det å skulle komme seg ut av en spiseforstyrrelse er både vanskelig og tøft. En oppnår gjerne en normalvekt igjen, men som nevnt er ikke vektoppgang eneste løsning på problemet. Det er bare en liten del av et mye større problem. Familie og venner tenker gjerne at dersom personen har gått opp i vekt, er spiseforstyrrelsen også borte og personen «friskmeldt» fra spiseforstyrrelse. For min egen del ble det å skulle spise normalt etter vektoppgang en enorm utfordring. Mat jeg tidligere hadde kategorisert som forbudt begynte jeg sakte men sikkert å våge å spise igjen. Dette resulterte i en såkalt «overtenning», og i perioder spiste jeg mye mer enn nødvendig. Dette fikk ikke bare konsekvenser for vekten, men også for samvittigheten, selvbildet og ikke minst lommeboken. Overspising viste seg til slutt å bli neste kapittel av den trøsten jeg trengte for å komme meg gjennom siste del av spiseforstyrrelsen.

Jeg er bekymret for at flere anorektiske pasienter «slipper unna» eller ikke oppfordres innleggelse på sykehus. Ifølge Skårderud (2013) er det mange som har gått «den triste veien» uten behandling eller uten vellykket behandling. Han hevder at resultatet av en ubehandlet anoreksi kan endre kursen på spiseforstyrrelsen i en annen helt annen retning. I denne kursendringen kan overspising være et desperat forsøk på trøst (s. 45). Overspisingsslidelse eller Binge Eating Disorder (BED) er overspising uten oppkast i etterkant, og overvekt er, ikke overaskende, en vanlig konsekvens av denne type adferd. Overspisingen kan skje i løpet av kort tid, som regel med store mengder fet eller kaloririk mat eller ved hyppig småspising som i sum blir mer enn det kroppen behøver. Mange overspisere går på evige slankekurer, og har strenge fasteperioder mellom overspisingssperiodene i forsøk på å holde vekten nede. Noen kan holde en jevn vekt, mens andre går opp og ned i vekt, opptil 30-40 kg over kanskje bare

noen måneder (Skårderud, 2013, s. 16-17).

For mange er overspising en helt vanlig del av det å være menneske. Overspising kan oppleves som en sprekk i slankekuren eller som litt fråtsing. Andre mennesker opplever at de mister kontrollen med spisingen fullstendig (Fairburn, 2014, s. 16). Dette er et stort problem for svært mange mennesker, men selv om overspising utvilsomt er et vanlig problem hevder Fairburn (2014) at folk flest har relativt lite kunnskaper om fenomenet (s. 16). Under mine overspisingsepisoder fikk jeg en opplevelse av endret bevissthetstilstand, en «ut-av-deg-sjæl» opplevelse om du vil. Overspisingsepisoder beskrives av flere som en transelignende følelse som nærmere oppleves mekanisk. Overspising er også forbundet med skam og hemmelighold. Flere opplever overspising som en skamfull akt og gjør alt de kan for å skjule den for andre. Enkelte spiser normale mengder i samvær med andre, men kommer for eksempel tilbake alene og spiser opp alle restene. Andre vil gjerne ta med seg mat til soverom eller bad for å ikke oppdages (Fairburn, 2014, s. 18).

De negative tankene jeg hadde om meg selv gikk bort under overspisingsepisodene, men de kom sterkere tilbake i etterkant av overspisingen. Fairburn (2014, s. 28) forklarer at de som overspiser ofte har positive følelser i starten, men at dette kun varer en kort stund. Overspising vil for enkelte kjennes som en lettelse og rømning fra de psykiske vanskene. De destruktive tankene som utløste overspisingen vil kanskje avta, men den positive effekten avløses straks av avsky, skam og skyldfølelse. De opprinnelige negative tankene forsterkes gjerne av overspisingens konsekvenser, og vektøkningen kan være så tydelig at enkelte iverksetter ekstreme tiltak som en ny slankekur. Ironisk nok vil disse ekstreme tiltakene utløse enda flere overspisingsepisoder.

Psykologen

Første time hos psykolog viste seg også bli den siste. La meg utdype hvorfor det ble slik. Etter videregående hadde jeg fortsatt spisevansker – hovedsakelig en overspisingsslidelse med strenge fasteperioder mellom slagene. Det var en utrolig slitsom måte å leve på og jeg ble mer og mer deprimert. Foreldrene mine oppdaget mitt merkelige spisemønster og etter mange samtaler ble vi enige om at jeg skulle forsøke å oppsøke en psykolog. Valget falt på en allmenn privatpraktiserende psykolog jeg hadde fått anbefalt av en venninne.

Overspisingslidelse var og er i mine øyne et noe tabubelagt tema, og det å skulle utlevere meg til en psykolog var en skummel tanke.

Timen startet som enhver psykologtime ville gjort. Jeg forklarte min historie med spiseforstyrrelser i korte trekk - jeg hadde jo tross alt kun 60 dyre minutter på meg. Etter presentasjonen min sa psykologen, som var en kvinne, noe jeg syntes var veldig uprofesjonelt. Hun virket forbauset, men samtidig fascinert over mine problemer. «Dette har jeg aldri hørt om før», sa hun med en entusiastisk stemme og fortsatte med «du må avbryte meg om jeg blir for ivrig, for dette er noe av det sykeste jeg har hørt!». Jeg er ingen talsperson for alle med spiseforstyrrelser, men jeg er ganske sikker på at dette er det siste du vil høre når du utleverer spiseproblemene dine til en behandler. Man vil møtes med forståelse og kompetanse hos behandleren, men i det øyeblikket følte jeg meg bare usikker og unormal.

Det ble ikke bedre da jeg fortalte om min betydelige vektoppgang og hvordan dette påvirket livskvaliteten og selvbildet mitt. Psykologen brettet opp genseren så magen hennes viste seg, for å så ta et godt tak i magefettet. «Se her! Alle har litt ekstra på magen og det er helt greit». Min første tanke var; hvordan våger du å sammenligne deg med meg? Det er ikke du som oppsøker psykolog for dine spisevansker og kroppskomplekser? Intensjonen hennes var kanskje god, men det virket kun forstyrrende på den terapeutiske relasjonen vår. Psykologen opplevdes som kunnskapsløs, og hun hadde en arrogant og bedrevitende tilnærming som preget vår terapeutiske relasjon. Skårderud et al. (2018) mener at «en terapeutisk holdning er også preget av at den psykiske helsearbeideren har et bevisst forhold til å ikke melde inn egne private erfaringer og oppfatninger, og eventuelt hvorfor og hvordan man gjør det dersom man gjør det. Dette er kanskje en side ved en terapeutisk holdning som kan virke uforståelig» (s. 129). Sett fra et terapeutisk perspektiv gikk psykologen i denne fallgraven. «Mange vil kjenne en klar impuls i møte med mennesker som strever, om å fortelle om egne erfaringer av psykisk smerte, og kanskje til og med måter det ble håndtert på. Man vil på en måte signalisere at jeg har vært i samme båt, jeg vet noe om hva du går gjennom» (Skårderud et al., 2018, s. 129).

I helsearbeid må det arbeides med å danne en allianse med pasienten, slik at han eller hun er i stand til å samarbeide, og dette er en grunnleggende forutsetning for at behandlingen skal være virksom (Skårderud et al., 2018, s. 127). Det er derimot flere hindringer som kan

utfordre den terapeutiske alliansen mellom behandler og pasient. «Sett fra behandleres ståsted kan pasienten i seg selv utgjøre en utfordring. Altså at objektet for faget vårt, nemlig mennesket, er den største utfordringen for å etablere en arbeidsallianse» (Skårderud et al., 2018, s. 131). Denne arbeidsalliansen er grunnleggende for samarbeid mellom behandler og pasient, men hvem hvilke faktorer spiller inn når den ikke etableres? «Pasienten som fra behandlerens perspektiv motsetter seg behandling, vil ha grunner til dette, som kan innbefatte behandleren som et problem. For eksempel at pasienten opplever behandleren som kunnskapsløs, arrogant, kald, dominerende eller usikker» (Skårderud et al., 2018, s. 131).

Sett fra behandlerens ståsted er det en rekke forhold som kan gjøre det vanskelig å opprettholde en terapeutisk holdning og utvikle en arbeidsallianse med pasienten. Manglende motivasjon hos pasienten kan skyldes dårlige inntrykk fra tidligere behandlingssituasjoner, eller hun/han kan motsette seg behandling på grunnlag av redsel eller frykt for ydmykelse (Skårderud et al., 2018, s. 132). I forkant av psykologtimen var jeg nervøs for å blottlegge følelsene mine, og det var derfor ekstra skuffende å bli møtt slik jeg ble. Grunnen til motsettelse av behandling baserte seg på flere forhold som resulterte i en sviktende arbeidsallianse. Kombinasjonen av psykologens belærende holdning og mangel på kunnskap om spiseforstyrrelser skapte en dårlig opplevelse med behandling. Kontaktetableringen var fraværende og det medførte at jeg mistet tiltro til psykologen som både medmenneske og behandler, og resultatet var et behandlingsmøte uten gjennomslagskraft.

Holdning og relasjon

Som helsepersonell hører vi mye snakk om terapeutiske holdning. Helsepersonell har gjerne en egen oppfatning om hva en terapeutisk holdning innebærer, men hva legger vi i begrepet terapeutisk holdning? Skårderud et al. (2018, s. 129) beskriver at «i behandling av pasienter tilstreber vi et stabilt fundament som skal strekke seg ut over de omskiftelige oppgavene vi utfører. Vi mener den holdningen vi møter pasienten med – en *terapeutisk holdning* – utgjør kjernen i et slikt stabilt fundament for behandlingen». Men hva er så elementene i en slik terapeutisk holdning?

Ifølge Skårderud et al. (2018, s. 129) har «terapeutisk holdning fellestrekk med all medmenneskelighet som har som mål å hjelpe». Dette innebærer å vise respekt, interesse og nysgjerrighet ovenfor personens situasjon og følelser. En skal vise respekt for den hjelpetrengende, være interessert og nysgjerrig på vedkommendes situasjon og opplevelser, og vise varme i form av anerkjennelse og romslighet overfor vedkommendes behov. Den terapeutiske holdning har som ideal å vise en ektefølt holdning til vedkommendes behov og uttrykke omsorg på måter som faller naturlig. Hjelpen vi utøver skal gjøres med en integritet som faller naturlig for hver og en av oss (Skårderud et al., 2018, s. 129). Den terapeutiske holdning hører hjemme i en rekke andre sammenhenger enn i de psykoterapeutiske samtalene. «Psykoterapeutisk holdning bør være en grunnholdning for alle profesjonelle i behandlerposisjon, ikke minst innenfor den somatiske medisinen. Etikken ligger i å være *den som lytter*. Det betyr ikke å være taus, men å være åpen og inviterende», hevder Skårderud (2013, s. 100).

Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk helsearbeid? I følge Vaglum (2006) er det viktig å være bevisst på hvilken relasjonell kompetanse vi selv og pasienten har. Men hvorfor er viktig å være bevisst på dette? Han hevder det er to hovedgrunner til dette. For det første kan enkelte typer relasjoner eller brudd på relasjoner disponere for, utløse eller vedlikeholde psykiatriske lidelser. Den andre hovedgrunnen er at psykiatrisk behandling forutsetter etablering av terapeut/pasient-relasjon. Denne relasjonen skal bære preg av tillitt og samarbeid mellom partene, og pasienten skal føle at terapeuten gjør sitt beste (s. 13). Uansett hva slags psykiatrisk behandling det handler om er det viktig at behandlere har kompetanse i å fremme pasientens evne til trygge relasjoner (Vaglum, 2006, s. 20). «Etableringen av relasjoner som vedvarer over tid, er med andre ord et av de sterkeste virkemidler vi har i psykiatrien» (Vaglum, 2006, s. 13).

Sykepleie som mellommenneskelig prosess

Tilfellet hos psykologen er et forsøk på å beskrive hvordan mangelen på relasjon- og kontaktetablering kan oppstå. Det ga utfordringer for den terapeutiske alliansen, og resultatet var et behandlingsmøte uten gjennomslagskraft. I behandling av spiseforstyrrede pasienter tilstreber vi et arbeidsforhold som baner vei for tillit og behandlingsmotivasjon.

Behandlingskvaliteten forutsetter en slik arbeidsallianse mellom spiseforstyrret pasient og sykepleier, men hvilke elementer må tas i betraktning for at en slik allianse kan etableres? Kan vi finne svaret i sykepleieteoretisk litteratur?

Sett i lys av relasjon- og tillitsetablering mellom pasient og sykepleier er Joyce Travelbees beskrivelse og teorier om sykepleie tankevekkende og merkverdig. Joyce Travelbee forklarer sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter i hennes bok, *Interpersonal Aspects of Nursing*. Boken kom først ut i 1966, men har fortsatt stor innflytelse på norsk sykepleieutdanning. I Travelbees definisjonen om sykepleie tydeliggjøres hennes hovedsyn på profesjonenes hovedmål. Hun hevder at «sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Kirkevold, 2005, s. 113). En forutsetning for å kunne forstå hva sykepleie bør innebære må en ha en grunnleggende forståelse at hva som foregår mellom sykepleier og pasient, og teorien baseres på grunnlag av sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Måten interaksjonen mellom sykepleier og pasient oppleves og konsekvensene dette kan ha for pasientens tilstand er sentrale elementer som omhandler Travelbees teori om sykepleie (Kirkevold, 2005, s. 113).

Kirkevold (2005) hevder at Travelbees teori er farget av en eksistensialistisk karakter, og at dette tydeliggjøres i begrepene hun velger for å fremheve rollen sykepleieren utgjør i samspillet mellom ansvar og karakter. Teoriens mest fremtredende begreper er mennesket som individ, lidelse og mening. I tillegg tydeliggjøres begrepene kommunikasjon og det såkalte menneske-til-menneske-forhold. Travelbees eksistensialistiske filosofi konkretiseres i beskrivelsen av menneske som individ. Hun forsvarer mennesket individuelle karakter som et enestående, uerstattelig individ, som et engangs-eksisterende-vesen. Mennesket er lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve. Vedrørende pasientens opplevelse av sykdom og lidelse er Travelbees sykepleiefaglig visjon krystallklar. Hun hevder at det pasientens holdning og opplevelse av lidelse bør være det viktigste fokusområdet hos sykepleieren. Dette er viktigere å ta hensyn til enn diagnose eller sykepleierens objektive vurdering av pasientens tilstand. Først når sykepleieren inviterer pasienten til å uttrykke sine følelser rundt lidelsen lar den seg forstås og behandles (s. 114-115).

Årsakene til utviklingen av en spiseforstyrrelse er ofte vanskelig for pasienten å forstå. Pasienten trenger ofte hjelp til å finne meningen i slike livserfaringer og dette mener Travelbee er sykepleierens viktigste hensikt. Dette kan kun oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Hun beskriver dette forholdet som en prosess og et verktøy for å kunne utføre pasientens behov for sykepleie. I hovedsak har sykepleieren ansvar for etableringen og opprettholdelsen av dette forholdet, men gjensidighet er også en forutsetning for at det lar seg gjøre. Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt er ifølge Travelbee interaksjonsfasene som må være til stede for at etableringen av menneske-til-menneske-forholdet skal kunne oppfylles (Kirkevold, 2005, s. 116-117).

Det innledende møtet mellom pasient og sykepleier vil bære preg av at de ikke kjenner hverandre, de vil gjerne ha «stereotype» oppfatninger og forventninger til hverandre. Observasjoner, inntrykk og vurderinger vil gi et førsteinntrykk og formening av hvordan de tenker om hverandre. Det er viktig å være klar over hvordan den «stereotype» oppfatningen kan farge pasientens inntrykk og sykepleieren må forsøke å bryte ut av denne kategoriseringen for å kunne se det særegne individet i pasienten. Håndterer sykepleieren dette vil pasientens identitet og personlighet gradvis komme til syne og det er mulighet for å etablere en relasjon. Først da hevder Travelbee hevder at sykepleieren kan få en begynnende forståelse av pasientens oppfatning av sin situasjon, og i tillegg vil pasienten oppfatte sykepleieren som et medmenneske og ikke en rolle. Parallelt med dette er det viktig at sykepleieren anser pasienten som enestående og ulik de tidligere pasientene en har møtt (Kirkevold, 2005, s. 117).

Travelbee beskriver empati som en erfaring mellom to eller flere individer. Det er evnen til å gå inn i, dele og forstå en annen persons psykiske tilstand. Empati er derimot ikke en kontinuerlig prosess, men kan oppstå fra tid til annen. Empati vil forandre interaksjonsmønsteret og forholdet mellom sykepleier og pasient, men det kan ikke skje videre. Sykepleier og pasient må ha like erfaringer for at empati kan skje (Kirkevold, 2005, s. 117). Travelbee sier det slik:

«Mens det er mulig å verdsette og svare på andre personers særegenhet, er det ikke mulig å ha empati med mindre man har en lignende bakgrunn eller situasjon å bygge

på. Fordi empati bare kan operere på bakgrunn av likhet, er det urealistisk å forvente at sykepleiere kan ha empati med alle syke personer». (Travelbee, referert i Kirkevold, 2005, s. 118)

Sympatifasen er ifølge Travelbee et resultat av det empatiske forholdet. Sympati blir beskrevet som en ekte bekymring for pasientens lidelse i kombinasjon med et ønske om å hjelpe. Sykepleieren er med andre ord delaktig i pasientens situasjon. Travelbee skiller begrepene empati og sympati fra hverandre i denne fasen. I motsetning til empati er sympati en holdning, tankegang og følelse som kommuniseres til pasienten. Hun mener sympati er en form for omsorg som viser seg i måten sykepleieren tilnærmer seg pasienten (Kirkevold, 2005, s. 118). «Den siste fasen i menneske-til-menneske-forholdet er en nær, gjensidig forståelse og kontakt mellom de to personene. Dette er resultatet som pasient og sykepleier gradvis har bygd opp gjennom interaksjonene som har skjedd i fasene forut», hevder Travelbee (Kirkevold, 2005, s. 118).

Travelbee beskriver i korte trekk en sykepleieprosess som inneholder å være observant og kartlegge personens sykepleiebehov, bekrefte eller avkrefte pasientens pleiebehov med pasienten, avklare om en kan behandle sykepleiebehovet eller eventuelt henvise til annet helsepersonell, og planlegge hvordan sykepleiebehovene skal ivaretas. I en større sykepleiefaglig sammenheng hevder Travelbee at det viktigste er at sykepleieren har nødvendig kunnskap og innsikt til å identifisere pasientens sykepleiebehov og hjelpe pasienten til en bedret helsetilstand (Kirkevold, 2005, s. 120).

Kunsten å kommunisere

I møte med pasienter er måten vi kommuniserer på en viktig del av arbeidet som sykepleier, og Travelbee hevder at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene som sykepleier. Kommunikasjon blir beskrevet av Travelbee som en gjensidig prosess hvor personene involvert deler tanker og følelser. På hvilken måte kan kommunikasjon nyttiggjøre behandlingsutfallet? Kommunikasjon er ifølge Travelbee en forutsetning for å kunne hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene. Hun hevder at kommunikasjon er en komplisert prosess og den forutsetter ulike evner hos sykepleien som blant annet kunnskap, sensitivitet og en velutviklet sans for «timing» (Kirkevold, 2005, s. 118-119).

«Sykepleierens effektive bruk av kommunikasjon inngår i det Travelbee kaller «terapeutisk bruk av seg selv»» (Kirkevold, 2005, s. 119). Terapeutisk bruk av seg selv er «bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper personens plager» (Kirkevold, 2005, s. 119). Er bevisst bruk av personlighet og kunnskap å melde inn egne private erfaringer og oppfatninger til pasienten slik psykologen gjøre? I følge Travelbee er dette ikke hensikten med terapeutisk bruk av seg selv. «Terapeutisk bruk av seg selv krever, ifølge Travelbee, selvinnsikt, forståelse av dynamikken i mennesker handlinger, engasjement og evne til å tolke egne og andre handlinger og gripe inn på en effektiv måte» (Kirkevold, 2005, s. 120). I tillegg til dette må sykepleieren forholde seg til en disiplinert og intellektuell tilnæringsmåte som kan berike pasienten til å mestre sin situasjon. Med den intellektuelle tilnæringsmåten mener Travelbee at sykepleieren bruker sine fagkunnskaper og faglige innsikt til å kartlegge pasientens sykepleiebehov (Kirkevold, 2005, s. 120).

I behandling av spiseforstyrrelser kan bruk av ulike kommunikasjonsteknikker effektivisere behandlingssamtalene. I samtale kan et lukket spørsmål kan fort besvares med få ord eller med et kortfattet «ja» eller «nei». Bruken av åpne spørsmål krever et lengre svar og gir rom for å utdypinger og undringer hos pasienten. Målet ved bruken av åpne spørsmål er ikke å få noe besvart, men å oppfordre pasienten til selv-refleksjon: «Kan du si noe mer om hvorfor du føler deg slik?». Reflekterende lytting er en å gjenta det pasienten forteller. Dette uttrykker en tilstedeværelse og delaktighet i pasientens gjengivelser som pasienten gjør nytte av. Det kan være nyttig å oppsummere i løpet av samtalen og avslutte med: «Har jeg forstått deg riktig?». Pasienten vil få muligheten til å korrigere sykepleieren dersom de har en forskjellig oppfatning. Støttende ord er kanskje, etter min formening, den viktigste motivasjonsbyggende samtalemåten i behandling av spiseforstyrrelser. «Jeg forstår at dette ikke kan være lett, men jeg tenker at det vil ha godt av å sette ord på det» og «Du er ikke alene om å ha det slik, og dette lar seg behandle». (Skårderud, 2013, s. 111-112).

Veien til friskmelding

Etter et mislykket forsøk hos en allmenn psykolog tenkte jeg det var på sin plass å heller oppsøke en spesialist innenfor fagområdet. Da falt valget på en spiseforstyrrelse klinikk hvor behandleren var en psykiater med spesialisering på spiseforstyrrelser. På dette tidspunktet var jeg fanget i en kontinuerlig mislykket slankekur, livet følte håpløst og jeg var deprimert. For å beskrive det litt filosofisk følte spiseforstyrrelsen som et gammelt tog på ubehagelige og slitne skinner. Spørsmålet var om behandlingen på spiseforstyrrelsesklinikken ville være togets endestasjon. Det å skulle oppsøke en psykiater var en skremmende tanke og jeg hadde en veldig ambivalent holdning til bedring. På den ene siden ville jeg lei alt som var og het spiseforstyrrelser, men på den andre siden var ønske om returbillett til anoreksiens trygge og kontrollerte forhold en dominerende tanke. Redselen var også stor for å oppleve et enda et skuffende behandlingsforsøk, men jeg bestemte meg likevel for å gi det en siste sjanse.

Behandlingen på spiseforstyrrelsesklinikken ble farget av en autoritær, disiplinert og kunnskapsrik behandler. I motsetning til tidligere møter med behandling følte jeg at jeg var i trygge hender. Hun hadde en streng væremåte, men var likevel forståelsesfull og behjelpelig. Jeg følte det var rom for ærlighet og konstruktiv tenkning. Behandlerens sympatiske og kunnskapsrike tilnærming var et frisk pust fra tidligere møter med behandling. Det å bli møtt med forståelse og betryggende ord gjorde meg mer tilbøyelig for behandling og motivasjon. Hun gjorde det klart at spiseforstyrrelsen både kunne forstås og behandles, og jeg var absolutt ikke var alene om å ha det slik. I lang tid hadde jeg lurt på om helsesøsteren gjorde riktig i å arbeide slik hun gjorde. Psykiateren ble forbauset over helsesøsterens manglende fokusarbeid, og det var betryggende å få bekreftet at jeg ikke var alene om denne oppfatningen. Hun hevdet helsesøsteren ikke hadde nok kunnskaper om spiseforstyrrelser og at hun burde henvist meg videre til spesialisthelsetjenesten eller poliklinisk behandling. Vi ble enige om at jeg hadde en ubehandlet anoreksi som utviklet seg til en overspisingslidelse, og at det var dette vi skulle fokusere på videre i behandlingen.

Vi samarbeidet om konkrete og realistiske tiltak mot målet, en tilværelse uten spiseforstyrret adferd, og utfallet av behandlingsmøtene, hjemmelekser og oppstart av antidepressiva resulterte til slutt i en friskmelding. Etter oppstart med antidepressiva ble overspisingsepisodene mindre hyppige. De var ikke borte for godt, men når det først skjedde

var varigheten og mengdene betydelig mindre. Fairburn (2014, s. 99) bekrefter denne nedgangen av overspising ved oppstart av antidepressiva. Alt i alt var behandlingsutfallet på spiseforstyrrelsesklinikken en suksess. Behandleres lyktes med å etablere en terapeutisk relasjon som førte til en levedyktig arbeidsallianse. Resultatet av den kunnskapsrike tilnærmingen førte til en behandlingsmotivert pasient, og til syvende og sist, en avsluttet og vellykket behandling.

Avsluttende tanker

Som sykepleiere har vi et ansvar ovenfor spiseforstyrrede pasienter. Vi har ansvaret om å etablere en trygg og tillitspreget arbeidsallianse som baner vei for en behandlingsmotivert pasient. Vi har ansvaret om etablering av en terapeutisk relasjon med pasienten som avgjør videre motivasjon og behandling. Min erfaring er at kompetanse handler like mye om å vite om en har nok og dette er viktig betraktninger i møte med alle psykiske lidelser. Faglig god sykepleie forutsetter at sykepleieren tilegner seg tilstrekkelig med kunnskap om lidelsen for å kunne bli en god støttespiller og et viktig ledd i behandlingen.

Ved å skrive om egne erfaringer med spiseforstyrrelser og møtene med behandling plasserer jeg naturligvis meg selv i en sårbar posisjon. Jeg utleverer både meg selv og min sykdomshistorie. Likevel har min tanke vært å belyse sykepleieres viktige rolle i møte med spiseforstyrrede pasienter ved hjelp av egne erfaringer. Som Travelbee hevder inngår sykepleierens effektive bruk av kommunikasjon å bruke «terapeutisk bruk av seg selv». Som sykepleierstudent og tidligere spiseforstyrret sitter jeg på både erfaringsbasert kunnskap og en sykepleiefaglig innsikt om temaet. Kanskje har nettopp en personlig og kunnskapsbasert fremgangsmåte vært med på å belyse temaet på best mulig måte? Som jeg nevnte innledningsvis har jeg et ønske og håp om at sykepleierutdanningen fokuserer ytterligere på spiseforstyrrelser, men forhåpentligvis kan også min historie og erfaring tas lærdom av i en sykepleiefaglig sammenheng i møte med spiseforstyrrede pasienter.

Referanseliste

- Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster: Essayskriving for nybegynnere*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Bergström, M. R., Gillberg, C., & Gillberg, C. (1995). *Anorexia nervosa: Bakgrunnsfaktorer, utredning och behandling*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Fairburn, C. G. (2014). *Anorexia nervosa: Overcoming Binge Eating*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsebiblioteket. (2015, 20. Desember). Anoreksi - til deg som sliter. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/anoreksi>
- Kirkevold, M. (2005). Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. I M. Kirkevold, *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (ss. 113-127). Oslo: Gyldendal.
- Klepp, K. I., & Aarø, L. E. (2017). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mater, A. (1994). *Den farlige slanking*. Bergen: Alma Mater Forlag.
- Moen, H. B. (2019, 14. Mars). Spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://sml.snl.no/spiseforstyrrelser>
- Moen, O. M. (2011). *Essayskriving - kort og klart*. Kristiansand: Høyskoleforlaget .
- Rør, A. (2009). *Spiseforstyrrelser: Symptomfortåelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skårderud. (2016, 7. August). Biografi. Hentet fra <https://skarderud.no/bio/>
- Skårderud, F. (2013). *Sterk/svak: Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vaglum, P. (2006). Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? I S.

Opjordsmoen, P. Vaglum, & G-R. B. Thorsen, *Oss imellom: Om relasjonenes betydning for mental helse* (ss. 11-21). Stavanger: Hetervig Forlag.