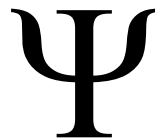




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Valgets kval

*En kvalitativ undersøkelse om hvordan behandlere jobber med ambivalens for å
fasilitere deltakelse i behandling hos mennesker med spiseforstyrrelse*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Charlotte Lindseth, Sara Skiple Sataøen & Yngvild Geiring Wikne.

Høst, 2021

Veiledere

Signe Hjelen Stige & Yngvild Danielsen

Abstract

Eating disorders (ED) are serious and potentially life threatening mental disorders that affect the individual's psychological and physical health negatively. Treatment is complicated by high numbers of drop out, either self-initiated or premature termination initiated by the therapist. Identifying reasons behind the high dropout rates has been challenging. However, researchers have highlighted ambivalence as a potential factor. Ambivalence in ED can be understood in terms of the patient's view of the disorder as egosyntonic meaning the disorder is a part of the patient, and that it carries a positive value for them by for instance low weight or a sense of control. Recovery from ED often requires weight gain and dietary changes, thereby bearing the risk of undermining the subjective value ED gives. Hence, treatment can be experienced as anxiety provoking and threatening.

Dropout has serious negative consequences at the individual, therapist and socio-economic level. Furthermore, little is known regarding how to prevent dropout from specialized ED treatment. Consequently, in this study we have examined how psychologists handle ambivalence to increase treatment engagement.

Semistructured interviews were conducted with 14 psychologists varying in choice of treatment and working context. Through reflexive thematic analysis, three themes were extracted: *Cooperation and relation*, *Expanding the patient's perspective*, and *Empathic Validation*. We discuss our findings in light of treatment context and the theoretical understanding of the impact treatment tools and relation has on recovery. Variations were summarized as "room for ambivalence in treatment". In line with the statement of principles for evidence based psychological practice (EBPP), we suggest a balanced approach where both relation and tools are emphasized as a solution to increase treatment engagement, reducing the gap between the patient's needs and what the treatment offers.

Sammendrag

Spiseforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse med store psykiske og somatiske negative konsekvenser. Mange pasienter med spiseforstyrrelser fullfører imidlertid ikke behandling, enten fordi pasienten selv ønsker å avslutte behandlingen eller fordi behandler initierer avslutning. Årsaken til dette er mangefasettert, men flere studier trekker frem ambivalens som en årsak. Ambivalensen i spiseforstyrrelser kan sees i sammenheng med pasientens forståelse av lidelsen som egosynton der den også har en positiv verdi for dem. Denne forståelsen kan særlig gjøre seg gjeldende i behandlingssammenheng hvor fokuset på vekt og matinntak kan oppleves som å frata individet lidelsens funksjon.

Frafallet fra behandling har imidlertid store negative konsekvenser for både individet, behandler og samfunn samtidig som hva som kan forhindre frafall fra spesialisert behandling for spiseforstyrrelser er noe man vet lite om. I denne studien ønsket vi derfor å undersøke hvordan psykologer jobber med ambivalens for å øke pasientens deltakelse i behandling.

Semistrukturerte kvalitative intervju ble gjennomført med 14 psykologer med ulik kontekst og behandlingstilnærming. Tre hovedtema ble identifisert gjennom refleksiv tematisk analyse: *Samarbeid og relasjon*, *Utvide perspektivet* og *Validere og ville vel*. Vi diskuterer funnene våre i lys av behandlingssammenheng og teoretisk forståelse av måten behandlingssammenheng og relasjon påvirker tilfriskning. Variasjonen i dette sammenfattet vi som “hvilken plass ambivalens får i behandling”. I tråd med prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis foreslås en balansert tilnærming som en løsning for å sikre deltakelse i behandling hvor skillet mellom hva som anses å skape tilfriskning minimeres.

Forord

Vi vil først og fremst uttrykke en stor takknemlighet for våre to veiledere, Signe Hjelen Stige og Yngvild Danielsen for deres engasjement, kloke ord, trygghet og støtte gjennom hele prosessen. Det har vært en svært lærerik og berikende å gjennomføre dette prosjektet. Vi tar med oss kunnskap både om en viktig og sentral problematikk samt lærdom som vi kan ta med oss videre i våre kliniske møter. Vi vil også takke hverandre for et godt samarbeid, støtte og trygghet hvor vi opplever at våre styrker og svakheter har utfyllt hverandre gjennom hele prosessen. Vi avleverer et prosjekt vi er stolt av og noe vi anser som viktig kunnskap for feltet og videre forskning.

“Det er som om det er to deler av deg. En som vil bli frisk og en som tviholder på sykdommen. Uansett hva du velger så velger du feil for den ene delen av deg.”

Lene Marie Fossen, fra filmen “Selvportrett”

(18.08.1986 - 22.10.2019)

Innholdsfortegnelse

Abstract	iii
Sammendrag	iv
Forord	v
Innledning	1
Behandlingstilnæringer.....	2
Ambivalens.....	5
Frafall.....	8
Terapeuten og den terapeutiske relasjon i behandling av spiseforstyrrelse.....	9
Vår forskning.....	11
Metode	12
Prosjektets design.....	14
Rekruttering.....	15
Deltakere.....	15
Datainnsamling.....	16
Transkribering.....	18
Analyseprosessen og refleksivitet.....	18
Etiske betraktninger	24
Resultat	25
Tema 1: Samarbeid og relasjon	26
Tema 2: Utvide perspektivet fra situasjonen her og nå	33
Tema 3: Validere og å ville vel.....	39
Diskusjon	44
Ambivalens sin plass i behandling.....	45
Funnene i lys av evidensbasert psykologisk praksis.....	48

Ambivalens sin plass i behandling og EBPP	49
Balansert tilnærming.....	52
Metodediskusjon.....	55
Implikasjoner.....	59
Implikasjoner for fremtidig forskning.....	59
Oppsummering.....	60
Referanser.....	61
Vedlegg A: intervjuguide.....	75
Vedlegg B: Samtykkeerklæring.....	79
Vedlegg C: Tilbakemelding fra REK Vest	82
Vedlegg D: Rekrutteringsepost.....	84

Innledning

Spiseforstyrrelse (SF) er en samlebetegnelse på flere lidelser som innebærer en overopptatthet av mat, kropp og vekt, hvor tanker, følelser og handlinger relatert til dette forringer livskvaliteten (Helsedirektoratet, 2017). I følge diagnosemanualen ICD-10 (WHO; ICD-10, 1992) deles lidelsen hovedsakelig inn i tre avgrensede kategorier: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) og overspisingslidelse. Vanligvis debutterer SF i puberteten, men det kan også for noen utvikles enda tidligere eller i voksen alder (Helsedirektoratet, 2017). Individuer med en SF har en økt dødelighetsrisiko hvor AN fremstår med høyest risiko (Arcelus, 2011). Dødelighetsraten vurderes generelt for SF til å være på 10-20% (Hoek, 2006). Årsaken til dødsfall er enten grunnet komplikasjoner ved SF eller selvmord (Scarborough, 2018). I tillegg kan SF medføre alvorlige somatiske konsekvenser. Westmoreland, Krantz & Mehler (2016) viser til at langvarig undervekt og gjentakende oppkast blant annet er assosiert med tannplager, kardiovaskulære problemer og beinskjørhet. De fleste av pasientene med overspising sliter med patologisk overvekt og er særlig opptatt av sin kroppsvekt som vurdering av deres verdi (Arne, 2015 s. 306). Dette indikerer at SF er en svært alvorlig lidelse med en stor innvirkning på pasientens psykiske og somatiske helse.

Forskning viser at psykoterapeutisk behandling kan føre til bedring for pasienter med BN, (Vist, Jung, Straumann, Ding, & Reinar, 2016), AN (Hay, Claudina, Touyz & Elbaky, 2015) og overspisingslidelse (Bergman & Livingstone, 2016). Forskningen viser også at behandling har betydelig større effekt sammenlignet med ingen behandling, venteliste eller kostråd alene. De alvorlige somatiske konsekvensene og den høye dødelighetsraten som er assosiert med SF understreker behovet for kunnskap om hva som egentlig fungerer og skaper endring i behandling.

Forskning viser at opptil 50% av pasienter med SF avslutter behandling prematurt (Bell, 2001), noe som er svært uheldig både sett i lys av de potensielle negative

konsekvensene av en ubehandlet SF, og fordi det kan komplisere forskning på effekten av behandling. Det har også vært vanskelig å avdekke årsaken til at pasienter dropper ut av behandling (Mahon, 2000; Bell, 2001), eller hvorfor det ofte kan ta lang tid fra SF debuterer til pasienten søker behandling. Ambivalens har imidlertid blitt fremhevet som en mulig bidragsyter i disse prosessene (DeJong, Broadbent & Schmidt., 2012; Feld, Woodside, Kaplan, Olmsted & Carter, 2001). Ambivalens kan altså se ut til å være involvert når det gjelder ønske om tilfriskning og som forklaring på frafall. Kunnskap om hvordan dette håndteres i terapi anses derfor som viktig for å forebygge de negative konsekvensene og for behandlingens forskningsfelt.

Behandlingstilnæringer

I følge helsedirektoratet (2017) skal behandlingen av SF kombinere atferdstiltak rettet mot reduksjon av symptomer og psykoterapeutisk arbeid rettet mot underliggende og vedlikeholdende faktorer. Hvilken psykoterapeutisk tilnærming som anbefales er avhengig av hvilken type SF pasienten har. For BN er kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) å anbefale (Helsedirektoratet, 2017), mens anbefalingene for AN og overspisingslidelse er mindre klare. Behovet for økt kunnskap om hva som gir best resultat er derfor stort (Götestam, Skårderud, Rosenvinge & Kjelsås, 2004). Det finnes i dag en rekke ulike tilnæringer til SF. De ulike behandlingstilnæringer forstår både bedring og lidelsen ulikt som gir retning for hvordan terapien utøves.

I CBT-E forstås SF som en kognitiv lidelse kjennetegnet av en overevaluering av betydningen form, kropp og vekt har for ens verdi som menneske (Fairburn, 2008, s.12). Overevalueringen tenkes å bli opprettholdt av atferd som redusert matinntak, overspising og oppkast (Fairburn, 2008, s. 20). Behandlingen fokuserer på de opprettholdende mekanismene med særlig fokus på atferdsendring (Fairburn, 2008, s. 27). Behandlingen blir tilpasset pasienten ved å lage en personlig kasusformulering med oversikt over opprettholdende

faktorer, samtidig som det inngår en rekke standardiserte retningslinjer. Det anslås 20 behandlingstimer ved BN og 40 ved AN, med tilpasninger etter pasientens tempo utover dette. Målet er at pasienten skal komme seg gjennom noen definerte stadier hvor de etter ambivalensutforskning forplikter seg til behandling hvor man starter ukentlig veiing, etablering av faste spisevaner i tillegg til å jobbe med tankemønstre og følelser som trigger spiseforstyrret atferd (Fairburn, 2008, s. 24). Dette er tenkt å bidra til at pasientens nye erfaringer skal føre til en endring i overevalueringen av kropp og vekt, slik at de kan oppleve at egen verdi som menneske er basert på andre aspekter enn kun kontroll over mat og vekt (Fairburn, 2008, s. 27).

En annen tilnærming som kan vise til gode resultater i behandling av SF fokuserer på andre aspekt ved lidelsene enn det kognitive. Emosjonsfokuset terapi (EFT) fokuserer i større grad på det affektive. I denne tilnærmingen forstås SF som en konsekvens av svekket affektfungering hvor lidelsen er en måte å regulere affekt på, som ofte resulterer i over- eller underregulering (Dolhanty & Greenberg, 2007). Behandlingen sentrerer rundt å forstå hvorfor lidelsen har utviklet seg og en benytter seg av ulike intervensjoner avhengig av hvilke markører som viser seg gjennom forløpet. Målet er å lære seg å akseptere og regulere følelser, oppnå økt evne til selvmedfølelse samt endre destruktive eller maladaptive følelser til mer adaptive (Dolhanty & Greenberg, 2007).

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) kombinerer både det kognitive og det emosjonelle aspektet. I MBT sees lidelsen i sammenheng med individets evne til mentalisering (Robinson, Skårderud & Sommerfeldt, 2018, s. 35). Mentalisering kan forstås som evnen til å forstå andre og en selv ved hjelp av tanker, følelser, ønsker og behov (Bateman, & Fonagy, 2016, s. 3). Det er en kompleks kognitiv evne som påvirkes av individets utviklingshistorie, spesielt tilknytning. Robinson, Skårderud & Sommerfeldt (2018, s. 35) viser hvordan SF i stor grad kan påvirke evnen til mentalisering da sult påvirker hjernens funksjon og slik kan forsterke

individets allerede eksisterende mentaliseringssvikt. Fokus på ernæring er derfor også sentralt i denne behandlingstilnærmingen. De mest fremtredende formene for mentaliseringssvikt reduserer pasientens evne til å både danne og gjenkjenne egne og andres emosjonelle uttrykk (Robinson, Skårderud & Sommerfeldt, 2019, s. 35). Behandlingen fokuserer på å forsøke å styrke individets evne til mentalisering ved hjelp av psykoedukative grupper, individualterapi og gruppeterapi. Målet er å skape mer fleksibilitet i individets måte å forstå og fortolke seg selv og andre på.

For barn og unge anbefales familiebasert behandling (FBT), og den mest brukte tilnærmingen tar utgangspunkt i “Maudsley modellen” for behandling av AN (Lock & le Grange, 2012) og BN (Le Grange & Eisler, 2009). Målet er å styrke omsorgspersonens kompetanse til å hjelpe barnet med å bli frisk, med spesielt fokus på foreldrenes samarbeid, hvordan de kan håndtere spiseforstyrret atferd og etterhvert støtte ungdommen i å gradvis ta over ansvaret for bedring.

Det finnes altså en rekke behandlingstilnærminger til SF med ulike hovedfokus. Zipfel, Wild, Gros, Friederich & Teufel (2014) sin studie viser til bedring i form av høyere BMI hos samtlige av deltakerne ved sammenligning av effekten av psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi og “optimal TAU” (treatment as usual). Behandlingstilnærming synes slik ikke å være avgjørende for bedring i behandling av SF. Disse funnene er sammenfallende med andre studier som har undersøkt behandlingseffekten ulike tilnærminger har på andre lidelser. Metaanalyser (Wampold et al., 1997; Tolin, 2010) av effekten av bona fide-psykoterapiformer viser at effekten av ulike terapiformer er tilnærmet lik. Bona-fide psykoterapi defineres her som en psykoterapeutisk behandling som er fundert i psykologisk teori, beskrevet i litteratur ved en manual eller lignende og utført av en opplært behandler. Nyere forskning støtter uttalelsen om at ulike former for psykoterapi har tilnærmet likt resultat, og fremhever videre at forskjeller i behandlingsutfall i større grad kan tilskrives

pasientkarakteristika og terapeutiske fellesfaktorer (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Connolly-Gibbons et al., 2016). Effekten i behandling kan altså synes å være avhengig av noe annet enn behandlingstilnærming eller metode.

Det er generelt en bred enighet om at terapeutiske fellesfaktorer har mer å si for behandlingsutfallet enn hvilken type behandlingstilnærming som brukes (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018). Fellesfaktorer som har vist seg å være av betydning er først og fremst den terapeutiske alliansen mellom pasient og behandler sammen med tro og håp om bedring (Hougaard, 1996). En god terapeutisk allianse har videre vist seg å øke sannsynligheten for et vellykket utfall med 8 ganger sammenlignet med en svak allianse (Bentham et al., 2020). En god terapeutisk allianse synes slik å ha en stor effekt på utfallet av behandling.

Hva som vektlegges i behandling og hvordan det utføres synes i møte med pasienter med SF å være særlig viktig med tanke på deres uttalte ambivalens. Pasientens ambivalens kan være grunnet pasientens forståelse av sykdommen som egosynton og slik ofte motstridende sammenlignet med hva behandlingen går ut på (Williams og Reid, 2011). På generelt plan ser det ut til at terapeuter er mer opptatt av symptomreduksjon og atferdsendring, mens pasienter i større grad vektlegger en god terapeutisk relasjon og å arbeide med det bakenforliggende (de la Rie, Noordenbos, Donker & van Furth, 2008). Det synes i denne sammenheng å være vanskelig å vurdere hva som er viktigst for å skape bedring; imøtekomning av pasientens behov med fokus på det bakenforliggende og en god terapeutisk relasjon eller fokus på symptomreduksjon og atferdsendring. Hvordan terapeuten håndterer ambivalens kan således forstås som noe elementært for å sikre pasientens deltakelse i behandling og potensiell tilfriskning eller bedring.

Ambivalens

Ambivalens er som nevnt trukket frem som en årsak til det store frafallet som fremkommer i behandling av SF. I følge Guarda (2008) kan frafall ofte forstås i sammenheng med pasientens egen opplevelse av lidelsen, hvorvidt de har et problem de ønsker å bli kvitt og hvor stort behov de har for hjelp. Gulliksen et al. (2012) påpeker at pasienter med SF ofte opplever at symptomene har positiv verdi og av den grunn er ambivalent i møte med helsevesen og behandling. Den positive verdien kan blant annet handle om kontrollen vektreduksjon kan gi (Westwood & Kendal, 2011). Dette støttes av DeJong, Broadbent & Schmidt (2012) sin systematiske gjennomgang av frafall i behandling av AN hvor det fremkommer høyere frafall i behandling som benytter ren edukasjonstilnærming med råd om kosthold og ernæring. Halse et al. (2005) trekker også frem at lidelsen ofte oppleves som egosynton, altså en del av de. Det å inngå i en behandling som både fratar mestring og en del av individet fremstår slik som utfordrende for denne pasientgruppen. I tråd med dette trekker flere studier frem ambivalens som årsak til frafall (DeJong et al., 2012; Leavey, Vallianatou, Johnson-Sabine & Rae, 2011). Dette fremkommer også i en norsk kvalitativ studie som undersøkte hvorfor frafall forekommer fra brukerperspektivet (Erstad & Dahlsveen, 2021). Det konkluderes her med at behandlere bør være ekstra oppmerksomme på ambivalens da dette var en stor grunn til at det ble vanskelig å takke ja til behandling.

Ambivalens defineres av Barth og Nasholm (2007, s. 90) som to uforenlige impulser knyttet til noe, i denne sammenheng SF. Ambivalensen er gjerne tilstede gjennom hele behandlingsforløpet, og kan bli spesielt tydelig når en skal forplikte seg til behandling eller når en starter med atferdsendringer som å spise eller veie seg (Rance, Moller & Clarke 2015). Ambivalensen antas å endres gjennom forløpet hvor pasienten vil kunne føle seg mer eller mindre klar for endring. Håndteringen av og stadig fokus på pasientens ambivalens kan derfor forstås som særs viktig i denne sammenheng sett i lys av dens påvirkning på behandlingseffekt, bedring og risiko for frafall.

Ambivalens er en sentral tematikk ved flere psykiske lidelser i møte med behandling (Shaffer & Simoneau, 2001; Button, Westra, Hara & Aviram, 2015). Sentraliteten til ambivalens gjenspeiles ved at det er utviklet en egen samtalemetodikk kalt motiverende intervju (MI), som består av ulike intervensjoner hvor en jobber med å forløse ambivalens og øke motivasjon for atferdsendring (Miller og Rollnick, 2004). Endringsforståelsen til MI kan i stor grad sees i sammenheng med Prochaska og Di Clemente (1982) sin *stages of change* (SOC) modell for endring. Stadiene anses som fem distinkte faser gjennom en endringsprosess individet bevege seg mellom. De ulike fasene har tilhørende kjennetegn hvor modellen også foreslår ulike intervensjoner som vil være nyttig i aktuell fase. Det sier altså noe om hva som er nyttig å gjøre ut i fra hvor pasienten er i forløpet, noe som både kan legge til rette for bedre utfall og mindre frafall. Modellen har god støtte i bruk i psykoterapi hvor utfallet synes å være assosiert med hvor klar personen er for endring (Krebs, Norcross, Nicholson & Prochaska, 2018).

Korrelasjonen mellom klarhet for endring og gjennomført endring er forsøkt overført til mennesker med SF, med varierende forskningsresultater (Ackard, Cronemeyer, Richter & Egan, 2015). Som støtte for sammenhengen viser forskning at pasientens klarhet og motivasjon til å endre atferd er den mest nyttige prediksjonen på både kortsiktige og langsiktige behandlingsutfall (Geller, Brown & Srikameswaran, 2011). Individets motivasjon synes her å være viktig å kartlegge i forkant av atferdsendring for å sikre best mulig utfall. På den andre siden fant Ackard et al. (2015) at individets posisjon i SOC hverken predikerte reduksjon av symptomfrekvens og heller ikke bedring i Eating-Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Dette indikerer at pasientens klarhet for endring ikke er noe som avgjør hvorvidt endringen gjennomføres. Dette støttes også av studien til Allen med kollegaer (2011) som sammenlignet bruk av CBT-E alene med CBT-E sammen med motivasjonsfokuset terapi som viste at det ikke fremkom noen forskjell mellom gruppene. De

fleste reduserte spiseforstyrret atferd og bedret sin psykologiske fungering uavhengig av deres motivasjon eller klarhet for endring. Samlet ser vi altså motstridende funn på hvorvidt motivasjon og klarhet for endring predikerer gjennomført behandling når det gjelder SF.

Hvorvidt pasientene bør klargjøres for endring eller om ambivalensen kan være tilstede fremstår altså som noe tvetydig i forskningsfunn. Dette vurderes som noe som bør undersøkes nærmere for å sikre økt deltakelse og mindre frafall.

Frafall

Frafall blir ifølge Carter et al. (2012) ofte forstått som ikke samtykkende behandlingsavslutning ved pasienten eller initiert av behandler grunnet pasientens motvilje til å akseptere behandlingsmål. Til tross for en rekke evidensbaserte behandlingsmetoder for SF er det som nevnt mange som ikke fullfører behandling, med flere studier som rapporterer frafallsrater opp mot 50% (Bandini et al., 2006; Bell, 2001; Clinton, 1996; Eivors, Button, Warner & Turner, 2003; Guarda, 2008; Mahon, 2000; Zeeck, Hartmann, Buchholz & Herzog, 2005). Prosentandelen øker med opptil 73% blant polikliniske pasienter (Fassino, Pierò, Tomba & Abbate-Daga, 2009). Den høye frafallsraten utgjør en stor utfordring i forskning på effekten av behandling av SF da utvalgsstørrelsen blir betydelig mindre og frafall kan gi en skjevhet i analyser (Halmi et al., 2005).

Frafall synes også ha store negative effekter både på individnivå og samfunnsnivå. Wallier et al. (2019) viser for eksempel at frafall øker risiko for tilbakefall og kan forsterke symptomtrykket til den enkelte. Frafall fra behandling kan slik bidra til å forverre lidelsen. En annen negativ konsekvens av frafall er at somatiske komplikasjoner som ledsager en spiseforstyrrelse blir mindre reverserbare med tiden. Dette gjelder blant annet nevrokognitive funksjoner hvor både grått og hvitt materie i hjernen påvirkes (Westmoreland, Krantz & Mehler, 2016). I tillegg kan frafall se ut til å påvirke utgangspunktet for fremtidig behandling. Fassino et al. (2009) viser til at pasienter som dropper ut av behandling risikerer

et dårligere utgangspunkt for bedring fordi lidelsen ofte har blitt mer alvorlig og potensielt kronisk når de blir rehenvist til behandling. Forverringen av lidelsen ved frafall fra behandling senker slik også sannsynligheten for bedring. Frafall kan også svekke pasientens tro på at de klarer å bli frisk grunnet erfaring med et mislykket forsøk. Dette vil igjen kunne påvirke sannsynlighet for bedring ved et nytt forløp (Geller, Williams, Srikameswaraan, 2001). På gruppenivå vil altså frafall kunne føre til dårligere fungering og økt lidelsestrykk, samt dårligere utgangspunkt for deltakelse i behandling hos pasienter med SF. På samfunnsnivå kan frafall også innebære betydelige kostnader. Geller et al. (2001) viser hvordan det kan føre til mer kontakt med helsevesenet både somatisk og psykologisk. Det kan også føre til økt sykefravær og lavere livskvalitet (Weigel, Löwe og Kohlmann, 2019).

Et problem i forskningen på frafall som ofte trekkes frem er at definisjonen av frafall synes å være noe mangelfull blant annet fordi det ofte ikke er klart hvem som tok initiativ til å avslutte behandlingen (Wallier et al., 2019). I tillegg adresseres det sjeldent *når* i forløpet frafallet har skjedd, noe som er viktig da grunnen til frafall ofte er ulik i løpet av et forløp. En mer veldefinert forståelse av frafall synes dermed å være viktig å fokusere på for en bredere forståelse for hvorfor det oppstår og slik kunne skape bedre intervensjoner og forebyggende atferd. Det å arbeide mot å redusere frafall vil bidra til å både øke sannsynligheten for tilfriskning og bedre pasientens livskvalitet, samt ha positive samfunnsøkonomiske konsekvenser. I denne sammenheng synes terapeutens rolle å være særlig viktig med tanke på hvordan pasienter imøtekommes og hva som gjøres i behandling.

Terapeuten og den terapeutiske relasjon i behandling av spiseforstyrrelse

Som nevnt er den terapeutiske allianse blitt trukket frem som en viktig faktor i behandling av psykisk lidelse. Alliansen som dannes i et behandlingsmøte kan forstås i sammenheng med terapeutens evne til å utvikle dette. Safran & Muran (2000) viser til at dette er noe som terapeuter evner i varierende grad spesielt i henhold til oppdagelse og reparering

av alliansebrudd. Terapeutens intervensjoner i møte med dette blir derfor særlig viktig. Hva den terapeutiske allianse har å si i behandling av SF har imidlertid blitt mindre studert sammenlignet med andre kliniske populasjoner (Zaitsoff, Pulmer, Cyr & Aime, 2015). Relasjonen mellom den terapeutiske allianse og utfallet av SF behandling viser til en uklar sammenheng (Graves et al., 2017). Blant annet viser Bourion-Bedes et al. (2013) at pasientens tidlige opplevelse av den terapeutiske alliansen var en god prediktor for å oppnå økt vekt hos pasienter med AN. Zaitsoff et al. (2015) sin systematiske gjennomgang av studier på hva den terapeutiske alliansen har å si i behandling av SF viser en signifikant effekt i møte med AN, effekten er imidlertid mer uklar i møte med BN, overspising og blandede SF. Den uklare sammenhengen mellom den terapeutiske allianse og behandlingseffekt i møte med SF kan imidlertid forklares av blant annet frafall som gjør at en ikke får undersøkt hvilken effekt alliansen kunne hatt på det langsiktige utfallet (Graves et al., 2016).

Dannelsen av en god terapeutisk allianse synes derfor å være ekstra utfordrende i møte med pasienter med SF. Grunnet det somatiske alvorlet lidelsen representerer anses atferdsendring og symptomreduksjon som prekært. Dette, sammen med de tvetydige funnene på alliansens effekt i behandling av SF kan tenkes å gjøre det ekstra utfordrende for terapeuten å imøtekomme pasientens ønsker i behandling (Bell, 2003; Zaitsoff, Pullmer, Menna & Geller, 2016; de la Rie et al., 2008). Terapeutens fokus på symptomreduksjon kan også forstås i lys av en generell tendens klinikere har til å overvurdere pasienters motivasjon (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011). Pasienter rapporterer om at et for snevert syn på vekt og mat oppleves som negativt for tilfriskning og som en av flere forklaringer på frafall (Bell, 2003). Det å imøtekomme pasientens behov sammen med fokus på atferdsendring og symptomreduksjon fremstår dermed som en stor utfordring i møte med denne pasientgruppen.

Det kan virke som at terapeut og pasient danner to litt ulike posisjoner, hvor den ene ønsker fokus på noe som den andre synes bør komme i andre rekke. Det ser med dette ut til at behandlerens og pasientens vurdering av hva behandling bør handle om bygger på ulike premisser, hvor terapeuten ønsker atferdsendring, mens pasienten ønsker en terapeut som har fokus på forståelse og underliggende behov.

Geller et al. (2001) viser at et slikt utgangspunkt kan tenkes å påvirke alliansen mellom pasient og behandler negativt, og potensielt føre til frafall fra behandling, som på sin side har vist seg å skape håpløshet og frustrasjon fra klinikerens side. For å begrense den negative effekten av forskjeller i foretrukne fokus, foreslår de at klinikerens bør innta en nysgjerrig posisjon og være aktiv, og samtidig fokusere på å ansvarliggjøre pasienten. Dette vil også gjøre terapeuten bedre i stand til å oppdage og utforske ambivalens, noe som fremheves av Erstad og Dahlsveen (2021) som en sentral årsak til frafall og som dermed kan være viktig for å forebygge frafall.

Å undersøke hvordan behandlere håndterer et slikt dilemma og deres opplevelse av det, kan bidra til å skape bedre behandlingstilnærminger i møte med pasienter med spiseforstyrrelser. På denne måten kan behandlingen bedre tilrettelegges og slik potensielt redusere sannsynlighet for frafall.

Vår forskning

For å få mer innsikt i hvordan ambivalens forstås, oppleves og arbeides med av behandlere gjennomførte vi et søk i databasen PsycInfo. Vi ønsket å finne kvalitative studier da de ble tenkt å kunne gi rikere informasjon om behandleres forståelse, opplevelse og arbeidsmetodikk sammenliknet med kvantitative studier. Søket tok utgangspunkt i (“eating disorder*” OR “eating-disorder*”) AND (“treatment” OR “therapy”) AND (“qualitative research” OR “qualitative interview” OR “qualitative”) AND (“ambivalence”). Vi satte ingen flere begrensninger på søket. Dette søket ga 9 funn. Vi fant ingen kvalitative studier som

fokuserte på opplevelsene som terapeuter har relatert til arbeidet med ambivalens hos pasienter med SF. Vi fant heller ikke noe om hva terapeuter gjør i behandling for å øke pasientens deltakelse ved ambivalens. Vi fant imidlertid flere kvalitative studier som belyste pasientperspektivet i behandling av SF, hvor det fremheves at pasienter foretrekker en balanse mellom ekspertise og åpenhet, samt å ha evner til å ta hensyn til pasientens behov (de la Rie et al., 2008).

Behandlerperspektivet har altså blitt viet lite oppmerksomhet på forskningsfeltet hittil. Vi mener at det er et viktig perspektiv å få mer kunnskap om av flere grunner. For det første kan dette bidra til å finne ut av hvordan behandlere jobber for å møte pasienten sine behov i behandling. Å få mer innsikt i hva behandlere gjør og sammenligne dette med hva brukere foretrekker kan føre til en økt bevissthet rundt hvorvidt det man gjør faktisk oppleves som nyttig for pasienten. Mer kunnskap på dette området kan også bidra til å gjøre arbeidet i møte med en utfordrende posisjon mer håndgripelig og forståelig for den enkelte terapeut og slik øke kvaliteten på arbeidet.

For det andre kan behandlerens opplevelse av egen tilnærming gi viktig informasjon da den ser ut til å kunne påvirke behandlerens holdninger til pasienten. En negativ opplevelse av behandlingen vil kunne lede til negative holdninger rettet mot pasienten, eksempelvis ved en tolkning av pasientens ambivalens som at pasienten motarbeider behandlingen (Westwood, 2011).

Vi vil derfor undersøke hvordan behandlere jobber for å fasilitere økt deltakelse i behandling hos pasienter med SF gjennom å fokusere på hvordan de jobber med ambivalens og deres opplevelse av det.

Metode

Ønsket om å undersøke hvordan behandlere arbeider med ambivalens hos mennesker med SF ble først vekket gjennom en av studentenes erfaringer fra rådgivning om

spiseforstyrrelser (ROS), hvor det ble tydelig at ambivalens er en sentral tematikk i denne lidelsen. Det fremkom i majoriteten av samtaleene at det både var vanskelig å være i behandling av SF, og samtidig svært vanskelig å leve med SF. Denne vanskelige posisjonen var også svært tydelig fra pårørende som tok kontakt, hvor flere uttrykte stor bekymring for pasientens ambivalente holdning til behandling. I møte med denne problematikken var instruksjonen til rådgiverne på ROS å gi råd om at det er vanlig at innsikt hos denne pasientgruppen tar tid og at det gjerne må bli verre før det kan bli bedre. Det opplevdes noe fattig å trøste med at det beste er å vente på at det blir verre. Nysgjerrigheten rundt hva som faktisk gjøres i behandling for å imøtekomme denne ambivalensen som fremtrer som så vanlig hos pasientgruppen ble derfor vekket. I tillegg er ambivalens et tema som engasjerer oss da det også ser ut til å være aktuelt for en rekke lidelser, spesielt hvor lidelsen også kan forstås som en mestringsstrategi - noe som fra vårt perspektiv inkluderer de fleste psykiske lidelser. Det å undersøke hvordan det jobbes med i behandlingssituasjoner tenkes derfor å ha en stor nytteverdi da prinsippene potensielt kan overføres til andre lidelser hvor ambivalens anses som en sentral del.

Vi begynte å planlegge prosjektet høsten 2020 og kontaktet biveileder Yngvild Danielsen, som har klinisk og forskningsmessig erfaring innen spiseforstyrrelsesfeltet. Vi utførte som nevnt et litteratursøk, som viste at den kvalitative forskningen som forelå i hovedsak tok utgangspunkt i brukerperspektivet og deres opplevelse av ambivalens og det ble tydelig for oss at hvordan behandler arbeider med ambivalens var et udekt forskningsområde. Hovedveileder Signe Hjelen Stige ble så kontaktet grunnet hennes kompetanse knyttet til kvalitativ forskning.

En annen gruppe studenter ønsket også å undersøke tematikk knyttet til behandlere som arbeider med spiseproblematikk. Et samarbeid ble derfor etablert for å kunne gjøre flere intervju og dermed få et rikere datamateriale. Det ble sammen skrevet en prosjektskisse, en

intervjuguide og et samtykkeskjema som ble sendt til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) som godkjente prosjektet februar 2021, REF nr. 23770 (vedlegg D). Det ble også sendt fremleggsvurdering til REK som vurderte prosjektet som ikke søknadspliktig (vedlegg C).

Prosjektets design

Siden vi ønsket å utforske behandleres opplevelse og arbeid med ambivalens valgte vi et kvalitativ design for prosjektet vårt for å på denne måten få innsikt i behandleres arbeid med ambivalens hos mennesker med SF. Kvalitative design som forskningsmetode i psykoterapi anses som et verdifullt tillegg til effektstudier ved at de kan bidra til å bedre forstå prosesser og endringer (Binder, Holgersen & Moltu, 2012). Semistrukturerte intervju ble derfor vurdert som den mest hensiktsmessige metoden for å sikre data om behandleres opplevelser og arbeid med ambivalens. Et slikt intervju søker å både følge og støtte informantens gjenhentingprosess av egne erfaringer sammen med en viss grad av struktur (Binder et al., 2012). Metoden er derfor godt egnet til å gå i dybden på informantens erfaringer hvor det da også kan oppdages nye og uventede fenomener ved tilpasning av intervjuet etter informantens prosess (Galetta, 2013, s. 45). Vi utformet derfor en semistrukturert intervjuguide i samarbeid med den andre studentgruppen (vedlegg A).

I bruk av semistrukturerte intervju innen kvalitative design er forskers egen påvirkning på datainnsamling og analysering et sentralt tema siden det innebærer å bruke seg selv som instrument (Galetta, 2013, s. 75). Refleksivitet forklares av Malterud (2001) som en holdning som innebærer ta hensyn til kontekst for kunnskapskonstruksjon spesielt i henhold til effekten av å bruke seg selv som verktøy gjennom hvert trinn av forskningsprosessen. Dette kan ivaretas best mulig ved stadig refleksjon rundt egen posisjon, erfaringer, holdninger og annet som kan relateres til ønsket forskningsfelt samt å eksplisitt redegjøre for dette (Laverly,

2003). Dette er blitt tematisert gjennom hele prosessen og vil eksplisitt redegjøres for gjennom oppgaven.

Rekruttering

Vi ønsket å intervju opp mot 15 behandlere innenfor ulike tilnærminger til behandling av SF og fra ulike arbeidsplasser. Dette for å skape bredde i datamaterialet for å favne fenomenet fra ulike perspektiv. Behandlere ble til slutt bestemt å kun omfatte psykologer for å få en viss likhet i henhold til utdanning og arbeidserfaring i motsetning til om det også skulle inkludert andre profesjoner. Et annet inklusjonskriterium var naturligvis erfaring med pasientgruppen da vi søkte å forstå levde erfaringer og opplevelser de har gjort seg i møte med pasienters ambivalens.

Våre veiledere satt oss i kontakt med potensielle deltakere som ble rekruttert via mail med en kort beskrivelse av prosjektet (vedlegg D). Det ble sendt forespørsler til psykologer som har erfaring med SF på tvers av alvorlighetsgrad, alder, arbeidsplass samt ulike teoretiske rammeverk. Det ble sendt forespørsler til Regional Seksjon Spiseforstyrrelser (RASP) ved Ullevål sykehus, Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser ved Gaustad sykehus, Avd. for spiseforstyrrelser ved Haukeland Universitetssykehus, Villa Sult i Oslo samt ulike Distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Norge. På noen DPSer er det kun enkelte ansatte som har erfaring med spiseforstyrrelsesbehandling, så for å sikre deltakeres konfidensialitet er de aktuelle DPSer ikke navngitt. Vi begynte rekrutteringen i april 2021 og avsluttet i august 2021 med stadig evaluering om vi burde kontaktet flere eller om utvalget kunne anses som adekvat.

Deltakere

Vi intervjuet til sammen 14 psykologer med varierende erfaringsbakgrunn. Syv deltakere hadde både erfaring fra døgnpost og poliklinikk, seks hadde overveiende poliklinisk

erfaring, mens en hadde erfaring fra døgnpast. Variasjonen utvalget representerer var tenkt til å bidra å skape en bredde i dataen og slik gi et rikt materiale.

Deltakerne arbeidet også på ulike arbeidssteder med ulike rammer, spesielt i henhold til tidsbruk. Dette skilte seg fra en ramme for behandling som varierte fra 20 polikliniske timer til opptil 3 år med behandling. Dette ble vurdert som et viktig kontekstuellt aspekt å ha med seg videre inn i analysearbeidet, da det kan tenkes å ha stor innvirkning på informantens opplevelse og arbeid. Oppbyggingen av arbeidsplassen både med tanke på grad av tverrfaglighet, eksempelvis tilgang på oppfølging av lege eller ernæringsfysiolog var også et viktig kontekstuellt aspekt som vi valgte å inkludere i vår analyse.

I tillegg presenterte informantene ulike teoretiske rammeverk som de baserte sin forståelse og sitt arbeid på. Fem av informantene støttet seg på en ganske ren CBT-E tilnærming, to forsto sitt rammeverk som mer psykodynamisk, tre arbeidet hovedsakelig innen emosjonsfokusert terapi, mens fire deltakere jobbet mer eklektisk og viste til en kombinasjon av blant annet mentaliseringsbasert terapi, dialektisk atferdsterapi og motiverende intervju. Hvilket teoretisk bakteppe informanten hadde forstås også som et viktig aspekt av informantenes kontekst for å bedre forstå deres opplevelser og arbeid.

Deltakernes varierende yrkesbakgrunn, arbeidsplass og teoretiske rammeverk ble ansett som tilstrekkelig for å kunne sikre både bredde og dybde i analysen vår. Alle intervjuer er inkludert i analyseprosessen utenom et pilotintervju da deltaker var lege og slik falt utenfor våre inklusjonskriterier.

Datainnsamling

Etter godkjenning av prosjekt gjennomførte vi et pilotintervju hver for å trene på intervjueteknikk samt teste intervjuguiden. Intervjuene ble gjennomført med et forsøk på å både følge informanten ved å være åpen og nysgjerrig på deres opplevelser samtidig som vi forsøkte å følge strukturen til intervjuguiden. Vi forsøkte å hele tiden ha fokus på egen

refleksivitet med viten om at dataen vi ender opp med ikke kan forstås som objektive sannheter (Lavery, 2003). Vi hadde derfor ekstra fokus på aktiv empatisk lytting som Binder et al. (2012) viser til som viktig for å tilnærme seg andres opplevelser sammen med bevissthet rundt egen refleksivitet gjennom pilotintervjuene. Det kan tenkes at egen erfaring fra klinikk kan ha bidratt til å gi en økt trygghet i rollen som intervjuer og bedre utgangspunkt for å kunne følge andres opplevelser og prosesser. Det var likevel svært nyttig å gjennomføre pilotintervjuer for egen erfaring og tilbakemelding.

Tilbakemeldingen på pilotintervjuene ble gjort sammen med veilederne, med fokus på vår opplevelse i intervjusettingen. Vi fikk også individuelle tilbakemeldinger på intervjueteknikk. Det ble også påpekt viktigheten av å notere ned hvilke inntrykk og refleksjoner vi satt igjen med rett etter intervjuet var gjort. Dette inkluderte både umiddelbare reaksjoner, egne tanker rundt intervjuet, hvordan relasjonen mellom informant og intervjuer hadde vært og hvilken stemning som var underveis i intervjuet. Dette var tenkt å gi en bredere forståelse for kontekst. Vi drøftet også hvordan vår rolle som fremtidige behandlere kan medføre en antakelse om en felles forståelse av velkjente begrep, som kunne føre til at vi lot være å utforske begrepet videre i intervjuet. Dette var derfor presisert allerede i innledningen til intervjuet for å presisere et ønske om utforskning av informantenes egne eksempler i henhold til begrepsbruk, og ble en viktig del av vår refleksive prosess.

Videre evaluerte vi hvordan intervjuguiden hadde fungert og reviderte den i henhold til erfaringene. Vi valgte å begynne intervjuet bredt for å fange behandlerens generelle forståelse for SF og hva som kan være krevende i møte med disse pasientene, før det ble sentrert inn på de to gruppenes ulike forskningsfokus, henholdsvis emosjoner i utvikling av SF og arbeid med ambivalens. Hensikten med en slik oppbygging var å kombinere en bred åpning for informantens opplevelser uten å legge føringer gjennom snevre spørsmål, for

deretter å få mer spesifikke besvarelser for hvert forskningsfokus. For komplett oversikt over spørsmål i intervjuguide, se vedlegg A.

Intervjuene tok mellom 1,5 - 2 timer. Dette opplevde vi som en god ramme for å kunne dvele og utforske ved den kliniske erfaringen informantene delte. Intervjuguiden opplevdes å gi mening for informant og vi fikk rike beskrivelser av deres arbeid. Hver informant ble intervjuet av en av oss, eller fra vår samarbeidsgruppe. 13 intervjuer ble holdt på deltakers arbeidsplass og et ble holdt digitalt over TEAMS i perioden mellom april - september 2021. Informantene signerte samtykkeskjema (vedlegg B) før lydopptaket ble skrudd på. I tillegg ble introduksjonen til intervjuguiden lest opp. Alle intervjuer ble avsluttet med et spørsmål om det var noe de ønsket å tilføye og hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Alle intervjuer ble lagret på UiB sin forskningsserver, SAFE.

Transkribering

Transkribering av intervjuene ble utført i tråd med Mergenthaler & Stinson (1992) sine retningslinjer for transkribering hvor vi søkte å eksakt gjengi det sagte i tekstformat. Transkriberingen inkluderte pauser og reaksjoner som latter og andre gestikuleringer. Ved utydelige setninger ble dette også notert. Alle data ble gjennom denne prosessen avidentifisert. Transkriberingen ble lagret på SAFE og med passordbeskyttelse ved overføring til privat pc. For å fordele arbeid og kjennskap til datamaterialet fordelte vi transkriberingsarbeidet mellom oss slik at hvert intervju ble transkribert enten av intervjuer eller en annen i gruppen, med samarbeid og dialog oss imellom dersom noe i lydfilen var uklart eller vanskelig å tolke

Analyseprosessen og refleksivitet

Vi tok utgangspunkt i refleksiv tematisk analyse beskrevet av Braun & Clarke (2006) for vår analyse av transkripsjonene. Tematisk analyse identifiserer, analyserer og danner

mønstre eller tema fra data (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er ikke bundet til et bestemt teoretisk rammeverk. Dette gir på den ene siden en stor fleksibilitet i møte med data noe som være nyttig for vår oppgave for kunne gi rike og potensielt nye data. På den andre siden viser Braun & Clarke (2020) til et problem da det gjerne fremkommer liten refleksjon og redegjørelse for hvilket teoretisk og filosofisk grunnlag som ligger til grunn for analysen. Braun & Clarke (2019) bruker termene small q og big Q for å skille mellom ulike kvalitative tilnærminger. Small q henviser til bruk av verktøy og teknikker fra kvalitativ tilnærming, mens big Q også inkluderer en transparens rundt filosofisk bakteppe og prosedyrer som både skal reflekteres rundt og redegjøres for eksplisitt. For å videre presisere hvordan dette blir i henhold til tematisk analyse brukes termen refleksiv tematisk analyse for å presisere skillet mellom ulike tilnærminger som alle kan kalles tematisk analyse (Braun & Clarke, 2019). Vi søker å være transparente i henhold til filosofisk bakteppe og prosedyrer sammen med egen refleksivitet gjennom hele prosessen som vil bli redegjort for underveis i oppgaven. Dette tenkes å bidra til at leser kan få mulighet til å vurdere oppgavens pålitelighet og overførbarhet (Morrow, 2005; Stige, Malterud & Midtgarden, 2009).

Vi benytter oss derfor av en refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2019) i analysen av de transkriberte intervjuene. Analysen involverer seks trinn eller faser: 1) gjøre seg kjent med data, 2) generere koder, 3) danne tema, 4) revidere tema, 5) definere og navngi tema, 6) produsere rapporten. Fasene er ment som en tentativ strukturering av prosessen fremfor en mal som følges slavisk. Det oppfordres også til å veksle mellom fasene underveis i prosessen for å forstå materialet bedre sammen med egen refleksivitet (Braun & Clarke, 2006).

Analysens første fase, gjøre seg kjent med data involverer gjentatte lesninger av data på en aktiv måte ved å ta notater underveis og markere ideer for videre koding (Braun & Clarke, 2006). Dette ble gjennomført ved at alle leste samtlige intervjuer og noterte ned tanker

og inntrykk underveis sammen med et helhetlig inntrykk av hvert intervju. Målet var å få et inntrykk av hva som kunne tenkes å være kjernen i hvert intervju. Etter gjennomlesing og notering av inntrykk hadde vi et møte med veiledere hvor alle reflekterte rundt hvilke inntrykk man satt igjen med etter gjennomlesing. Det ble tydelig for oss at vi alle opplevde en preferanse for besvarelser som i større grad vektla tålmodighet og tid fremfor at tidspunktet ikke er riktig eller at behandling må utsettes eller avsluttes. Denne opplevelsen kan sees i sammenheng med ønske om å undersøke aktuelt tema hvor det å måtte vente på at det blir verre opplevdes noe fattig. Vår rolle som fremtidige psykologer sammen med et hjelpebehov og ønske om å kunne gi en god behandling kan også tenkes å ha påvirket hvordan vi opplevde å lese intervjuene. Det ble i dette henseendet stadig presisert av veilederne og oss selv at vi måtte være oppmerksom på og forsøke å forstå hvordan perspektiv som ga mindre mening for oss også kunne gi mening dersom man så det i lys av konteksten rundt informantene. Dette bidro i stor grad til å skape en refleksiv dialog vedrørende våre responser sammen med gjennomgang av dataene. Vi brukte også tid på å danne et mer spesifikt analysefokus. Først ønsket vi to fokusområder: “Hvordan forstår behandlere ambivalens?” og “Hvordan opplever de å arbeide med det?”. Etter å ha analysert med disse to fokusene opplevde vi at mye av datamaterialet ikke ble fanget opp, blant annet konkrete intervensjoner og hvilket rasjonale som lå til grunn. Vi reviderte derfor analysefokus til “Hvordan arbeider behandlere med ambivalens for å øke pasientens deltakelse i behandling?”. Dette fokusområdet opplevdes å i større grad favne dataene våre og det vi ønsket svar på. Fokuset skulle romme hvordan terapeuter jobber for å få pasienter med SF til å velge behandling både i starten og gjennom terapiforløpet. Det var ønskelig å utbrodere hva som ble gjort og hvorfor, og hvordan informantene opplevde arbeidet. Dannelsen av analysefokus ble gjort sammen med veiledere og vår samarbeidsgruppe. Vi brukte mye tid på å sørge for at vårt analysefokus ikke

overlappet med analysefokus til den andre gruppen, samtidig som vi passet på at dataene ble godt fordelt mellom gruppene.

Fase 2 innebærer å generere koder. Koder brukes for å identifisere trekk av dataene som gir mening og er av interesse for ønsket analysefokus (Braun & Clarke, 2006). Koder kan sies å være datanære ved at de skal forsøke å samle segmenter av tekst med likt innhold, samtidig som de ikke skal miste nyansene fra teksten. Det kan videre forstås som et ledd å lette en kognitiv byrde ved å samle data til mindre enheter. Kodingen ble gjennomført ved programvaren NVivo (versjon QSR 12.0.0) som teknisk støtte. Vi benyttet oss av en induktiv tilnærming til tematisk analyse som innebærer en koding av dataen uten et forsøk på å få det til å passe inn i preeksisterende teorier eller rammer (Braun & Clarke, 2006). Braun og Clarke (2020) viser imidlertid til at induktiv betyr at analysen baserer seg på dataen og ikke kan omtales som ren induktiv tilnærming da man ikke operer i et teoretisk vakuum. Den induktive tilnærmingen vil slik alltid være preget av våre preeksisterende forståelser for tematikken og annet som vil prege prosessen (Stige, Malterud & Midtgarden, 2009). Bevisstgjøring rundt egen refleksivitet er derfor også nødvendig i en slik tilnærming. Dette er som nevnt noe vi har arbeidet med gjennom hele prosessen.

Hvordan kodingen skulle foregå ble nøye gjennomgått med veilederne hvor det ble rettet fokus mot abstraksjonsnivå og hvilken navngivelse av koder som kunne tenkes å være mest hensiktsmessig. Det ble presisert en balanse mellom tekstnærhet sammen med at det skal være noe forenkling med et navn som bærer meningen til enhetene. Individuell tilbakemelding på kodingsstil ble gitt etter at alle hadde kodet samme intervju. For å sikre at eventuelle overlapp mellom gruppene kunne forsvares kodet begge grupper to like intervjuer som ble gjennomgått både sammen med veileder og uten. Dette var også for å sikre at alle i gruppen hadde tilnærmet lik forståelse av fokusområde og kodingstil. Intervjuene ble så fordelt innad i gruppen og kodet med ønsket fokus. Underveis noterte vi mønstre som dukket opp i

dataen og andre relevante tanker som oppsto gjennom denne prosessen i et eget dokument. De delene av teksten som handlet om å fasilitere deltakelse til behandling ble delt inn i ulike utdrag avhengig av meningsinnholdet, og gitt en kode som skulle fange innholdet i utdraget. Et eksempel: “så ja, det er jo en jobb i behandlingen for meg som behandler og prøve å hele tiden minne de på hvorfor de gjør dette her, hva er målet på sikt”, som vi valgte å kode som “Løfte blikket”.

Etter å ha gjennomgått alle intervjuer og gitt koder til aktuelle tekstutdrag, gikk vi i gang med den tredje fasen, som er dannelse av tema. Dette vil si å analysere kodene for så å kombinere de til en større gruppe, eller et overordnet tema (Braun & Clarke, 2006). Vi har her benyttet oss av en semantisk tilnærming hvor det er ønskelig å beskrive, oppsummere og forsøke å teoretisere viktigheten av temaene som er etablert. Viktigheten av tema innebærer en forståelse rundt hvorvidt det har en mening eller andre implikasjoner. Et tema skal slik fange noe viktig om dataen i relasjon til forskningsspørsmålet og representere et mønster i respons eller mening (Braun & Clarke, 2006).

Denne fasen ble gjennomført sammen med veilederne og den andre gruppen. Før tematisering av kodingene delte alle sin egen forståelse av tematikken som helhet etterfulgt av innspill og refleksjoner fra den andre gruppen. En overordnet forståelse av helheten sammen med kodene tenkes å legge grunnlaget for temaer som favner begge deler. Egen refleksivitet ble også her stadig bevisstgjort og reflektert rundt, hvor det ble rettet fokus mot å være nysgjerrig og ha en åpen holdning mot perspektiv og tilnærminger som ga mindre mening for oss.

Videre ble dannelsen av temaer gjort i samråd med veileder. Å skape et skille mellom en kode og et tema kan være utfordrende hvor tett veiledning var svært nyttig. Vi startet med å gjennomgå kodene i fellesskap, hvor vi så kodene opp mot tekstutdragene for å dobbeltsjekke at de gjenspeilet meningsinnholdet i teksten. Deretter abstraherte vi kodene til

overordnede kategorier med tilhørende farger, eksempelvis rosa for alle kodene som handler om validering. Etterhvert ble det tydelig at noen av temaene fungerte på et høyere nivå enn andre, det ble derfor skapt ulike nivåer i kodingen også. Prosessen begynte tregt, men ble etterhvert raskere når temaene ble mer tydelig og forståelig. Det ble generert tre hovedtemaer hvor to av de hadde tilhørende aspekt ved seg. Aspektene ble nødvendig for å favne nyansene innad i temaene hvor vi så at lik begrepsbruk tidvis innebar ulike intervensjoner, forståelser eller verktøy.

Det første hovedtemaet ble kalt “utvide perspektivet fra her og nå”. Innunder her ble seks aspekt identifisert: 1) dyrke nysgjerrighet, 2) få pasient og foresatt til å forstå alvoret, 3) få pasient til å skjønne hva som må til, 4) utvide normalitetsbegrepet for å øke aksept, 5) styrke mestringsopplevelser, 6) håp om endringsmuligheter. Det andre hovedtemaet ble kalt “samarbeid og relasjon”. Herunder ble 4 aspekt lagt: 1) forankret fleksibilitet i fokus, 2) gjøre forståelig (psykoedukasjon), 3) one shot, forberede, 4) terapeuten deler sitt perspektiv og opplevelse. Det siste hovedtemaet kalte vi “validere og ville vel”. Dette opplevdes å favne både vår opplevelse av hva helheten var samtidig som det ivaretok nyansene fra kodene våre.

De neste fasene viser til 4) revidering av tema og 5) endelig navngivelse samt 6) skriving av rapport. Disse fasene ble på mange måter gjennomgått samtidig. Først ble de tidligere kodene ryddet inn i de nyetablerte temaene. Det ble også her brukt tid på å dele opp tekstsegment for å sikre rett tilhørighet til overordnet tema. Videre ble temaene skrevet ut i rapporten. Vi delte hovedtemaene mellom oss for å sikre kontinuitet i prosessen med å forstå helheten og delene. Vi var bevisst på å ha et dobbeltfokus både på tekstutdrag sammen med vår nye forståelse i henhold til gitt tema. Arbeidet ble gjennomført i åpne tekstdokument hvor vi kontinuerlig hadde tilgang til hverandres prosess med å skrive ut tema og ga tilbakemeldinger til hverandre.

Disse prosessene bidro til å gi oss ny innsikt og forståelse av både helheten i datamaterialet og gjorde oss oppmerksom på nye detaljer og nyanser i data. Vi brukte disse oppdagelsene til pågående utdypende diskusjoner og refleksjoner mellom oss vedrørende hvordan data kan gi oss svar på problemstillingen vår. Vi har opplevd dette som en svært givende, levende og skapende prosess hvor vi stadig har opplevd at vi har oppdaget nye aspekt underveis. Vi har også fått tett veiledning på innsendt materiale underveis og drøftet både prosess og innsendte utkast med veilederne. Dette har også bidratt til å løfte blikket vårt ved å stadig forklare vår forståelse og motta tilbakemeldinger på denne.

Etiske betraktninger

Stige et al. (2009) viser til at etikk handler om hvordan verdier og moralske prinsipper er integrert i handlinger og refleksjoner i forskningen. Det vises blant annet til hvorvidt forskningen er respektfull overfor deltakerne. Vi intervjuet erfarne psykologer om deres arbeid og deres opplevelser av dette. Dette kan for noen være et sårbart tema. Det ble presisert i starten av intervjuet og i samtykkeerklæringen at deltakelse var frivillig og at muligheten for å trekke seg var tilstede både gjennom intervjuet samt i ettertid gitt at dataen ikke var brukt i analyse. Ingen av deltakerne har ytret ønske om å trekke seg i ettertid. Avslutningsvis ble også alle informanter spurt om hvordan det var å bli intervjuet. Flere ga uttrykk for at det var både et spennende og interessant intervju. Samtlige opplevde de at tematikken, ambivalens, var svært viktig i deres arbeidsfelt og hadde mange erfaringer å fortelle om. Vi opplevde intervjuene som å være levende og at svar ofte kom spontant, noe som kan indikere at deltakerne følte seg trygge på å kunne dele egne arbeidserfaringer og opplevelser.

Da informasjonen vi er ute etter omhandler tredjepersoner, altså informantens pasientforhold, var taushetsplikten også noe vi påpekte innledningsvis. Det ble påpekt at informanten ikke skulle dele gjenkjennbare opplysninger i sine erfaringer. Opptak og lagring

av data samt transkribering var gjennom UiB sin sikre server SAFE da informasjonen som ble delt kunne være taushetsbelagt, og data ble aidentifisert ved transkribering.

Da vi også er kommende behandlere med en forståelse av tematikken som kan stride i mot andres forståelser var vi svært opptatt av å søke etter deres mening uten å prøve å skape retning i intervjuet. Videre ble de delte erfaringene fortolket så datanært som mulig i starten av analyseprosessen for å gjenbruke informantens ordbruk og ikke vår fortolkning, og åpne opp for å utvide vår egen forståelse av fenomenet. Videre i analyseprosessen har vi gått frem og tilbake mellom tema og koding sammen med tekstsegment og informantens kontekst for å sikre at vår forståelse er kan forstås og forsvares.

Vi har også vært svært bevisst på at vår oppgave og analysefokus skal skille seg godt nok fra den andre oppgaven og dens analysefokus. Vi har flere ganger hatt en åpen dialog om hvordan våre oppgaver og analysefokus skiller seg fra hverandre for å bedre tydeliggjøre eget og den andres tyngdepunkt. Dette har vært viktig for å sikre forsvarlig forskningsetikk og redelighet.

Resultat

Gjennom analysering av våre data ble det tydelig at felles for alle behandlere var at de omtalte ambivalens som et kjernetrekk ved SF. De hadde alle en rekke erfaringer med arbeid med ambivalens, sammen med teoretisk bakteppe som de baserte sine tanker og refleksjoner på. Vi så også at måten ambivalens ble håndtert på varierte stort mellom informantene, og at dette var knyttet til opplevelsen deres av å arbeide med ambivalens. Noen opplevde det strevsomt å være terapeut i møte med ambivalens mens andre omtalte det som vitaliserende.

Gjennom vår tematiske analyse konstruerte vi tre hovedtema som beskriver hvordan behandlere jobber for å fasilitere økt deltakelse i behandling hos mennesker med SF. Temaene kalte vi: 1) *Samarbeid og relasjon*, 2) *Utvide perspektivet fra her og nå*, og 3) *Validere og ville vel*. Vi vil trekke inn kontekst i funnpresentasjonen der vi vurderer at dette bidrar til en

bredere forståelse av funnene som presenteres. Vi oppgir også informantens teoretiske tilnærming og behandlingskontekst etter sitater for at innholdet i sitatet kan forstås ut fra informantens kontekst. Setninger fra utdrag er i noen tilfeller utelatt hvor det ikke anses som nødvendig for å fremme ønsket poeng. Dette er markert med (...). Dette er gjort med et forsøkt på å holde på den viktigste informasjonen for betydningen av temaet.

Tema 1: Samarbeid og relasjon

Gjennomgående viste mange av behandlerne til at samarbeid og relasjon var en nøkkelfaktor for å sikre deltakelse i behandling. Generelt viste behandlerne til at samarbeid fasiliterte deltakelse ved at pasienten fikk økt eierskap til prosjektet sammen med styrket ønske og tro på at endring er mulig. I henhold til relasjon ble tryggheten og den terapeutiske allianse fremmet som viktig for økt deltakelse. Relasjon og samarbeid hang tett sammen, hvor et godt samarbeid kunne styrke den terapeutiske alliansen, og motsatt. Viktigheten av samarbeid og relasjon ble av en informant beskrevet som så elementært for behandling at fravær av dette burde lede til behandlerbytte: “Så kan det jo hende at kjemien ikke passer, og det er jeg veldig ærlig på at vi setter 3-5 timer først også ser vi om du og jeg kan samarbeide” (CBT-e, poliklinikk og døgn).

Næranalyse av materialet viste imidlertid at det var betydelige forskjeller mellom informantene når det kom til hvordan og hvorfor de ønsket å etablere samarbeid og relasjon. Disse forskjellene har vi valgt å betegne som ulike aspekt innad i vårt tema ‘forankret fleksibilitet i fokus’, ‘få til en god start’, ‘øke forståelse for behandlingstiltakets nødvendighet’ og ‘dele egne perspektiv og opplevelser’. Analysen viste også at denne variasjonen delvis kunne forstås i sammenheng med konteksten for det kliniske arbeidet.

Et godt samarbeid ble av flere informanter utviklet gjennom å danne en felles enighet om behandlingsfokus og mål, samt en følelse av at man står sammen i prosjektet. Dette ble

fremhevet som viktig for videre deltakelse og tilfriskning. Samarbeidet og relasjon ble også brukt som en måte å skape trygghet på. Dette ble av en informant bevisst tydeliggjort gjennom språket: “Å ofte si “vi”, ikke “du og jeg”, det er en måte å gjøre det på. Det er tryggere å stå sammen enn å være alene.” (Integrativ, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet) Fokuset på samarbeid og relasjon ble fremmet som elementært gjennom hele behandlingsforløpet hvor det stadig ble viktig å monitorere relasjonen for å styrke den og slik sikre videre deltakelse:

Det er jo ofte i sånn type situasjoner hvor det er sånne spenninger og uenigheter hvor man også kan komme styrket ut av det da, og tettere, i reparasjonsarbeidet. Å ta seg tid til å reparere hva som foregår mellom oss. (...) Å prøve å åpne opp for det rommet. Altså “Hvordan er det med oss om dagen?” er jo ofte et spørsmål jeg stiller da. (Integrativ, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Aspektet ‘forankret fleksibilitet i fokus’ var en måte behandlerne styrket relasjon og samarbeid ved å bruke et fastsatt fokus som anker, og derfra være fleksibel i møte med utfordringer som dukket opp. Dette ble trukket frem som en løsning på det å finne felles fokus og mål som både skulle gi mening for pasient og terapeut. En utfordring flere behandlere trakk frem var diskrepansen mellom hva pasienten ønsket å bruke tiden på sammen med hva som tenkes at behandlingen også må innebære, som ofte var økt matinntak. Økt matinntak ble fremhevet som viktig for å sikre at pasienten var kognitivt tilgjengelig for mottakelse av behandling ved alvorlig undervekt. Flere trakk frem at det å øke matinntak ofte rapporteres som lite ønskelig fra pasientens side, og at mange pasienter ønsket annet fokus i behandlingen. En informant viste til hvordan det å ha en fleksibel tilnærming hvor det forsøkes å ha et dobbeltsidig fokus kan sikre samarbeid og deltakelse:

Eh jeg, noen tenker jo mer i faser, symptomreduksjon først også skal vi jobbe med det andre, men ofte er det andre mye morsommere for pasienten og mer spennende, så det

er det også litt mer sånn forhandling om, at vi kan jobbe med absolutt med dette, men vi må ha med kropp og vekt og det som gjelder det kroppslige, det somatiske.

(Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

En slik tilnærming var ment å sikre både samarbeid og skape en bedre relasjon som videre vil kunne øke pasientens ønske om å delta i behandling. Forsøk på å imøtekomme pasienten og samtidig ha fokus på mat og annet som kunne vekke ubehag ble beskrevet som en tilbakevendende utfordring. For å sikre deltakelse var det flere som løste denne utfordringen ved å på forhånd gjøre pasienten klar over hva behandlingen ville innebære:

Så det som er viktig er at man tidlig i terapiforløp kanskje lager noen tydelige rammer sånn at man har “rydda rommet litt da”, som jeg pleier å kalle det. (...) Eller å ha fokus på dette med å få til en stabilitet når det kommer til mat. At ikke det bare er fokuset, men at man har det også som en del av samtalen da. (Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Flere av behandlerne som brukte en manualbasert tilnærming beskrev det som utfordrende å skulle være fleksibel og å vike fra manualen, men fordi relasjon og samarbeid ble ansett som sentralt for å øke deltakelse var dette noe noen likevel prioriterte. Dette førte for flere til utfordrende situasjoner hvor de måtte vurdere hva som var viktigst for behandlingsutfallet; å imøtekomme pasientens behov eller å følge manualens retningslinjer. Et eksempel en informant trakk frem var veiing i timene, som han tilpasset etter møte med flere pasienter som hadde hatt dårlige erfaringer med å skulle veie seg:

Ja, og det er jo noe med at, hvertfall den CBT-E modellen så er det jo ofte gjort i en setting som er litt mer medisinsk enn her, her er det jo litt rart å komme med badevekta liksom (småler). «ok. vær så god. her er ukas veiing», og folk synes det er

veldig ubehagelig (...) jeg er fornøyd med den vurderingen da. At ikke jeg liksom tviholdt på å følge programmet hundre prosent. (CBT-e, poliklinikk)

Generelt så vi at det å være fleksibel i møte med pasienten og på denne måten kunne tilpasse tilnærming delvis etter deres preferanser samtidig som egne rammer ble opprettholdt, fremsto som svært viktig for å sikre samarbeid og relasjon og videre pasientens deltakelse. Dette fremsto som en større utfordring for behandlere som brukte en manualbasert tilnærming hvor fleksibiliteten ofte vanskeliggjorde det å følge manualen, og motsatt. Behandlere som ikke brukte manual ga generelt sett uttrykk for større rom for fleksibilitet, hvor imøtekommelse av pasienten fremsto som lettere å ivareta innenfor behandlingens rammer.

Det andre aspektet vi så 'få til en god start' fremsto som særlig viktig for behandlere som brukte en manualbasert tilnærming. De jobbet hardt for å forsøke å skape en forpliktelse og et uttrykt ønske fra pasienten om å gjennomføre behandlingen før oppstart av behandling. Pasientens grad av uttrykt forpliktelse ble i denne konteksten forstått som en indikasjon på hvorvidt videre deltakelse og fremgang kunne forventes. Behandlerne hadde derfor fokus på en grundig innføring i hva som ble forventet av pasienten og hva behandlingen gikk ut på slik at de fikk nok kunnskap til å kunne velge om de ønsket å engasjere seg i det, og samtidig for å forberede dem på utfordringer:

De skal vite akkurat hva de går til, hva det vil kreve av dem, om de har tid i livet sitt akkurat nå.. Vi starter ikke opp om de har en stor eksamen om en måned. (..). Det er veldig viktig at det ikke er noe opphold i behandlingen. Sånn at, vi tenker at det er bedre at de er skikkelig klar og motiverte og at alt ligger til rette for at det skal funke, det er viktigere enn at vi starter med en gang på en måte. Så vi har jo pasienter som har ventet siden april for å starte behandling i august. For å sikre en så god start som mulig. (CBT-e, poliklinikk)

Det å få til en god start som både involverte god timing og høy grad av forpliktelse fremstod som så essensielt at en utilfredsstillende start ble ansett som grunnlag for å avslutte eller utsette behandling. Oppstart av behandling uten en god start ble vurdert som svært uheldig for samarbeidet og relasjonen og pasientens ønske om videre deltakelse. Det å avslutte behandling ble slik en måte å øke sjansen for fremtidig samarbeid ved at pasienter kunne returnere ved bedre timing eller klarhet, med en ivaretatt tillit til behandling og relasjon da pasienten ikke hadde blitt utsatt for unødig ubehag.

Men for noen så handler det om at de faktisk må gå i det litt lenger (...). Kanskje bli enda mer undervektig og kjenne litt på alle konsekvensene det har og gir. Ehmm.. dårlig søvn, nedstemthet, indre uro, masse plager forbundet med det sant.. sånn at de trenger kanskje å kjenne litt mer på de negative konsekvensene for å bli nok motivert til å komme hit. (CBT-e, poliklinikk)

Det var også viktig å sikre at pasienten var forpliktet gjennom hele prosessen og at de hadde tydelig fremgang i behandlingen hvor fravær av dette ble ansett som en indikasjon på ikke-fungerende behandling. En løpende monitorering ble derfor trukket frem som viktig for å lettere plukke opp signaler på at man burde avslutte behandlingen, slik at andre pasienter med høyere sannsynlighet for bedring kunne bli prioritert:

Det gjør vi mange tilfeller ila. disse forløpene, setter på pause, og spør pasienten “er det sånn at du trenger en pause nå for å tenke over om du vil fortsette, eller er det noe annet vi trenger å jobbe med for at du skal klare å gjøre de tingene som behandlingen krever?” (CBT-e, poliklinikk)

Her så vi hvordan behandlerens rammer, spesielt i henhold til tidsbruk og pasientpågang, påvirket vurderinger som gjøres i behandling. Utdraget illustrerer også

hvordan behandlingstilnærmingen påvirket valg som gjøres i behandlingen, hvor terapeuten stadig må balansere mellom å støtte pasienten samtidig med nok utfordring til å stadig skape endringer som kan indikerer at behandlingen fungerer.

Det neste aspektet 'skape forståelse for behandlingstiltakets nødvendighet' for å sikre samarbeid og relasjon, og således pasientens deltakelse i behandling, var også noe som ble trukket frem av flere informanter i ulike behandlingskontekster. For at pasienten skal kunne engasjere seg i det som kan oppleves som ubehagelig vil det være nødvendig å forklare og grunnngi hvorfor det er viktig. De fleste informantene trakk i den forbindelse frem psykoedukasjon om hvordan underernæring påvirker hjernen og opprettholder lidelsen som en sentral intervensjon før noe annet kunne jobbes med:

Også er det noe med at du kan ikke drive psykoterapi med en hjerne som er i sult eller et liv som er helt i kaos med liksom mat, noen som har hatt så mye overspising at det tar, tar hele dagen altså at de får ikke, de kommer seg ikke på jobb, de kommer seg ikke på skole, altså det er massivt da, og da må en jo på en måte prøve å få noe kontroll på det før en kan gå inn og gjøre litt mer av det terapeutiske utforskende. (EFT og eklektisk, poliklinikk og døgn)

Det å sikre pasientens forståelse for ubehaget og behandlingen kunne bidra til at relasjonen og samarbeidet ikke tok skade av at det. En stadig gjennomgang av rasjonale bak ulike intervensjoner var derfor vurdert som nødvendig for å sikre at pasienten var med på tiltaket og gjennomførte det:

Ehm, og at jeg forklarer rasjonale grundig. Jeg er veldig tydelig og klar på at dette er nødvendig. Da går det greit. Jeg tror det er veldig viktig at (...) det som pasienten blir tvunget til å gjøre, at det er grundig evaluert om at det er nødvendig. (CBT-e og eklektisk, døgn, spesialisert enhet)

Det siste aspektet vi fant relatert til hvordan terapeutene styrket samarbeid og relasjon var å være transparent gjennom å 'dele egne perspektiv og opplevelser' i møte med pasienten. Dette var noe vi så at flere av behandlerne benyttet seg av. Transparens ble brukt for å øke tryggheten i rommet ved å modellere en åpenhet som slik var tenkt å bidra til at pasienten selv også kunne være det. Dette kunne videre lede til at ubehageligheter kunne adresseres og slik forhindre frafall. Dette ble også opplevd å gjøre det trygt for behandler selv:

Altså jeg tenker jo at det å kunne si ting høy (...) at jeg også bruker på en måte mine egne følelsesmessige reaksjoner i møtet, at man kan sette litt ord på det da. Hva som foregår på innsiden av mitt hode når jeg sitter i møte med andre. Det er jo en måte å gjøre ting trygt på og også for meg selv, men også for den andre som man snakker med. (Integrativ, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Det bidro også til at det å adressere det emosjonelle klimaet mellom pasient og terapeut ble en naturlig del av samtalen. Ved å dele sine indre opplevelser til pasienten ble det lettere å oppklare misforståelser og få grep om pasientens egne indre opplevelser: «Nå merker jeg at jeg er mer påståelig og bastant enn jeg pleier å være. Merker du det?» (Integrativ, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet). En behandler brukte transparens for å øke samarbeid og deltakelse ved å lufte sine tanker og hypoteser om hva pasienten tenkte og følte. Dette bidro til å øke felles forståelse samtidig som det også signaliserte at pasientens tanker var viktige for terapeuten:

Jeg vil si at "Nå sitter jeg her og pusher på og insisterer på at vi må få til en endring når det kommer til måten du tar vare på helsa di på. Og så har jo jeg en ide om at du er redd og tenker at du ikke kommer til å gjøre noen endringer når du kommer ut herfra, men nikker høflig. Så vi har et problem og nå skal vi løse det." (Integrativ, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Tema 2: Utvide perspektivet fra situasjonen her og nå

Et annet omfattende tema vi genererte var at alle informantene på ulike måter gikk inn for å utvide pasientens perspektiv fra situasjonen her og nå. Disse ulike måtene å jobbe for å utvide pasientens perspektiv inkluderte å 'dyrke nysgjerrighet' for pasientens opplevelse eller alternative måter å håndtere livet på, rette fokus mot 'alvoret lidelsen kan medføre', 'styrke mestringsopplevelser' hos pasienten, bruke terapeutens 'tro på at endring er mulig' og å 'utvide normalitetsbegrepet for å øke aksept'.

Å utvide perspektivet fra situasjonen her og nå var et forsøk på å få pasienten til å løfte blikket for å se utover den umiddelbare situasjonen til noe større, mer helhetlig eller til et annet fokus enn de hadde der og da. Dette ble vurdert å bidra til til å øke pasientens deltakelse gjennom å introdusere nye perspektiv som potensielt kunne bidra til nye forståelser. Dette ble ansett som svært viktig da engasjement i behandling sammenlignet med den umiddelbare løsningen lidelsen kunne representere forståelig nok kunne oppleves som mindre tiltalende:

Å spise lite, ha kontroll på maten, det å kaste opp, det å ha veldig struktur, det å trene, tvangsmessig, det er veldig sterke, rask respons. Det gir en veldig umiddelbar tilfredsstillelse. Mens det jeg tilbyr er jo veldig langsomt. En langsom forandring. (...)
(Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Det å utvide perspektivet ved å knytte behandlingen opp mot noe som opplevdes som verdifullt for den enkelte forsto vi som et forsøk på å balansere ut gevinsten SF ga og slik øke sjansen for at pasienten valgte behandling. For å utvide perspektivet så vi at flere av behandlerne typisk inntok motsatt posisjon av pasientene for å prøve å balansere deres perspektiv og skape bevegelse mot en retning som kunne gi bedring. Det fremkom imidlertid som nevnt variasjon i hvordan det ble forsøkt og med hvilken hensikt. Disse ulike tilnærmelsene så vi i sammenheng med behandlernes kontekst..

En måte å utvide pasientens perspektiv på var å 'dyrke nysgjerrighet'. Dette ble blant annet gjort ved å være nysgjerrig på pasientens opplevelse og utforske denne. Det fremkom for oss som at utforskningen gjennomgående var noe de fleste terapeuter engasjerte seg i, dog med ulik hensikt. Flere poengterte at det ville være viktig å skape nysgjerrighet mot det skamfulle hvor for eksempel ambivalens og ønske om å fortsette å være syk burde bli utforsket. Dette kunne bidra til å skape forståelse for funksjonen til SF sammen med mer selvaksept og slik øke pasientenes ønske om å delta i behandling. Andre viste i større grad til utforskning av de negative sidene ved å være syk, og med dette økt ønske om bedring og dermed deltakelse i behandling.

En annen måte å dyrke nysgjerrighet på var ved å modellere en alternativ væremåte enn pasientens, som typisk for individer med SF ble beskrevet som å bære preg av rigiditet og konkretisme. Dette var tenkt å kunne vekke nysgjerrighet ved å eksplisitt vise pasienten andre måter å være på:

Det er jo supert å være en rollemodell på noe helt ustrukturert. Og ikke-perfeksjonistisk og, ja, noe som er noe annet. (...) så sa hun "ja med han forrige terapeuten så visst jeg jo akkurat hva som skulle skje hver time, så da kunne jeg jo bare forberede meg, og svare det jeg visste at han forventet, men det er helt umulig med deg. For her vet jeg jo aldri hva som kommer. Og jeg synes det er veldig skremmende, men jeg tror det er bra for meg." Så ikke sant, ja det tar jeg som en bekreftelse på at det kan være nyttig å rote det litt til da. (begge ler litt). Så det er også noe med den dynamiske balansen da, at vi ikke blir like rigide og rører opp under tvangen. Men kan utfordre den tvangen, på en eller annen måte da." (Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Videre i intervjuet kom det frem at behandlerens tidsramme kan ha bidratt til initiativet om å jobbe på denne måten: “Da hadde jeg jobbet med henne i et år, sånn at jeg var rimelig trygg på at vi har et prosjekt som var et eller annet sted”. Vi så med dette at behandlerens kontekstuelle rammer kan ha bidratt til de noe ulike tilnærmelsene, og gitt retning for valg av fremgangsmåte.

En annen måte å utvide pasientens perspektiv på handlet om å få pasient og foresatte til å ‘forstå alvoret’ med å ha en SF sammen med konsekvensene av dette. En synliggjøring av alvorlighetsgraden til lidelsen var tenkt å bidra til et økt ønske om å delta i behandling og skape en endring. Vi så at fokus på dette aspektet særlig ble trukket frem av behandlere som støttet seg på CBT-E som rammeverk, og at de brukte mye psykoedukasjon, speiling av fremtiden og ansvarliggjøring for å få frem alvoret.

Psykoedukasjon og medisinske fakta for å forklare barn og foresatte alvoret i hvordan deres spiseatferd kunne påvirke kropp og psyke var en viktig måte skape forståelse for alvoret. Dette var mest tydelig i behandlingsforløp hvor psykologen stod alene med behandlingsansvaret, sammenliknet med forløp som inkluderte tverrfaglig team med leger og ernæringsfysiologer hvor ansvaret var mer fordelt mellom de ulike rollene.

Videre utforsket mange hvordan fremtiden kunne se ut, enten ved å dele sine erfaringer fra tidligere pasienter som hadde mistet mye på grunn av sin SF, eller ved å hjelpe pasienten til å se for seg sin egen fremtid med eller uten en SF: “Hjelpe de til å se litt frem.. hvordan ser dette ut.. om noen år hvis spiseforstyrrelsen får lov til å regjere..” (CBT-e og FBT, ungdomspost døgnet, spesialisert enhet). Flere kombinerte dette med psykoedukasjon, eksempelvis ved å vise til hvordan undervekt kan forhindre menstruasjon og mulighet for graviditet og et liv med egne barn. Formålet var å hjelpe pasienten til å løfte blikket og ta et valg som kunne hjelpe dem på sikt.

Flere benyttet seg av en tilnærming som handlet om å fremlegge budskapet på en ansvarliggjørende måte og med dette få pasienten til å resonnerer seg frem til alvoret selv. Eksempelvis støttet flere seg på teknikker fra motiverende samtale hvor pasienten selv fikk snakke om fordelene med SF, mens behandler lå et skritt bak og stolte på prosessen og at pasienten etterhvert ville trekke frem det negative på egenhånd. Et paradoks som fremkom for oss var at noe av det som gjorde tilstanden alvorlig var nettopp det samme som kunne gjøre det vanskelig for pasientene å forstå alvoret.

Du blir (med trykk) mer rigid. Du blir mer fastlåst i det du er i. og, og.. *sukker*. Sånn at forståelsen deres av situasjon og ting mens de er i det, er annerledes enn når de har på en måte bedre evne til å.. til å.. altså har et mer normalisert kosthold. Rett og slett. (CBT-e, poliklinikk)

Det så med dette ut til at problematikken i seg selv virket opprettholdende, særlig hos undervektige pasienter hvor spiseproblematikken ga kognitiv svekkelse som gjorde det vanskelig å forstå egen problematikk, som igjen kunne gjøre det vanskelig å innse alvorligheten og bryte ut av den.

Som et annet ledd i å utvide pasientens perspektiv vektla majoriteten betydningen av å 'styrke pasientens mestringsopplevelser' i behandling. Mestring ble her forstått som å kunne skape en opplevelse av mersmak ved at endring og ny håndtering opplevdes positivt. Slike positive opplevelser kunne tenkes å bidra til å øke motivasjonen for endring og tanker om at det en engasjerer seg i er riktig "vei". En måte å oppnå dette på var å få til symptomendring:

Når du først kjenner at "jøss jeg tåler mer, jeg orker mer, jeg blir mindre syk, jeg husker bedre, får tilbake menstruasjon"- det er jo motiverende i seg selv. For plutselig får man en funksjonell kropp, det er ikke bare en kropp som har et utseende. Den fungerer, den er funksjonell, jeg kan bruke den til det jeg vil. Det er også en sånn, da

begynner det å bli lettere, ikke lett, men lettere. For da er det noe motiverende i selve prosjektet. (Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

En informant viste til hvordan det å bruke tidligere mestringsopplevelser bidro til å utvide perspektivet ved å fremheve hva som allerede var gjennomført. I tillegg vektla samme informant viktigheten av å utvide perspektivet ved å snevre det inn til hva som var forventet at pasienten skulle få til akkurat her og nå, særlig dersom pasienten uttrykte håpløshet grunnet en opplevelse av treg fremgang:

Hjelpe de til å se hva de faktisk har fått til i behandling.. (...) som å møte til timer, møte forberedt, ha med seg planer og det man skal se på på en måte.. ukentlig veiing, det er altså veldig sånne enkle ting.. og “det har vi jo gjort, og det har vi jo gjort”.. “jaja, jeg har jo hatt med meg papirene, jeg har jo fått til regelmessig spising”.. Så det å hjelpe de til å se at det er dette du skal få til akkurat nå og det gjør du jo kjempebra.. (CBT-e, poliklinikk)

I tillegg til mestringsopplevelser hos pasientene fremhevet rundt halvparten av behandlerne hvordan deres egen ‘tro på endring’ kunne bidra til å utvide pasientenes perspektiv. Terapeutenes tro på at endring er mulig skapte økt trygghet i møte med pasienten. Troen vokste blant annet frem gjennom erfaring med å ha lyktes i behandling tidligere som gjorde det lettere å stole på egne vurderinger og utfordre pasienten på riktige områder.

Vi oppdaget stor variasjon i behandlernes tro på endring, hvor enkelte beskrev det som krevende å holde motet og behandlingsoptimismen oppe til enhver tid. “Når man møter på den ambivalensen runde to.. ehh, sånn terapeutisk.. så synes jeg at det er en tyngre runde å ta enn i starten på en måte når de er litt forvirret og spørsmål rundt er jeg syk” (CBT-e og FBT, ungdomspost døgn, spesialisert enhet). Mens andre opplevde prosessen som givende og

meningsfull: “Intervjuer: [hvordan opplever du det] å jobbe med ambivalens når det står på som verst? Informant: Ja, det tenker jeg er helt ålreit. Jeg synes ikke det er så komplisert. Jeg synes det er vitaliserende.” (Integrativ, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Forståelsen av ambivalens virket å være i sammenheng med terapeutens opplevelse. Det fremkom et skille mellom hvorvidt behandlingen krevde en forpliktelse uavhengig ambivalens eller om ambivalensen ble brukt som et ledd i behandlingen for å øke forståelse for egen tilstand. Det å kreve en forpliktelse fremsto som mer utfordrende for behandlerne sammenlignet med den andre tilnærmingen.

Et siste aspekt for å utvide perspektivet handlet om å ‘utvide normalitetsbegrepet’ for å øke aksept. Her ble oppfatninger om hva som var normalt forsøkt utvidet og utfordret for å skape mer romslighet og plass til en selv. Dette var tenkt til å bidra til økt aksept og forståelse for egen situasjon og dernest øke pasientens ønske om å engasjere seg i behandling. Det vanligste eksempelet vi fant på dette var at behandlerne normaliserte ulike aspekter ved å ha en SF, eksempelvis ved å gi tallrike årsaker til hvorfor den utviklet seg, hvilke naturlige menneskelige behov den kunne dekke og derav hvor vanlig og forventet pasientens ambivalens til bedring var. Flere beskrev ambivalens som en tilstand innenfor normalpsykologien hvor det “Å være et tenkende, tvilende menneske, det er jo også lov” (Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet).

Samtlige behandlere nevnte slike normaliserende aspekter, mens noen behandlere, i hovedsak de som jobbet med EFT, dynamisk eller integrativt understreket også viktigheten av å dele forståelsen med pasienten. Normaliseringen ble sett i sammenheng med pasientens personlige historikk. Dette så ut til å skape rom for forståelse og dermed selvaksept, noe som i sin tur så ut til å kunne legge til rette for endring:

Si at “den reaksjonen du har der, det er faktisk en helt normal reaksjon på en ekstrem belastning. Derfor virker den unormal, fordi det er ikke så mange som har det på en

måte. Men den er normal.” Eh. For veldig mange av mine pasienter, de føler at de er “freaks”. (EFT, poliklinikk, spesialisert enhet)

Pasientens vansker med å forstå eller akseptere seg selv kan tenkes å føre til skam og sosial unngåelse i frykt for å bli dømt slik en dømmer seg selv. Normalisering kan slik tenkes å øke aksept for seg selv og dermed gjøre grunnlaget for å frykte andres fordømmelse mindre. En informant trakk frem en pasient som hadde store vansker med å stole på at andre ville være i stand til å tåle henne og det hun kom med. Behandleren beskrev en situasjon som senere skulle vise seg å bli et vendepunkt i behandlingen:

Hun ble sittende i fortvilelse og gråt, og jeg satt og hørte på. Jeg satt i stillhet, kanskje i 4-5 minutter. Også var det en episode som hun trakk frem selv, i avslutningen, som var ekstremt ubehagelig der og da, men som var veldig transformativ, som hun konstant tenkte tilbake på, og som var veldig godt for henne da. (...) Hvordan på en måte tåle hvordan den ambivalensen er der uttalt uten at jeg forløser den.. at den bare er tilstede. Og det uten at vi behøver å løse den, vi behøver ikke gjøre noe med den. (ISTDP, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Ved å ikke gripe inn for å redusere pasientens ubehag, og dermed ens eget ubehag i situasjonen, viste behandleren her gjennom handling at det var rom for hele pasienten og alt som hørte med henne. Det så dermed ut til at denne prosessen med å skape forståelse for seg selv, sine behov og responser hadde en parallell virkning ved å både øke pasientens aksept for seg selv og samtidig styrke båndet og tilliten til behandleren. Dette bringer oss videre til vårt neste tema som på går inn på verdien av beholders empatiske forståelse for sin pasient.

Tema 3: Validere og å ville vel

Det siste temaet vi fant gjennom vår analyse valgte vi å kalle validere og ville vel. Dette fremkom i hvordan terapeutene møtte pasientene generelt og hva fokuset i timene ble sentrert rundt. Validering handlet om å skape og vise en forståelse for hvorfor pasientene har en SF sett fra den enkeltes perspektiv og hvorfor det kan være vanskelig å engasjere seg i endring. Det ble tenkt at dette kunne bidra til økt aksept hos pasienten. Behandlerne som vektla validering og ville vel arbeidet under ulike rammer og med ulikt teoretisk bakteppe. Det var likevel et fellestrekk at de fleste behandlerne som vektla dette ikke benyttet seg av en manualbasert tilnærming. En informant beskrev det som at: "Den [SF] hjelper meg når, for å tørre å være i verden liksom, eller sammen med andre mennesker, det er et felles menneskelig behov som alle mennesker har, det skjønner jeg skikkelig godt" (Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet). Det var således ikke et forsøk på å fjerne eller forløse pasientens ambivalens, men bli nysgjerrig på hva den inneholdt. Ville vel aspektet handlet i stor grad om terapeutens uttrykte empati og forståelse for pasientens situasjon. Dette medvirket til å skape trygghet for pasienten ved å ikke fremprovosere endringer eller noe annet pasienten uttrykte at den ikke var klar for. En informant viste til: "Og folk er stort sett ute etter å få en venn. Så hvis de opplever at man vil dem vel da." (Integrativ, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet).

Resultatet av et slikt fokus ble forstått som muligheten for pasienten til å gi seg selv omsorg: "Det var sånn det ble. Eh.. som jeg tenker handler om omsorg for seg selv og eh.. ja. Det å kunne stå trygt og godt i seg selv da." (Emosjonsfokusert, poliklinikk, litt døgn). Validering og ville vel ble slik forstått som en grunnleggende forutsetning for at pasienten ville delta i videre terapeutisk arbeid og ønske seg selv vel hos behandlerne som rapporterte om dette.

Temaet så vi tydelig i sammenheng med hvordan informantene forsto SF og mennesket, både hver for seg og sammen. Det var en gjennomgående oppfattelse at lidelsen har en funksjon og bør dermed forstås som en nødvendighet. "Jeg har enda ikke møtt en

eneste en som gjør dette med vilje. Eh, så da er man enten fanget i det, eller man på en måte bruker det aktivt som en beskyttelse..” (EFT, poliklinikk, spesialisert enhet). I forlengelsen av dette viste en annen informant til det å forsøke å forstå både mennesket og lidelsen som en helhet, inkludert hvordan det kan være naturlig for en pasient å forstå lidelsen som en del av seg selv og at det å eksternalisere derfor ofte blir rart:

Ikke å eksternalisere, ja for ikke sant innen dette feltet så er det en del tradisjoner rundt å eksternalisere SF og si at dette er noe annet enn deg, dette er noe som kommer og tar deg på en måte. For noen så er det veldig nyttig, men for andre så er det veldig rart, for det er jo meg. Så jeg liker bedre å tenke at ok så det er en del av deg, det er ikke hele deg, men det er en del av deg som prøver å få til et eller annet, og ehh, og da kan man, da er det på en måte et mål å integrere det og ikke stenge det ute. (Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Med dette som utgangspunkt ble et svingende behandlingsønske ansett som en redsel for å gi opp noe som fungerer og som vil være vanskelig å fungere uten, fremfor motvillighet: “Jeg ser faktisk at en del er veldig redd for å bli frisk. (...) hvis man sier at nå skal jeg bli frisk, er det forferdelig skremmende fordi de tenker at da mister de alle verktøyene sine” (CBT-e, poliklinikk og døgn).

Alle informantene viste til ulike intervensjoner og teknikker hvor de forsøkte å møte pasienten i sin smerte for å skape innsikt for hvorfor det er slik, samt uttrykke en forståelse for det og skape trygghet. Generelt så vi en tendens til å fremvise stor respekt og anerkjennelse for både menneske og SF mens det forsøkes å gi lidelsen en mening: “Det er alltid en grunn til å ikke lære seg ferdighetene, det er alltid en grunn til å fortsette med de mestringsstrategiene som har fungert”. (CBT-e og DBT, hovedsakelig døgn)

Vi tenker at dette bidrar til at pasienten føler seg forstått og ikke dømt i møte med sin ambivalens og varierende ønske om behandling som bidrar til økt trygghet. Det å skape en

forståelse og fremvise dette tydelig i terapi kan videre tenkes å lede til at pasienten i større grad aksepterer istedenfor å skamme seg over egne tendenser. Dette ble blant annet sikret ved å vise pasienten at man virkelig forstår, også ved å bruke egne reaksjoner:

Si at jeg forstår. Og det kan jeg ikke si fra hodet liksom, for det hjelper ikke. Jeg må kjenne det på min kropp og. «Ja. Det gir mening, det forstår jeg. Jeg forstår hvor vanskelig det er. Ikke rart det blir vanskelig for du syns det er sånn og sånn», at valideringene må komme fra en plass der du liksom, det holder ikke med tenkt validering. (EFT, poliklinikk, spesialisert enhet)

Flere av informantene viste til at det å dele opp og synliggjøre for og i mot var et nyttig verktøy for å skape forståelse, hvor det å utforske hvorfor pasienten ikke ønsket behandling også bidro til å vise at man forsto. Andre foretrakk å omtale det som likeverdige og viktige deler av pasienten uten å tildele valør:

Og da synes jeg det er nyttig å mer tenke i et delperspektiv, en del av meg vil ikke dette, vil ikke bli med på det prosjektet ditt, og en annen del vil veldig gjerne. Og at begge to er like viktig, ikke sant det er like viktig å bli kjent med det som ikke vil. (Integrativ terapi, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Det ble vist til at dette bidro til en trygg allianse som ga plass til at hele pasienten og lidelsen kunne få utfolde seg, noe som videre bidro til økt engasjement for endringsarbeid hos pasienten ved aksept og forståelse. Innføring av endringer ble derfor gjort med en respekt og forsiktighet som ivaretok pasientens trygghet: “Ja, eh, først og fremst tålmodighet...Eh, det er liksom tanken om å, eh, arbeide sakte i begynnelsen for så å kunne arbeide raskt mot slutten”. (ISTDP, poliklinikk og døgn, spesialisert enhet)

Det å virkelig forstå funksjonen og opphavet til lidelsen samt formidle dette og skape trygghet bidro til økt endringsønske på ulike måter. En informant viste til at det kan skape en

innsikt i at det ikke lenger er en funksjonell løsning og at det ikke bidrar til å gi pasienten det den trenger.

“Da blir jeg så redd”, og hva trenger du da? Eh. Og da sier jeg at jeg har aldri hørt noe som sier at jeg trenger å ikke spise. Det er det de gjør. Men det er ingen på det punktet som sier at jeg trenger å ikke spise. Da sier de at de trenger hjelp eller trenger støtte eller trenger omsorg eller trenger at den [SF] holder kjeft. (EFT, poliklinikk, spesialisert enhet)

Det å innse at det hadde utviklet seg til et problem kan dermed sees i sammenheng med å først forstå hvorfor det oppsto. En annen informant viste til at forståelse og respekt for funksjonen bidrar til å skape agens ved å eksternalisere SF i større grad og at den forstås som en strategi eller en mestring som også kan endres.

Og da å kunne snakke om det som en eller annen mekanisme, at maten hjelper deg med noe, mens andre løser det på andre måter kanskje, men vi løser behovene våre, eller de situasjonene som er ubehagelige på ulike måter. Så blir det også en sånn, ja litt sånn det er liksom ikke meg, eller jeg bare er sånn, men det er faktisk en strategi som hjelper meg med et eller annet her da. (Integrativ terapi, poliklinikk og døgnet, spesialisert enhet)

Tryggheten det skapte å formidle en forståelse for spiseforstyrrelsens funksjon overfor pasienten og vise at man ønsker å utforske dette sammen, ble forstått som elementært for tillit i relasjonen og videre samarbeid. Det kan se ut til at det å bistå med forståelse og trygghet i starten av et forløp ble vurdert som et premiss for at behandlingen skulle kunne ha effekt:

Etter det [skapt forståelse for lidelsen] så tok hun virkelig sats og fikk en kjempesats i terapien fordi at hun bare kom timen etterpå og sa “vet du hva, nå har jeg bestemt meg, jeg må bare stole på deg, jeg får bare, la oss gjøre det her” på en måte sant, og

fikk superfin utvikling og at hun kunne tørre å slippe litt mer opp. (EFT, poliklinikk, spesialisert enhet)

Diskusjon

I tråd med tidligere forskning (DeJong, Broadbent & Schmidt, 2012; Fassino et al., 2009; Geller, Williams & Srikameswaran, 2001), og med våre forventninger, opplevde alle informantene ambivalens som et sentralt tema i møte med sine pasienter med SF. Som resultatene våre viser jobbet psykologene med ambivalens på ulike måter, hvor det fremkom forskjeller i måten de møtte og arbeidet med ambivalens på i terapi. Temaene fra analysen vår: *Samarbeid og relasjon*, *Utvide perspektivet fra her og nå*, og *Validere og ville vel* kan sees som overordnede eksempler på hvordan psykologer forsøker å øke pasienters deltakelse i behandling for SF.

Generelt viser resultatene fra alle tre tema til stor variasjon i henhold til hvor stor plass pasientens usikkerhet eller ambivalens får i behandlingen. Ambivalensen fikk hos noen behandlere stor plass i terapirommet og en aktiv rolle i behandlingen. Ambivalensen ble her forstått som noe det er ønskelig å utforske, forstå, akseptere og bruke tid på i terapi. Denne utforskningen ble ansett som elementær for at pasienten skulle ønske videre deltakelse og engasjement i behandling. Hos andre behandlere ble ambivalensen viet mindre plass og tid i behandlingen, hvor fokuset i større grad var rettet mot å få pasienten til å gjennomføre valgt behandling. Ambivalensen ble utforsket aktivt også her, men med den hensikt om at det skulle lede til et aktivt valg og forpliktelse til å delta i behandlingen.

Utforskning ble trukket frem som sentralt av samtlige informanter, men som vi ser representerte begrepet ulik forståelse og praksis. Dette observerte vi ved flere begrep, eksempelvis “komme på lag” eller “ha felles forståelse” med tilhørende ulik klinisk praksis. Dette anser vi som viktig å belyse da bruken av samme begrep vil kunne føre til en antakelse om at behandlere gjør det samme i møte med ambivalens. En konkret redegjørelse for både

hva som gjøres sammen med hvorfor, som vår studie forsøker å gi, vil kunne bidra til å synliggjøre ulik praksis og slik bidra til å skape en felles forståelse for praksis og begrepsbruk. Denne viktige observasjonen støtter bruken av kvalitative metoder som et viktig tillegg til effektstudier i behandlingsforskning. Kvalitativ forskning gir et rikt datamateriale ved å utforske “hvordan” og “hva”- spørsmål ved prosesser og endringer (Binder, Holgersen & Moltu, 2012). Dette kan skape større innsikt i informantenes forståelse og opplevelsesverden. Som vår studie illustrerer gir dette fokuset et viktig tillegg ved å belyse et område som ikke ville blitt oppdaget kun ved bruk av effektstudier. Hva som forstås og legges i de samme ordene ser vi også tett i sammenheng med hvilken plass ambivalens får i behandling.

Samlet vurderer vi derfor fra våre funn at ambivalensen sin plass i behandling er den viktigste fellesnevneren for hvordan behandlerne arbeider for å øke pasientenes deltakelse. Hvilken plass ambivalensen så ut til å få i behandling så vi i sammenheng med behandlingens kontekst der tid og rom for fleksibilitet i behandlingen varierte med behandlingssammenheng. Det som spesielt pekte seg ut i dette henseendet var hvilken behandlingstilnærming som ble brukt, lidelsens varighet og alvorlighetsgrad og pasientens alder.

I den videre diskusjonen vil vi utforske og diskutere måter å forstå variasjonen som fremkom i henhold til hvilken plass ambivalensen fikk i behandling, med særlig fokus på behandlingssammenheng. Vi ønsker videre å se funnene våre opp mot forskning på evidensbasert psykologisk praksis (EBPP; NPF, 2007). Dette er ønskelig for å vurdere hvorvidt det som utføres kan sies å være en ivaretagelse av EBPP eller ikke. Studiens metode vil så granskes ved å vurdere indre og ytre validitet sammen med en helhetlig vurdering. Avslutningsvis vil vi reflektere rundt studiens implikasjoner for videre forskning og klinisk praksis.

Ambivalens sin plass i behandling

Som vi har sett, varierte plassen ambivalens fikk i behandling. Overordnet kan man si at funnene våre viste sammenhengen mellom måten behandlere jobbet for å øke pasienters deltakelse i behandling og hvordan de forsto veier til tilfriskning. Her så vi et tydelig skille, som vi har valgt å sammenfatte som fokus på behandlingsinnhold på den ene siden, og fokus på relasjonell åpenhet på den andre siden.

Ved vektleggelse av behandlingsinnholdet ble symptomreduksjon gjennom atferdsendring ansett som viktigst for tilfriskning, hvor mestring av dette ville gi sterkere allianse og deltakelse i behandling. Dette er i tråd med Fairburn (2008, s. 75) som fremhever det å bryte opprettholdende mekanismer i SF som fundamentalt for vellykket behandling. Med behandlingens innhold som utgangspunkt ble behandlers rolle i stor grad å lede pasienten i riktig retning, noe som følgelig førte til at pasientens ambivalens fikk en mindre sentral rolle i behandlingen. På den andre siden ble relasjonell åpenhet forstått som viktigst for tilfriskning, hvor en trygg relasjon til behandler ble brukt for å skape økt forståelse, selvaksept, ønske om bedring og dermed økt deltakelse. Noe som støttes av Flückiger et al. (2018) som viser til at terapeutiske fellesfaktorer har mer å si for behandlingsutfallet enn behandlingens innhold. Da fokuset her lå på å følge pasienten i dens prosess fikk pasientens ambivalens naturlig en stor rolle i behandlingen. Forståelsen av hva som skaper tilfriskning; behandlingsinnhold eller relasjonell åpenhet, ga slik retning for hvordan de spesifikt jobbet for å øke deltakelse. Hvilken plass ambivalens fikk i behandling anser vi derfor som fellesnevneren for hva behandler gjør for å øke pasientens deltakelse i behandling.

Hvilken plass ambivalensen får i behandling forstås som å utspille seg langs et kontinuum med vektleggelse av behandlingsinnhold og lite plass til ambivalens på den ene siden, og vektleggelse av relasjonell åpenhet og stor plass til ambivalens på den andre siden. Det så ut til at hver informant posisjonerte seg på ett sted langs kontinuumet, og at deres spesifikke plassering ble påvirket av en rekke faktorer. Blant disse så vi at lidelsens

alvorlighetsgrad og varighet sammen med pasientens alder kunne nyansere hvilken plass ambivalensen fikk, uavhengig av hva som ble ansett for å lede til bedring. Jo mer alvorlig lidelsen var desto mindre plass for ambivalens fremkom, hvor behandlingen rettet seg mot å oppnå atferdsendring og vektøkning raskt, en prioritering som støttes av forskning som viser til de alvorlige somatiske konsekvensene SF kan medføre (Hoek, 2006; Westmoreland et al., 2016). Det samme så ut til å være gjeldende ved lav alder. Lidelsens varighet påvirket også hvilken plass ambivalens synes å ha i behandlingen, hvor en SF som har vedvart over lang tid ga dårligere prognose (Steinhausen, 2002). Dette skapte større plass for ambivalens grunnet lavere forventning om fullstendig tilfriskning hvor målene i større grad sentrerte seg rundt økt livskvalitet. På den andre siden ga fravær av de ovennevnte faktorene friere spillerom for behandlerne, noe som gjorde forskjellen i plass til ambivalens mer tydelig.

Fra resultatet fremkom det altså en del forskjeller i hva som ble ansett som den beste måten å skape tilfriskning på. Vi synes det er påfallende at en så ulik praksis utøves til tross for en uttrykt felles forståelse for at atferdsendring er en viktig del av bedring og at en slik endring ofte er vanskelig for pasienten å engasjere seg i. Vår studie kan ikke anslå hva som er best praksis i møte med pasientens usikkerhet. Vi synes imidlertid at det er viktig å løfte frem variasjonene vi ser i behandling av en psykisk lidelse som kan ha alvorlige somatiske konsekvenser, hvor majoriteten velger å avslutte behandlingen selv, eller blir avsluttet (Bandini et al., 2006; Bell, 2001; Clinton, 1996; Eivors et al., 2003; Guarda, 2008; Mahon, 2000; Zeeck et al., 2005; Vandereycken & Pierloot, 1983).

Årsakene til prematur avslutning av behandling for SF er mangefasettert (Dejong, Broadbent & Schmidt, 2012), noe som gjør det vanskelig å sette fingeren på hva som kreves for å redusere frafall. En faktor som imidlertid kan påvirkes gjennom behandling er hvordan behandler møter pasienter som er ambivalent til behandling av SF. Ut fra tilgjengelig forskning vil både det å vektlegge behandlingsinnhold og relasjonell åpenhet være legitime

måter å arbeide for å øke deltakelse i behandling. Det vil imidlertid føre til svært ulik opplevelse av behandling fra pasientperspektivet. For å forstå våre funn sammen med hva forskning viser til at skaper bedring i klinisk praksis ønsker vi derfor å diskutere funnene i lys av evidensbasert psykologisk praksis.

Funnene i lys av evidensbasert psykologisk praksis

Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis (EBPP; NPF, 2007) ble vedtatt i 2007 og vektlegger en integrering av 1) den beste tilgjengelige forskningen med 2) klinisk ekspertise sett i sammenheng med 3) pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og preferanser. American Psychological Association (APA, 2021) sine nyeste retningslinjer for EBPP understreker at disse tre komponentene skal forstås som likeverdige, etter at man har sett at klinisk praksis i størst grad vektlegger forskning, og spesielt effektstudier, mens klinisk ekspertise og pasientens utgangspunkt i mindre grad blir vektlagt. Det er derfor viktig å skille mellom EBPP og evidensbasert behandling hvor sistnevnte kun kan forstås som beste tilgjengelig forskningsevidens. Gjennom EBPP forsøkes det å skape en mer helhetlig tilnærming der behandlende psykolog fortløpende evaluerer, og om nødvendig justerer, behandlingen. Komponentene i EBPP kan ikke alene sies å promotere bedring eller fasilitere deltakelse (NPF, 2007). De påvirker hverandre gjensidig og det er den samlede effekten som øker sannsynligheten for vellykkede behandlingsmøter.

Hva behandlere gjør for å i møte med ambivalens for å øke deltakelse kan forstås som ulike måter å ivareta og opprettholde pasientens ønske om tilfriskning og bedring. Vi ønsker derfor i det følgende å se på hva forskning sier om de ulike aspektene i EBPP og sammenholde dette med våre funn om hvordan psykologer jobber med ambivalens i behandling av SF. Vi anser dette som en nyttig inngang for å kunne diskutere og reflektere rundt hvorvidt den beskrevne praksisen, som søker å øke pasientens deltakelse i behandling, kan sies å ivareta prinsippene i EBPP.

Ambivalens sin plass i behandling og EBPP. Generelt så vi at ambivalensen sin plass i behandling påvirket det vi forstår som informantene sin praktisering av EBPP. Bedring ble av alle våre informanter ansett som å innebære atferdsendring og symptomreduksjon. Hvor direkte dette fokuset var i timene varierte imidlertid i tråd med hvilken plass ambivalens hadde i behandlingen. Ved lite plass til ambivalens synes fokuset å være mer direkte på atferdsendring og symptomreduksjon, noe som kan kalles første-ordens endring (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Første ordens endring beskrives som å involvere en direkte tilnærming til problemet. I denne sammenheng vil dysregulert spiseatferd løses ved å endre spiseatferden. Ved mer plass til ambivalens benyttes en mer indirekte tilnærming til problemet som Watzlawick et al. (1974) forklarer som andre-ordens endring. I denne sammenheng kan det være å lære en annen måte å regulere følelser på som kan synes å ligge til grunn til hvorfor matinntak er vanskelig. Terapier som baserer seg på første-ordens endring er lettere å forske på sammenlignet med andre-ordens terapier (Brown, 2015) noe vi tenker kan ligge til grunn for hvilken type behandling som vurderes å være evidensbasert praksis.

Våre resultater viste at behandling som anser relasjonell åpenhet som avgjørende for tilfriskning ga mer plass til ambivalens. Her ble tålmodighet, nysgjerrighet og å følge pasienten for å øke deltakelse i behandling vektlagt. Dette kan ifølge Elizabeth Zetzel (1956) forstås som å fostre en god terapeutisk allianse da en allianse alltid vil inkludere en viss form for motstand fra pasienten. Behandlere som viet mer plass til ambivalens forsøkte å skape et trygt rom fra starten av slik at motstanden også kunne få plass i behandlingen. Westwood og Kendal (2011) viser til at en trygghet i relasjonen er ekstra viktig i møte med pasienter med SF sammenlignet med andre lidelser. Ettersom mennesker med SF ofte kan oppleve lidelsen som egosynton, altså som en funksjonell del av seg selv som pasienten ikke ønsker å fjerne fullstendig (Halse et al., 2005), synes Zetzel (1956) sin forståelse derfor å være særlig aktuell i møte med disse pasientene. Denne måten å skape en god allianse på synes å være i tråd med

forskning på hva brukere ser ut til å foretrekke i deres behandlingsmøter. Bell (2003) viser til at pasienter med SF foretrekker et validerende og aksepterende miljø hvor en empatisk relasjon mellom behandler og den enkelte ble ansett som nødvendig for bedring.

Det ser imidlertid ut til at det å gi mye rom til ambivalens kan gå på bekostning av bruken av evidensbaserte tilnærminger. Waller (2016) viser til en gjennomgående tendens der flere behandlere rapporterer om bruk av en eklektisk blanding av teknikker fra både evidensbasert forskning og annet som ikke har støtte i møte med pasienter med SF. Også klinikere som jobber mer manualbasert med CBT-E eller FBT ser ut til å legge til elementer fra andre tilnærminger (Kosmerly, Waller, & Lafrance Robinson, 2015; von Ranson, Wallace, & Stevenson, 2013). Bruken av eklektiske tilnærminger utgjør en utfordring for effektstudier da tilnærmingen vil være vanskelige å operasjonalisere. Kvaliteten av behandlingen som gis vil dermed være vanskelige å vurdere, og konsekvensen kan være at pasienten står i fare for å motta lav-kvalitets behandling (Kazdin, Fitzsimmons-Craft & Wilfley, 2017). Waller (2016) viser også til at bruk av manualbaserte tilnærminger er å foretrekke å møte med psykiske lidelser da kliniske vurderinger ofte resulterer i dårligere utfall enn om det etterleves en manual. Dette er ekstra gjeldende ved behandling av SF med tanke på gruppens gjennomgående ambivalens til deltakelse i behandling, hevder Waller (2016). Pasientens ønske fremstår slik ofte ikke i tråd med hva forskning har dokumentert at behandlingen må inneholde for å føre til bedring. Behandlere må derfor forholde seg til en spenning mellom evidens og pasientpreferanser, der det å følge pasienten i for stor grad i ytterste konsekvens er forbundet med en risiko for å tilby dårligere behandling, mens det å rigid følge intervensjoner med dokumentert effekt uten å ta hensyn til pasientpreferanser er forbundet med risiko for frafall fra behandling.

I behandling med mindre plass til ambivalens var fokuset mer rettet mot lidelsen og behandlingens innhold. Dette kan en manualbasert tilnærming bistå med ved at de tilbyr

strukturerte verktøy som har vist seg å fungere i møte med pasientene (Waller, 2016). Våre funn viser videre at det å jobbe manualbasert kan bidra til å skape en trygghet for behandler ved å vite at det de praktiserer har god empirisk støtte. Bruk av manual kan også føre til sterkere allianse (Langer, McLeod og Weisz, 2011). Det å skape forpliktelse fra pasienten til en behandlingsmetode som tenkes å gi bedring kan forstås som en måte å danne en felles forståelse for utgangspunkt, mål en skal jobbe mot og hvordan det skal oppnås, noe som er i tråd med Bordins konseptualisering av allianse (1979). Flere studier viser også til en sterk assosiasjon mellom rask symptomreduksjon og en god terapeutisk allianse (Brown, Mountford, & Waller, 2013b; Constantino, Arnow, Blasey & Agras, 2005), og mellom rask symptomendring og senere utfall (Le Grange, Accurso, Lock, Agras & Bryson., 2014).

Den terapeutiske alliansen kan slik forstås som å være et produkt av symptomreduksjon. Dette ser vi i sammenheng med våre funn om hvordan behandling med mindre plass for ambivalens møtte pasientene. En god allianse ble her etablert gjennom å skape en forpliktelse fra pasienten til behandlingen. Dette for å få pasienten med på laget slik at man kan jobbe sammen mot SF i behandling. Mangel på forpliktelse indikerte på den andre siden en dårlig allianse og flere informanter trakk i den sammenheng frem at det kunne være et signal om at en måtte avslutte behandlingen prematurt. Hensyn til pasientens individuelle behov som også løftes frem av Bordin (1979) som en viktig del av den terapeutiske allianse kan ved en slik tilnærming dermed stå i fare for å komme i bakgrunnen. En slik forståelse er i tråd med forskning på brukerperspektivet hvor pasienter rapporterer om viktigheten av at de kan få være med på å bestemme tempoet i terapi (Bell, 2003; Zaitsoff et al., 2016). Et overdrevent fokus på behandlingsinnhold og streng etterlevelse av en manual med rammer knyttet til behandlingens tempo og varighet kan slik få konsekvenser for pasientens medvirkning og opplevelse av behandlingen.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som skal bidra til økt treffsikkerhet i henhold til utforming og gjennomføring av tilbud (Helsedirektoratet, 2017). En for stor skjevhet i brukerens disfavør anses derfor som svært uheldig. Dette støttes av de la Rie et al. (2008) som viser til pasienter med SF opplever at terapeuten bryr seg mer om symptomreduksjon enn å bruke tid på å bli kjent med pasienten eller å fokusere på det pasienten ønsker (de la Rie et al., 2008). Et for snevert syn på vekt og mat blir også ansett som negativt for tilfriskning og som en av flere forklaringer på frafall (Bell, 2003). Et overfokus på symptomreduksjon knyttet til diagnosen kan videre tenkes å sette pasienten i en utfordrende posisjon hvor det eneste som gir pasienten støtte og oppfølging (SF) også er det som skal behandles og på sikt fjernes. Det kan spekuleres i om dette kan virke mot sin hensikt og bli opprettholdende for sykdommen dersom pasienten opplever at støtte og oppfølging fra behandler også avhenger av at pasientens lidelse vedvarer.

Balansert tilnærming. En balansert tilnærming til EBPP synes fra våre funn å være utfordrende å ivareta ved både mye og liten plass til ambivalens. Lundh (2017) viser til at diskusjoner om psykoterapi ofte er sentrert rundt et skille mellom hva som kan anses som viktigst for bedring: teknikk og ekspertise eller relasjon. Det vises til at disse gjerne anses som to separate ingredienser i behandling. Det foreslås at istedenfor å anse dem som dikotomier bør de anses som to delvis overlappende kategorier (Lundh, 2017). Denne forståelsen synes å være i tråd med både forskning på brukerperspektivet ved SF og terapi generelt. Blant annet viste Gulliksen et al. (2012) sin kvalitative studie at pasienter diagnostert med AN foretrakk en balansegang mellom aksept og vitalitet sammen med utfordring og ekspertise fra behandler. Dette innebar en opplevelse av å føle seg trygg i møte med behandlers ekspertise, hvor det også var nødvendig at behandler var interessert i hvem pasienten var for at den skulle føle seg sett og forstått. Studier viser også til at effekten av trygghet og en empatisk relasjon på behandlingsutfall ikke er virkningsfull med mindre den også involverer virksomme verktøy

(Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012). Et positivt behandlingsutfall vil i tråd med dette være avhengig av både en god terapeutisk allianse sammen med virksomme verktøy.

Hvordan denne balansegangen kan ivaretas og opprettholdes kan forstås i sammenheng med behandlerens kliniske ekspertise. NPF (2007) beskriver klinisk ekspertise som behandlerens evne til å integrere forskningsbasert kunnskap med kliniske data hos pasient. Vi forstår dette som behandlerens evne til å balansere en balansegang mellom pasientens preferanser og behov sammen med bruk av virksomme verktøy. Dette kan forklares som behandlerens responsivitet (eng: appropriate responsiveness) som beskrives som terapeutens evne til å respondere på en endrende kontekst i tråd med egne teoretiske og personlige prinsipper (Kramer & Stiles, 2015).

Behandlerens responsivitet anses som avgjørende for en god allianse (Stiles & Horvath, 2017), blant annet ved at responsiviteten bidrar til en oppmerksomhet, fleksibilitet og interesse for pasienten (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Responsiviteten bidrar slik til å støtte terapeuten i å velge intervensjoner som er passende for klienten, innføre de på riktig tidspunkt og administrere de på en tilpasset måte. Dette støttes av en mengde forskning som viser til at pasientens tilfredshet av behandling avhenger av måten den administreres på (Gulliksen et al., 2012; Bell, 2003; Escobar-Koch et al., 2010, s. 551). Responsiviteten kan slik forstås som å gjøre det "rette" på "rett" tidspunkt og slik også essensen av god klinisk praksis. Responsivitet fremstår derfor som relevant uavhengig av terapeutisk tilnærming (Kramer & Stiles, 2015). Behandlerens evne til responsivitet gjenspeiler også slik vi forstår det dynamikken mellom de tre komponentene i EBPP (APA, 2021; NPF, 2007). Om vi relaterer dette tilbake til våre funn, betyr det at behandling som vier mindre plass til ambivalens og som gjerne benytter seg av manualer bør kunne vike fra manualen for å utøve EBPP.

Forskning på grad av rigiditet i manualbaserte tilnærminger er delt. Flere har kritisert manualbaserte tilnærminger for å ha et for rigid fokus på å følge prosedyrer istedenfor å fleksibelt tilpasse den til pasienten (Kendall & Frank, 2018; Addis & Krasnow, 2000), andre har imidlertid vist at det er lite belegg for å hevde dette (Strunk, Mandel & Ezawa, 2021; Hoffman et al., 2007). Manualene er riktignok laget som en oppskrift, men med en forventning om at terapeutene bruker det som retningsgivende for behandlingen, og tilpasser det til pasienten (Kendall & Frank, 2018). I hvilken grad man er trofast mot retningslinjene er altså opp til behandleren. Dette fant vi også støtte for i våre resultater som viste stor variasjon i behandlernes fleksibilitet ved bruk av manualbasert terapi, noe som ble gjenspeilet i aspektet 'fleksibilitet i fokus'. Det å kunne vike fra virksomme verktøy dersom pasienten ikke ser ut til å respondere på dem vil dermed kunne forstås som en forutsetning for å utøve god behandling og utøve responsivitet. Dette er i tråd med Waller et al. (2007) som presiserer at bruk av manual skal være fleksibelt og individtilpasset da teori og virkelighet sjeldent samsvarer helt.

Funnene våre viste også hvordan terapeutens fleksibilitet ble påvirket av behandlingens strukturelle rammer. Vi fant en sammenheng hvor terapeuter som jobbet med lengre tidsramme i større grad hadde mulighet til å være fleksible. Behandlingens varighet var for mange behandlere som jobbet i offentlige helseforetak nært knyttet til pakkeforløpet. En av hensiktene bak pakkeforløpet har vært å gi et "helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp med økt brukermedvirkning uten unødvendig ventetid" (Helsedirektoratet, 2020, pakkeforløp for psykisk helse og rus). Denne struktureringen av behandling tenkte vi kunne bidra til at valget av tilnærming gjerne knyttes opp mot hva som kan sies å være rett ovenfor systemet som arbeides i. Et stort tidspress sammen med forventning om et forutsigbart behandlingsforløp kan slik potensielt legge føringer for å velge behandling som har vist seg å raskere skape endring sammen med at premature avslutninger kan berettiges om forløpet ikke følger planen.

Den kliniske ekspertisen kan i denne sammenheng stå i fare for å vurderes mer i henhold til systemet som det arbeides innenfor fremfor individet som mottar behandling. Dette støttes av SINTEF sin evaluering av pakkeforløpene (Åndanes, Høiseith, Magnussen, Thaulow & Kaspersen, 2021). Det vises her til at mange pasienter har opplevd økt press på å bli frisk hvor flere oppgir at de har holdt tilbake informasjon om hvordan de har det i frykt for at behandlingen skal avsluttes. Mange pasienter rapporterte også frykt for at de ikke får nok tid til å bygge en god relasjon til behandleren. Det er bekymringsfullt dersom et tiltak som utvikles for å løse dagens utfordringer paradoksalt nok fører til at tiden man har til å faktisk lytte til og tilpasse intervensjoner etter pasientene blir redusert. Det kan derfor synes at systemet behandlingen utføres i også i stor grad gjør det vanskelig å ivareta en balansegang mellom de ulike komponentene i EBPP. Dette er svært bekymringsfullt spesielt i møte med pasientgrupper der ambivalens er fremtredende, som pasienter med SF.

Hvordan en pasient bør møtes som både tar hensyn til lidelsens egosyntonitet, pasienten selv og behandlingens kontekstuelle rammer vil være viktig å forstå for å vite hvordan pasienter sin deltakelse i behandling kan økes. Ut fra våre funn virker det viktig å finne en balanse mellom behandlingsinnhold og relasjonell åpenhet, altså en balanse mellom å etterfølge bestemte retningslinjer samtidig som man har fleksibilitet i møte med den enkeltes behov. Som ledd i dette virker det viktig å normalisere det å avvike fra manual når dette vurderes som nødvendig. Denne balansen vil trolig bli fasilitert av et miljø som tillater en fleksibilitet ved å gi mer rom og tid til både behandler og pasient for å utforske og kunne skape en ikke forutbestemt vei - sammen. Å integrere brukerperspektivet sammen med evidensbasert forskning ved hjelp av behandlerens responsivitet kan slik forstås som den optimale tilnærmingen til pasienten og en adekvat ivaretagelse av EBPP.

Metodediskusjon

Morrow (2005) viser til at rapporter bør adressere aspekt som vil gi studien økt troverdighet. I henhold til dette har vi støttet oss på Stige et al. (2009) sin evalueringsagenda, EPICURE, hvor det oppfordres til en refleksiv dialog vedrørende metodens kvalitet fremfor bruk av generelle sjekklister. I tråd med dette har vi vurdert vår refleksivitet og påvirkning som forskere gjennom hele prosessen, og vi har redegjort for fremgangsmåte, rammeverk og etiske betraktninger innunder vår metodedel, mens studiens relevant og nytteverdi er forsvart innledningsvis. Videre vil vi diskutere valgt datamengde og studiens begrensninger.

Vi intervjuet 14 psykologer med erfaring i behandling av SF. Ifølge Morrow (2005) har størrelsen på utvalget lite å si i intervjubaserte studier, derimot er det viktig at informasjonen utvalget gir er rik og frembringer variasjon i opplevelsene av fenomenet som studeres. Dette støttes av Braun & Clarke (2021) som viser til at utvalgets størrelse bør avgjøres basert på om innhentet informasjon kan anses som tilstrekkelig til å kunne generere ny kunnskap. Vi anser det som umulig å vite sikkert hvorvidt ny informasjon ikke er å oppdrive og har derfor fokusert på å sikre variasjon i behandlernes teoretiske bakteppe og erfaring knyttet til pasientgruppe og kontekstuelle rammer knyttet til arbeidssted. I begynnelsen av informasjonsinnhentingene så vi at majoriteten av respondentene baserte seg på CBT-E som behandlingstilnærming, og vi forsøkte derfor bevisst å rekruttere flere respondenter med andre behandlingstilnærminger.

Hvordan intervjuet avholdes med aspekt som varighet og dybde kan også bistå i å gi et rikt datamateriale (Morrow, 2005). I tråd med dette utformet vi vår intervjuguide til å starte bredt for å sikre svar fra informantenes subjektive ståsted med liten grad av "føringer" fra intervjuers side. Videre brukte vi mer spesifikke spørsmål for å sikre at det vi ønsket ble besvart og tunnelling for å fange opp for uventet informasjon som fremkom underveis. Vi brukte pilotintervjuer både for å teste guiden med påfølgende revisjon, og for å trene på intervjurollen med påfølgende egenvurdering og tilbakemelding fra veiledere. Her var vi

bevisst på hvordan vår rolle som psykologstudenter kunne gi skjevhet i møte med det som ble fortalt, og samtidig hvordan vår kliniske erfaring kunne gjøre oss bedre i stand til å følge informantenes opplevelse og fortellingsprosess.

Vi valgte å ikke spesifisere et skille mellom AN, BN eller overspisingslidelse som former for SF i vår intervjuguide. Flere informanter påpekte at deres arbeid med tematikken i stor grad rettet seg mot pasienter med AN og BN, og ingen behandlere trakk eksplisitt frem opplevelser i møte med pasienter med overspisingslidelse. Det kan fremstå kontroversielt at en studie som ser på behandleres arbeid med SF ikke fanger opp informasjon om den mest utbredte formen for SF, altså overspisingslidelse. Samtidig var vårt ønske å fange det informantene anså som mest relevant for temaet, deres tanker og assosiasjoner til ambivalens som tematikk, uten å legge føringer gjennom en mer ledende intervjuguide. Videre anslår vi at behandlerens fraværende fokus på ambivalens i møte med mennesker med overspisingslidelse kan gi informasjon i seg selv, eksempelvis at det ikke er en like fremtredende problematikk i denne undergruppen, noe videre forskning vil kunne utforske.

Utvalget vårt medfører begrensninger for studiens ytre validitet, altså dens overføringsverdi. Malterud (2001) viser til at hensikten med forskning er å produsere informasjon som kan deles og være nyttig også utenfor studiens setting. Det presiseres imidlertid at ingen studie, uavhengig av metodebruk kan gi funn som universelt kan generaliseres (Malterud, 2001). Til tross for bredden våre funn representerer med hensyn til behandlerens arbeidssted og teoretiske bakteppe medfører inklusjonskriteriene våre at vi ikke kan hevde at funnene kan overføres til andre yrkesgrupper eller psykologer uten liknende erfaring med pasientgruppen. Dette er viktig å påpeke da våre funn må forstås i lys av informantenes kontekst og bakgrunn. Kriteriene ble satt for å kunne generere mer "rene" data knyttet til psykologer med denne erfaringen, med mindre sjanse for konfunderende variabler knyttet til utdanningsbakgrunn. Det er vår opplevelse at utvalget har gitt et bredt og rikt

datamateriale med stor variasjon og nyanser i henhold til psykologer med erfaring med denne pasientgruppen. Vi kan imidlertid ikke utelukke at det å inkludere flere informanter med andre utgangspunkt eller forståelser kunne bidratt til flere nyanser i datamaterialet.

Som nevnt i metodedelene har vi gjennom hele forskningsprosessen reflektert rundt hvordan vår egne posisjoner, erfaringer og holdninger kan påvirke forskningsprosessen. Et område vi var bevisst på var at vår psykologiske kunnskap kan føre til at vi lar være å utforske hva som ligger i velkjente begrep, på samme måte som vår observasjon om at mange behandlere snakker om samme verktøy, men utøver dem ulikt. For å redusere sannsynligheten for dette, ble det innledningsvis i intervjuet presisert at vi ville be om utdypning selv om begrepene var velkjente, noe vi forsøkte å etterleve til tross for at det var lett å la seg rive med i behandlernes formidlinger.

I vårt refleksive fokus har vi vært særlig oppmerksomme på hvordan vårt kjennskap til behandlingstilnærminger og klinisk praksis kan ha påvirket prosessen, eksempelvis ved noen av forfatterens personlige preferanse for emosjonsfokuset heller enn kognitiv tilnærming. For å ha et kritisk blikk på påvirkningen dette kan ha hatt, både for informasjonsinnhenting og såvel som tolkning og vektleggelse i analyseprosessen, har vi innimellom stoppet opp og sett med et kritisk blikk på arbeidet og hvorvidt det gjenspeiler hva informantene har sagt eller om vi hopper til konklusjoner basert på eget utgangspunkt. Eksempelvis kan forventninger om at behandlere som jobber med CBT-E bruker mindre tid på empatisk validering enn behandlere som jobber emosjonsfokuset ha ført til at vi i intervjuprosessen har spurt mindre etter dette og dermed oppfylt egne forventninger. Vi har hatt jevnlig drøftinger i gruppen der dette er tema, og vi har drøftet inntrykk fra intervju i fellesskap for å få en felles forståelse for innholdet og begrense skjevhet i tolkning. Vi har også forsøkt å skape en balanse i antall utdrag fra hver behandlingstilnærming innenfor de ulike temaene.

Implikasjoner

Sammenstilling av våre funn med forskning på brukerperspektivet tyder på at behandlere bør bestrebe en balansegang mellom ekspertise og relasjonell åpenhet. Det å se hva som kreves i behandlingsøyemed opp mot pasientens behov og bruke klinisk skjønn ved dilemmaer hvor arbeidsalliansen utfordres kan altså bidra til å fasilitere deltakelse hos pasienter med SF. Det forutsetter imidlertid at behandlingens strukturelle rammer muliggjør en slik fleksibilitet. Spesielt arbeidsstedets pasientpågang og tidsrammer ser ut til å påvirke behandlingsvalg, hvor lang tidsramme eller lite pågang tillater mer fleksibilitet, mens kort tidsramme eller mye pågang tillater mindre grad av fleksibilitet. Vi synes dette er viktig å fremheve, da behandlingens mål som til syvende og sist bør være å hjelpe pasienten med å få et bedre liv dessverre kan havne litt i bakgrunnen som en konsekvens av dette.

Vår studie viser også at bruken av manualbaserte tilnærminger bør bestrebes å brukes som en mal fremfor en fasit for å ivareta prinsippene for EBPP. Dette er noe som bør løftes frem for å skape en større bevissthet ved bruk av en slik tilnærming for å sikre større rom for fleksibilitet og responsivitet.

Implikasjoner for fremtidig forskning

Hvordan behandler kan balansere mellom relasjonell åpenhet og ekspertise i møte med denne pasientgruppen bør forskes videre på. Her kan man bruke interpersonal process recall studier og videoopptak av terapi hvor fokuset sentreres rundt behandlerens evne til å imøtekomme og inntone seg etter pasienten og klientens perspektiv. Dette kan bidra til en evaluering og utvikling av terapeutens evne til å balansere en ydmyk ekspertise. Klientperspektivet kan gi innblikk i hva pasienter synes å foretrekke i disse måtene. Dette kan føre til kunnskap om hvorvidt terapeutens antakelse om effektiv behandling sammenfaller med pasientens opplevelser. Slik kunnskap kan tenkes å styrke behandlingstilbudet og redusere

den store frafallsraten som man ser ved behandling av SF, skåne pasienten for mye lidelse, terapeuten for press og bidra til mindre samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Oppsummering

Denne studien har undersøkt hvordan behandlere jobber for å fasilitere økt deltakelse i behandling hos pasienter med SF gjennom å fokusere på hvordan de jobber med ambivalens og deres opplevelse av det. Dette har vært et viktig fokusområde da denne pasientgruppen har høyt frafall fra behandling noe som har negative konsekvenser for individet selv; intrapsykisk og somatisk, samt innebærer samfunnsøkonomiske kostnader. Det fremstår også som et udekt forskningsområde. Våre funn viser til stor variasjon i måten psykologer jobber med ambivalens for å øke deltakelse i behandling for spiseforstyrrelser. Denne variasjonen så vi i sammenheng med psykologenes relative vektlegging av behandlingsinnhold og relasjonell åpenhet. Funnene tyder på at vektleggelse av behandlingsinnhold gjør at arbeidet oppleves mer utfordrende, sammenlignet med opplevelsene til psykologer som i større grad vektla relasjonell åpenhet, og at denne variasjonen også påvirket hvilken plass ambivalens fikk i behandling. Våre funn er diskutert opp mot evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), der både det å vite ambivalens svært mye og svært lite plass synes å være vanskelig å forene med EBPP. Det foreslås derfor en balansert tilnærming til problematikken som vil gi økt fleksibilitet i møte med pasientgruppen, noe som ivaretar EBPP prinsippene i større grad. Et forskningsområde som tenkes å være nyttig i denne sammenheng er hvordan praksis tilrettelegges for å ivareta EBPP.

Referanser

- Ackard, D. M., Cronemeyer, C. L., Richter, S. & Egan, A. (2015). Do symptom-specific stages of change predict eating disorder treatment outcome? *Eating and weight disorder*, 20(1), 49-62. doi: [10.1007/s40519-014-0153-0](https://doi.org/10.1007/s40519-014-0153-0)
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Addis, M. E. & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of clinical psychology*, 68(2), 331-9. doi: [10.1037//0022-006x.68.2.331](https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.2.331).
- Allen, K. L., Fursland, A., Raykos, B., Steele, A., Watson, H. & Byrne, S. M. (2012). Motivation-focused treatment for eating disorders: a sequential trial of enhanced cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *The journal of the eating disorders association*, 20(3), 232-9. doi: [10.1002/erv.1131](https://doi.org/10.1002/erv.1131)
- American Psychological Association. (2021). *Professional practice guidelines for Evidence-based psychological practice in health care*. Hentet fra <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>
- Arcelus, J. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of general psychiatry: american medical association publication*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/info:doi/>
- Arne, S. (2015). Spiseforstyrrelser. I Berge, T. & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg, s. 306). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandini, S., Antonelli, G., Moretti, P., Pampanelli, S., Quartesan, R. & Perriello, G. (2006). Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eating and Weight*

- Disorders*, 11(4), 179-184. doi: [10.1007/BF03327569](https://doi.org/10.1007/BF03327569).
- Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - MI endring på egne vilkår*. Fagbokforlaget; Bergen.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. United kingdom: Oxford university press.
- Bell, L. (2001). What predicts failure to engage in or drop out from treatment for bulimia nervosa and what implications does this have for treatment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8(6), 424-435. doi: [10.1002/cpp.288](https://doi.org/10.1002/cpp.288)
- Bell, L. (2003). What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eating and weight disorders*, 8(3), 181-7. doi: [10.1007/BF03325011](https://doi.org/10.1007/BF03325011).
- Bentham, P. V., Spijkerman, R., Blanken, P. & Kleinjan, M. (2020). A dual perspective on first-session therapeutic alliance: strong predictor of youth mental health and addiction treatment outcome. *European child & adolescent psychiatry*, 29(10). doi: [10.1007/s00787-020-01503-w](https://doi.org/10.1007/s00787-020-01503-w)
- Bergman, H. & Livingstone, N. (2016). Targeted Update: Cognitive behavioural therapy compared to any other psychological therapy for binge eating disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012) Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103-117, DOI: [10.1080/19012276.2012.726815](https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 16(3), 252-260. doi: <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Bourion-Bedes, S., Baumann, C., Kermarrec S., Ligier, F., Feillet, F., Bonnemains, C.,

Guillemin, F. & Kabuth, B. (2013). Prognostic value of early therapeutic alliance in weight recovery: a prospective cohort of 108 adolescents with anorexia nervosa.

Journal of Adolescent Health, 52(3), 344–350.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.017>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in*

psychology, 2(2), 77-101. doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)

Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research*

in sport, exercise and health, 11(4), 589-597. doi: [10.1080/2159676X.2019.1628806](https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806).

Braun, V. & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive)

thematic analysis? *Qualitative research in psychology, 18*(3), 328-352. doi:

[10.1080/14780887.2020.1769238](https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238)

Braun, V. & Clarke, V. (2021) To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 13*(2), 201-216, DOI:

[10.1080/2159676X.2019.1704846](https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846)

Brown, A., Mountford, V. & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Behavior research and therapy, 51*(4), 216-20. doi: [10.1016/j.brat.2013.01.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.008).

Brown, J. (2015). Specific Techniques Vs. Common Factors? Psychotherapy Integration and its Role in Ethical Practice. *American journal of psychotherapy, 69*(3), 301-316. doi:

[10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.3.301](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.3.301)

- Button, M. L., Westra, H. A., Hara, K. M. & Aviram, A. (2014). Disentangling the impact of resistance and ambivalence on therapy outcomes in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive behavior therapy*, 44(1),1-10.
DOI:[10.1080/16506073.2014.959038](https://doi.org/10.1080/16506073.2014.959038)
- Carter, O., Pannekoek, L., Fursland, A., Allen, K. L., Lampard, A. M. & Byrne, S. M. (2012). Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E) for eating disorders. *Behavior research and therapy*, 50(7-8), 487-92. doi: [10.1016/j.brat.2012.03.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.003).
- Clinton, D. N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 29-35. doi: [10.1159/000289028](https://doi.org/10.1159/000289028).
- Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Thompson, D., Luther, D., Crits-Cristoph, K., Jacobs, J., Yin, S. & Crits-Cristoph, P. (2016). Comparative Effectiveness of Cognitive Therapy and Dynamic Psychotherapy for Major Depressive Disorder in a Community Mental Health Setting: A randomized Clinical Noninferiority Trial. *JAMA psychiatry*, 73(9), 904-912. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2016.1720](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1720)
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C. & Agras, W. S. (2005). The Association Between Patient Characteristics and the Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapy for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211. doi: <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/0022-006X.73.2.203>
- Dejong, H., Broadbent, H. & Schmidt, U. (2012) A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International journal of eating disorder*, 45, 635-47. doi: [10.1002/eat.20956](https://doi.org/10.1002/eat.20956).

- De la Rie, S. Noordenbos, G., Donker, M. & Van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. *The international journal of eating disorders*, 41(4): 307-17. doi: [10.1002/eat.20494](https://doi.org/10.1002/eat.20494).
- Dolhanty, J. & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-Focused therapy in the treatment of eating disorders. *Clinical psychology & Psychotherapy*, 16(4), 366-82. doi <https://doi.org/10.1037/0000112-018>
- Eivors, A., Button, E., Warner, S. & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 90-107. doi: [10.1002/erv.492](https://doi.org/10.1002/erv.492).
- Erstad, & Dahlsveen. (2021). *Why do some patients decline eating disorder treatment?* [Hovedoppgave]. The University of Bergen. <https://hdl.handle.net/11250/2759700>
- Escobar-Koch, T., Banker, J. D., Crow, S., Cullis, J., Ringwood, S., Smith, G., van Furth, E., Westin, K. & Schmidt, U. (2010). Service users' views of eating disorder services: An international comparison. *International journal of eating disorders*, 43(6), 549-559. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20741>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press: New york.
- Fassino, S., Pieró, 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. doi: [10.1186/1471-244X-9-67](https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67).
- Feld, R., Woodside, D. B., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P. & Carter, J. C. (2001). Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *International journal of eating disorders*, 29(4), 393–400. <https://doi.org/10.1002/eat.1035>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, D. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How

central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis.

Journal of counseling psychology, 59(1), 10-17. doi:

<https://doi.org/10.1037/a0025749>.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. doi:

<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>

Galletta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York university press. doi:

<https://doi.org/10.18574/nyu/9780814732939.001.0001>

Geller, J., Brown, K. E. & Srikameswaran, S. (2011). The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: A randomized control trial.

International journal of eating disorders, 44(6), 497-505. doi: [10.1002/eat.20847](https://doi.org/10.1002/eat.20847)

Geller, J., Williams, K. & Srikameswaran, S. (2001). Clinical stance in the treatment of chronic eating disorders. *European eating disorders review*, 9(6), 375-373.

doi: [10.1002/erv.443](https://doi.org/10.1002/erv.443)

Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier,

J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D.,

Prestano, C., Satir, D. A. ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. The

International Journal of Eating Disorders, 50(4), 323–340. doi:

<https://doi.org/10.1002/eat.22672>

Guarda, A.S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiology &*

Behavior, 94(1): 113-20. doi: [10.1016/j.physbeh.2007.11.020](https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.020).

Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A.

- (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International journal of eating disorders*, 45(8), 932-941.
- Götestam, K. G., Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Kjelsås, E. V. (2004). Patologisk overspising - en oversikt. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 124, 2118-20.
- 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), 776-81. doi 10.1001/archpsyc.62.7.776.
- Halse, C., Boughtwood, D., Clarke, S., Honey, A., Kohn, M. & Madden, S. (2005). Illuminating multiple perspectives: meanings of nasogastric feeding in anorexia nervosa. *European eating disorders review*, 13, 264-272. doi: 10.1002/erv.624
- Hay, P. J., Claudina, A. M., Touyz, S. & Abdelbaky, G. A. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi: 10.1002/14651858.CD003909.pub2.
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). Om spiseforstyrrelser: Definisjon og diagnostiske kriterier. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier#definisjon-og-diagnostiske-kriterier>.
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). Om spiseforstyrrelser: Generelt om behandling for spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2020, 9. juli). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er>

-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/

- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389-394. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>
- Hoffmann, S. G., Meuret, A. E., Rosenfield, D., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Gorman J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75, 374-379. doi: [0.1037/0022-006X.75.3.374](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.374).
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: [10.1037/a0022186](https://doi.org/10.1037/a0022186)
- Hougaard, E. (1996). *Psykoterapi, teori og forskning*. København: Dansk psykologisk. ISBN 87-7706-386-4.
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 50(3), 170-189. doi: [10.1002/eat.22670](https://doi.org/10.1002/eat.22670).
- Kendall, P. C., Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical psychology: Science and practice*, 25(4). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- Kosmerly, S., Waller, G. & Lafrance Robinson, A. (2015). Clinician adherence to guidelines in the delivery of family-based therapy for eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 48(2), 223–229. <https://doi.org/10.1002/eat.22276>
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical psychology: science and practice*, 22(3), 277-295. doi: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and

- psychotherapy outcomes: *A review and meta-analysis*. 74(11), 1964-1979. doi: [10.1002/jclp.22683](https://doi.org/10.1002/jclp.22683)
- Langer, D. A., McLeod, B. D. & Weisz, J. R. (2011). Do treatment manuals undermine youth-therapist alliance in community clinical practice? *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 427-432. doi: <https://doi.org/10.1037/a0023821>
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International journal of qualitative methods*, 2(3), 21-35. doi: <https://doi.org/10.1177/160940690300200303>
- Le Grange, D. & Eisler, I. (2009). Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 159-73. doi: [10.1016/j.chc.2008.07.004](https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.004)
- Le Grange, D., Accurso, E. C., Lock, J., Agras, S. & Bryson, S. W. (2014). Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 47(2), 124-129. doi: [10.1002/eat.22221](https://doi.org/10.1002/eat.22221).
- Leavey, G., Vallianatou, C., Johnson-Sabine, R. & Rae, S. (2011). Psychosocial barriers to engagement with an eating disorder service: a qualitative analysis of failure to attend. *Eating disorders*, 19(5), 425-40. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22221>.
- Lock, J. & Le Grange, D. (2012). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach*. 2nd ed. Guilford Press.
- Lundh, L. G. (2017). Relation and Technique in Psychotherapy: Two Partly Overlapping Categories. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(1), 59-78. <https://doi.org/10.1037/int0000068>
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8(3), 198-216. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(200005\)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3)

- Mahon, J., Bradley, S. N., Harvey, P. K., Winston, A. P. & Palmer, R. L. (2001). Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: a replication. *International journal of eating disorders*, 30(2), 138-48. doi: [10.1002/eat.1066](https://doi.org/10.1002/eat.1066)
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-8. doi: [10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Mergenthaler, E. & Stinson, C. (1992). Psychotherapy Transcription Standards. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125–142. doi: <https://doi.org/10.1080/10503309212331332904>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of cognitive psychotherapy*, 18(4), 299-308, <https://doi.org/10.1891/jcop.18.4.299.64003>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 250-260. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-54. doi: [10.1002/jclp.20758](https://doi.org/10.1002/jclp.20758).
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Peterson, C. B., Becker, C. B., Treasure, J., Shafran, R. & Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *BMC Medicine*, 14(1), 69–69. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0615-5>
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 19(3),

- 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Rance, N., Moller, N. P. & Clarke, V. (2015). 'Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of health psychology, 22*(5), 582-594. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105315609088>
- Robinson, P., Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2018). *Mentalization-based Treatments for Eating Disorders*. Sveits: Springer.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *Journal of clinical psychology, 56*(2), 233-243. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3)
- Scarborough, J. (2018). Family-based therapy for pediatric anorexia nervosa: Highlighting the implementation challenges. *The Family Journal, 26*(1), 90-98. <https://doi.org/10.1177/1066480717754280>
- Shaffer, H. J. and G. Simoneau (2001). Reducing resistance and denial by exercising ambivalence during the treatment of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment 20*(1), 99-105. doi: [10.1016/S0740-5472\(00\)00152-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00152-5).
- Steinhausen, H. C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry, 159*(8), 1284–1293. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative health research, 19*(10), 1504-16. doi: [10.1177/1049732309348501](https://doi.org/10.1177/1049732309348501)
- Stiles, W. B. & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. I Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects (77-84)*. American psychological association. doi: <https://doi.org/10.1037/0000034-005>.

- Strunk, D. R., Mandel, A. A., Ezawa, I. D. (2021). Being flexible while maintaining fidelity in cognitive behavioral therapy of depression. I Kendall, P. C (Red.), *Flexibility within fidelity: Breathing life into a psychological treatment manual* (s. 61). Oxford university press.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(6), 710-720. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Vandereycken, W. & Pierloot, R. (1983). DO during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 145-156. doi: [10.1111/j.2044-8341.1983.tb01542.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1983.tb01542.x).
- Virginia Braun & Victoria Clarke (2021) To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201-216, DOI: 10.1080/2159676X.2019.1704846
- Vist, G., Jung, S., Straumann, G. H., Ding, K. Y. & Reinar, L. M. (2016). *Cognitive behavior therapy compared to other psychotherapy for treatment of bulimia*. Report from the Norwegian Institute of Public Health. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_2016_bulimi_kognitiv_terapi.pdf
- Von Ranson, K. M., Wallace, L. M. & Stevenson, A. (2013). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 23(3), 333–343. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735377>
- Waller, G. (2016). Treatment protocols for eating disorders: clinicians' attitudes, concerns, adherence and difficulties delivering evidence-based psychological interventions.

- Current psychiatry reports*, 18(4), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0679-0>.
- Wallier, J., Vibert, S., Berthoz, S., Huas, C., Huberg, T. & Godart, N. (2019). Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *The international journal of eating disorders*, 42(7), 636-47. doi: [10.1002/eat.20609](https://doi.org/10.1002/eat.20609).
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «All must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122, 203–15. doi: [10.1037//0033-2909.122.3.203](https://doi.org/10.1037//0033-2909.122.3.203).
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W. W. Norton.
- Weigel, A., Löwe, B. & Kohlmann, S. (2019). Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa. *The journal of the eating disorders association*, 27(2), 195-204. DOI: [10.1002/erv.2643](https://doi.org/10.1002/erv.2643)
- Westmoreland, P., Krantz, J. M. & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The american journal of medicine*, 129(1). 30-37. doi: [10.1016/j.amjmed.2015.06.031](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031)
- Westwood, L. M. & Kendal, S. E. (2011). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(6): 500-508. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01819.x>
- Williams, S. & Reid, M. (2011). ‘It’s like there are two people in my head’: A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology and health*, 27(7): 798-815. doi: [10.1080/08870446.2011.595488](https://doi.org/10.1080/08870446.2011.595488)
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural*

disorders, clinical description and diagnostic guidelines. Gyldendal Norsk Forlag

AS:

Oslo.

Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. & Aime, H. (2015). The role of the therapeutic alliance in eating disorder treatment outcomes: a systematic review. *Eating disorders*, 23(2), 99–114. doi: <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>

Zaitsoff, S., Pullmer, R., Menna, R. & Geller, J. (2016). A qualitative analysis of aspects of treatment that adolescents with anorexia identify as helpful. *Psychiatry research*, 30(238), 251-256. doi: [10.1016/j.psychres.2016.02.045](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.045).

Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C. & Herzog, T. (2005). Drop-out from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 29-37. doi: [10.1111/j.1600-0447.2004.00378.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00378.x).

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The international journal of psychoanalysis*, 37, 369-375.

Zipfel, S., Wild, B., Gros, G., Friederich, H-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., Wietersheim, J. v., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Herzog, W. & ANTOP study group. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9912), 127–37. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8).

Åndanes, M. Høiseth, J. R., Magnussen, M. Thaulow, K. & Kaspersen, S. L. (2021).

Pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere, pårørende og fagfolks erfaringer.

SINTEF. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus>

Vedlegg A

Revidert 20.04.21 – etter tre pilotintervju

Intervjuguide

Hei, og tusen takk for at du ønsker å delta, det setter vi stor pris på. Målet med intervjuet er å samle inn informasjon om kliniske beslutninger i behandling av spiseforstyrrelser, og hvordan behandlere forstår og arbeider med emosjoner og ambivalens. Vi er interessert i dine personlige erfaringer og opplevelser i arbeidet ditt med denne pasientgruppen, så her er det ingen svar som er feil. Kom gjerne med konkrete eksempler! Jeg kommer også til å spørre om eksempel underveis. Vi er jo begge fagpersoner, så selv om vi snakker om kjente begrep, kommer jeg fortsatt til å be deg om å forklare begreper.

Som det stod i samtykkeskjemaet du signerte så tar vi lydopptak av intervjuet som blir slettet etter transkribering, og all informasjon blir lagret på en sikker forskningsserver uten personidentifiserende informasjon. Gjennom intervjuet vil jeg også be deg om å være oppmerksom på å ikke oppgi taushetsbelagt personidentifiserende opplysninger om eventuelle pasienter. Det er helt frivillig å delta og du kan trekke deg underveis eller i ettertid hvis du vil. Jeg estimerer at intervjuet vil ta rundt 1t, og hvis du vil ha en pause underveis så bare si ifra.

Høres det ok ut? Supert, da skrur jeg på lydopptakeren. Som sagt er vi interessert i din opplevelse og dine personlige erfaringer, det er derfor ingen svar som er rette eller gale. Helt først, bare så jeg har noen knagger å henge erfaringene dine på: Hvilken kontekst har du jobbet mest i? Døgnavdeling/post, eller poliklinikk? Og hvis du skulle si noe litt overordnet, hvilken klinisk retning/ teoretisk tilnærming bruker du i ditt arbeid?

Du har jo jobbet en del med mennesker med spiseforstyrrelser, men hva er egentlig spiseforstyrrelser? Og hva handler det om når folk utvikler spiseforstyrrelser?

(Fokus: hva er din forståelse av SPF/hvordan definerer du det? Hva er årsaken til utvikling av SPF?)

Hvilke situasjoner opplever du som mest krevende i arbeid med personer med spiseforstyrrelser?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du komme på en spesifikk situasjon som var spesielt vanskelig for deg?

Hvordan jobber du i disse situasjonene?

Hva støtter du deg på i disse situasjonene?

Hva må man gjøre i behandling av spiseforstyrrelser for at folk skal bli bedre?

Oppfølgingsspørsmål:

*Hva er de viktigste behandlingsfokus og måtene å jobbe på i denne typen behandling?
Hvordan vet du hva du skal gjøre når? (Hva baserer du deg på når du tar disse valgene?
(Teori, empiri, klinisk erfaring, pasientens uttrykte ønsker og behov)*

Hvilken plass har emosjoner i utvikling av spiseforstyrrelser?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvilke typiske emosjonelle utfordringer viser personer med SPF? Hvilke spesifikke emosjoner ser du mest av (skam, sinne, skyld, tristhet, avsky)

Hvilken funksjon fyller SPF i emosjonsregulering? (dempe følelser, fremprovosere følelser, kommunisere følelser, få kontroll på følelser)

Hvilken plass har emosjoner i behandling av spiseforstyrrelser/hvordan jobber du med emosjoner i behandling av spiseforstyrrelser?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan bruker du emosjonene du observerer i det kliniske arbeidet? (identifisere emosjonelle mønstre, intervensjoner)

Når i behandlingsforløpet er det hensiktsmessig å fokusere på emosjoner? Evt. når er det ikke hensiktsmessig?

Hvordan opplever du det å arbeide med emosjoner i behandling av SPF?

Mange som kommer til behandling for spiseforstyrrelser uttrykker jo mye ambivalens, både i ord og handlinger. Hva kan det handle om, når personer med spiseforstyrrelser opplever ambivalens?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan gjenkjenner du det?

Hvordan opplever du at ambivalens endrer seg gjennom behandlingsforløpet?

Hva gjør du typisk i en situasjon der du opplever at klienten er ambivalent i behandling?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan opplever du det å arbeide med ambivalens?

Gjør du ulike ting på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet, eller avhengig av alvorlighetsgrad?

Gitt at ambivalens er så sentralt i behandling av spiseforstyrrelser, hvordan jobber du for at du og klienten din skal bli enige om hva dere skal gjøre i behandlingen?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan påvirker ambivalensen det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut?

Hva gjør du hvis du og klienten din er uenige om hva dere skal gjøre?

Er det noe vi ikke har spurt om, som du tenker er viktig at vi vet om dette temaet?

Hvordan synes du det har vært å bli intervjuet?

Takk for at du ville dele dine erfaringer med oss!

Notater om inntrykk fra intervjusituasjonen:

Vedlegg B

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

“Kliniske beslutninger i spiseforstyrrelsesbehandling - Hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser”

Formål med forskningsprosjektet

Prosjektet gjennomføres i regi av Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Formålet med studien er å produsere kunnskap som kan hjelpe oss å forstå mer om viktige kliniske beslutninger i behandling for spiseforstyrrelser og hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens.

Du blir nå spurt om å delta i et individuelt intervju, der du vil bli spurt om å dele dine erfaringer om arbeidet ditt med behandling av spiseforstyrrelser. Vi er interessert i dine personlige beslutninger, vurderinger, forståelsesmodeller og opplevelser og det finnes ingen fasit. Resultatene fra forskningsprosjektet kan potensielt brukes for å informere og bidra til forbedring av nåværende behandlinger for spiseforstyrrelser. Informasjonen som du gir i intervjuet vil ikke kunne knyttes tilbake til deg når resultatene publiseres.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet utføres i regi av Institutt for Klinisk Psykologi (IKP) ved Universitetet i Bergen. Prosjektet blir ledet av førsteamanuensis/psykologspesialist Signe Hjelen Stige og førsteamanuensis/psykologspesialist Yngvild Sørebo Danielsen. Studenter fra siste året på profesjonsstudiet i psykologi, UiB, vil gjennomføre intervjuet med deg som del av sin masteroppgave.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi søker behandlere som har erfaring med å jobbe med psykologisk behandling av spiseforstyrrelser, og som kunne tenke seg å dele sine tanker og erfaringer om behandling for spiseforstyrrelser med oss.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et forskningsintervju enten ved Universitetet i Bergen eller det kan gjennomføres ved din arbeidsplass. Intervjuet vil vare i ca. 1 time og gjennomføres av en av masterstudentene tilknyttet prosjektet. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer med behandling for spiseforstyrrelser – f.eks. hva du opplever som viktige kliniske beslutningsprosesser i arbeidet med spiseforstyrrelser og hva du baserer deg på i disse prosessene. Det vil også fokuseres mer spesifikt på dine erfaringer med terapeutisk arbeid med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser. Dine svar fra intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak og lagret i henhold til personvernloven på UiB sin sikre forskningsserver (SAFE). Lydopptakene vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptaket vil så fort som mulig bli gjort om til skriftlig form og lagres uten navn eller personidentifiserbare opplysninger. Lydopptaket vil bli slettet med en gang intervjuet er skriftliggjort og aidentifisert. Vi vil deretter undersøke hvilke temaer som går igjen i svarene fra de som har blitt intervjuet. Resultatet fra forskningsprosjektet vil formidles i to masteroppgaver i

psykologi, som i etterkant vil videreutvikles til forskningsartikler. Alle opplysninger om deg vil bli aidentifisert i publikasjoner og formidling av resultater.

Mulige fordeler og ulemper

Prosjektet gir mulighet til å dele viktige erfaringer og bidra til kunnskapsutvikling. En mulig ulempe er at intervjuet tar noe tid å gjennomføre.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Hvis du under eller etter intervjuet kommer fram til at du ikke vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg fra prosjektet kan du be om 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 prosjektleder Yngvild Sørebo Danielsen, tlf. 48117634, e-post: yngvild.danielsen@uib.no

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektlederne Yngvild Sørebo Danielsen og Signe Hjelen Stige som har tilgang til denne listen som lagres på et eget område på forskningsserveren. Opplysningene om deg vil bli aidentifisert og vil bli slettet fem år etter prosjektslutt. Datamaterialet vil lagres ved bruk av SAFE- Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur. SAFE bygger på Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenestene og sikrer at informasjonssikkerheten med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet blir ivaretatt ved behandling av sensitive personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Godkjenning

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitetet i Bergen og prosjektleder Yngvild S. Danielsen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Institutt for Klinisk Psykologi, Universitetet i Bergen ved Yngvild Sørebo Danielsen.

Epost: Yngvild.Danielsen@uib.no

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no)

eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Yngvild Sørebo Danielsen
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Signe Hjelen Stige
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet **“Kliniske beslutninger i spiseforstyrrelsesbehandling - Hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser”**

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju på ca. 1 time.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31.12.2024.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg C



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Ingvild Haaland		09.02.2021	237770

Deres referanse:

Yngvild Sørebo Danielsen

237770 Kliniske beslutninger i spiseforstyrrelsesbehandling - Hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen

Søker: Yngvild Sørebo Danielsen

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med prosjektet er å belyse klinikers beslutningsprosesser og intervensjonsstrategier når de arbeider med personer med spiseforstyrrelser, og hvordan disse prosessene er informert av terapeutisk tilnærming. Ved hjelp av individuelle, kvalitative intervju med fra klinikere som arbeider ut ifra ulike terapeutiske retninger, vil man kunne utforske hvordan behandlere bruker teori og forskning i krevende kliniske beslutningsprosesser, og om eventuell forskjellig konseptualisering av spiseforstyrrelse og behandlingsbehov innen ulike terapeutiske retninger også gjør seg gjeldende i behandleres opplevelser av, og refleksjoner rundt kliniske beslutningsprosesser og valg av intervensjonsstrategier. I dette prosjektet vil vi særlig fokusere på hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens innenfor konteksten av behandling av spiseforstyrrelser. Emosjoner og ambivalens er sentrale tema knyttet til spiseforstyrrelser, og ønsket bak prosjektet er at økt kunnskap om behandleres opplevelse rundt dette vil kunne bidra til å forbedre behandlingstilbud som finnes for mennesker som preges av spiseforstyrrelser.

REKs vurdering

Det vises til innsendt Fremleggingsvurdering mottatt 28.01.2021.
Fremleggingsvurderingen er behandlet av leder for REK vest.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Det omsøkte prosjektet skal undersøke terapeuters kliniske beslutningsprosesser og intervensjonsstrategier ved behandling av spiseforstyrrelser. Det skal utføres kvalitative intervjuer med behandlerne, og det skal innhentes samtykke fra disse til å delta i prosjektet. Behandlerne vil før intervjuene starter gjøres oppmerksomme på at de ikke må oppgi taushetsbelagte personidentifiserende opplysninger om pasienter.

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

Komiteen vurderer prosjektet som helsetjenesteforskning, som ikke har til formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller utenfor helseforskningsloven virkeområde, og er ikke søknadspliktig for REK. Dette rådet er å anse som veiledende, jmf. forvaltningsloven § 11.

Vi gjør oppmerksom på at prosjektet må meldes til personvernombudet ved ansvarlig institusjon.

Vedtak

Ikke fremleggspliktig

Prosjektet er ikke søknadspliktig for REK.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Prof., Dr.med
Komiteleder

Ingvild Haaland
Rådgiver

Vedlegg D

Hei,

Vi tar kontakt med deg for å undersøke om du kunne være interessert i å delta i et prosjekt vi gjennomfører ved Universitetet i Bergen.

Prosjektet har som formål å forstå hvordan behandlere jobber med spiseforstyrrelser med hovedfokus på hvilke situasjoner som oppleves særlig krevende og hvordan behandlere gjør kliniske valg og jobber terapeutisk i disse situasjonene. Videre er vi interessert i hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens hos denne pasientgruppen.

Prosjektet er godkjent av NSD og dataene vil bli brukt i to hovedoppgaver ved profesjonsstudiet i psykologi ved UiB – en med hovedfokus på ambivalens og en med hovedfokus på emosjoner. Veiledere på begge oppgavene er førsteamanuensis Signe Stige og førsteamanuensis Yngvild Danielsen.

Intervjuet vil ta ca. 1-2 timer. Vi ønsker psykologer/psykologspesialister som informanter både fra poliklinisk og døgnpost.

Håper dette var utfyllende nok. Spør gjerne om noe er uklart.

Ta kontakt med ... ved interesse.