



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner**

**Reinforced self-help group as a method for working with non life-threatening eating disorders among girls and women**

Kathrin Tharaldsen

Totalt antall sider inkludert forside: 50

Molde, 27.05.10



Høgskolen i Molde

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner**

**Tittel på engelsk: Reinforced self-help group as a method working with non life-threatening eating disorders among girls and women**

**Forfatter(e): Kathrin Tharaldsen**

**Fagkode: VPL05**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Ole David Brask**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 27.05.10**

**Antall ord: 11 779**

*I selvhjelpsgruppa kunne jeg litt etter litt sette ord, muntlige ord, på noen av tankene mine. Jeg fikk luftet noen tanker for de andre og fikk deres reaksjoner. Fra gruppa fikk jeg spørsmål jeg måtte tenke over og svare på. Når jeg hørte meg selv svare, kunne jeg ta stilling til om jeg var ærlig mot meg selv eller ikke. Jeg grep meg selv i løgn flere ganger i den perioden og fortalte det etterpå til de andre. Det har ført til en bevisstgjøring av hva jeg selv egentlig vil.*

(Andresen og Talseth 2000:174)

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Begrunnelse for tema .....	1
1.2 Oppgavens formål .....	2
1.3 Temaets relevans for vernepleiere .....	3
1.4 Oppgavens disposisjon.....	4
<b>2.0 PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>6</b>
2.1 Presentasjon og begrunnelse av problemstilling .....	6
2.2 Avgrensning av problemstilling.....	7
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>8</b>
3.1 Beskrivelse av metode.....	8
3.2 Presentasjon av metodevalg .....	8
3.2.1 Litteraturstudie .....	8
3.2.2 Validitet og reliabilitet .....	9
3.3 Presentasjon av eget faglig ståsted .....	9
3.4 Forforståelse .....	10
<b>4.0 TEORI</b> .....	<b>12</b>
4.1 Selvhjelp.....	12
4.2 Forsterket selvhjelpsgruppe .....	16
4.3 Spiseforstyrrelser og behandlingstilbud .....	21
4.3.1 Grupper og forekomst .....	21
4.3.2 Behandlingstilbud .....	22
4.4 Selvhjelp og spiseforstyrrelser .....	24
<b>5.0 DRØFTNING</b> .....	<b>26</b>
5.1 Hvor godt eier en forsterket selvhjelpsgruppe seg som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner? .....	26
5.2 Utfordringer i en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk .....	31
5.3 Undergrupper som ikke har eller har en mindre effekt av en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk .....	32
<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>35</b>
6.1 Oppsummering.....	35
6.2 Konklusjon .....	35
6.3 Refleksjon .....	38
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>40</b>
7.1 Samlet pensum .....	40
7.1.1 Bøker .....	40
7.1.2 Hefter.....	40
7.1.3 Offentlige utredninger, stortingsmeldinger og lover.....	42
7.1.4 Rapporter, artikler og tidsskrifter .....	42
7.2 Selvvalgt pensum .....	43

## **1.0 INNLEDNING**

### ***1.1 Begrunnelse for tema***

Jeg ønsker å skrive en oppgave som baserer seg på selvhjelp, forsterket selvhjelpsgruppe og spiseforstyrrelser, og jeg ønsker videre å kombinere dem som metodikk i arbeid. Selvhjelp er ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2004) ”å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:7). Videre poengterer Sosial- og helsedirektoratet (2004:8) at en forsterket selvhjelpsgruppe vil si at når en eller flere profesjonelle ledere, eller et eller flere mennesker som har fått lederkunnskap via ekstern veiledning er tilstede i selvhjelpsgruppen.

Jeg har fra liten av vært interessert i spiseforstyrrelser, og jeg har selv fått erfare hvordan det er å leve med en spiseforstyrrelse både ved et livstruende og ikke livstruende stadium gjennom syv år med anoreksi. Dette har medvirket til at jeg nå i senere tid har fått interesse særlig om dem som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse og deres behandlingstilbud/forbedringsarbeid. Skårderud m.fl. (2004) fremhever at flesteparten som har en spiseforstyrrelse er daglig på skole eller arbeid, og for andre enn dem selv er ikke problemet synlig siden de fleste er normalvektige. For å få mer kunnskap om spiseforstyrrelser ønsker jeg å finne mer ut av behandlingstilbud som kan gjøre seg gjeldende for jenter og kvinner som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse.

Nytteverdien med oppgaven ser jeg på som å fremheve at en ikke trenger å være helt ”på bunnen” før en velger å oppsøke et behandlingstilbud. Vederhus m.fl. (2008), som skriver om selvhjelpsgrupper i forhold til rusmiddelavhengige, sier at grensene for å delta i en selvhjelpsgruppe vil være lav. Vederhus m.fl. (2008) påpeker også at det kan være en tanke å spørre seg selv om en behøver å være helt ”på bunnen” før vedkommende oppsøker hjelp. Videre sier Vederhus m.fl. (2008) at det vil være mennesker som oppfatter at de ikke vil oppleve å være ”helt på bunn”, og i tillegg vil det være mennesker i

selvhjelpsgrupper som både har tapt alt på grunn av rusmiddelavhengigheten og dem som har mestret å beholde både familie, arbeid og barn. Ifølge Godager (2006) handler blant annet anvendelse av selvhjelp om å benytte selvhjelp som et forebyggende verktøy før vedkommendes problem har utviklet seg til å bli lammende eller hemmende.

### **1.2 Oppgavens formål**

Oppgavens formål er at jeg ønsker å tydeliggjøre at en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk, kan være et forbedringsarbeid for jenter og kvinner som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse. Selvhjelpsgrupper regnes som et forbedringsarbeid, men det kan også være et behov for å se dette i sammenheng med behandlingstilbud for øvrig skriver Sosial- og helsedirektoratet (2004:7). Skjelbreid og Uhre (2007) mener at selvhjelpsgrupper kan ses på som et fullverdig alternativ som inngår i det hjelpetilbudet som finnes, og ikke bare et supplement til de tradisjonelle behandlingene. I tillegg fremhever Snoek og Engedal (2000) at ”selvhjelpsgrupper er ikke gruppeterapi i egentlig forstand, men kan ha betydelig terapeutisk effekt i den forstand at de fremmer mestring og gir sosial støtte” (Snoek og Engedal 2000:50).

Videre tenker jeg at bacheloroppgaven kan være relevant for mennesker som har en spiseforstyrrelse, og for dem som kjenner noen som har en spiseforstyrrelse. Ved å lese oppgaven kan de få kjennskap til flere forbedringsarbeid for dem som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse. Forbedringsarbeidet kan bidra til at jentene og kvinnene skal kunne oppleve at hverdagen føles lettere og mer positiv. For dem som har familie, venner, kollegaer og/eller andre kjente kan de dra nytte av oppgaven gjennom at de får kjennskap til et eventuelt forbedringsarbeid. Oppgaven kan også være nyttig for helse- og sosialarbeidere, eventuelt andre profesjoner, som arbeider med mennesker som har en ikke livstruende spiseforstyrrelse ved at de kan tilegne seg kunnskap om flere arbeidsmåter og synsvinkler.

For å fremheve formålet med oppgaven ønsker jeg også å poengtere at ”Folkehelsemeldingen” (St. meld. nr. 16, 2002/2003), som siteres i Nasjonal plan for

selvhjelp, fokuserer på at ”målet er å gjøre selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp og bidra til at selvhjelp som verktøy kan brukes innen psykisk helsearbeid, både for brukere og hjelpere” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:6).

### **1.3 Temaets relevans for vernepleiere**

For å fremheve at temaet er relevant for vernepleiere ønsker jeg å sitere fra Utdannings- og forskningsdepartementet (2005), som påpeker i rammeplanen for vernepleierutdanningen under kapittel 3, punkt 3.2 at:

*Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester.*

(Utdannings- og forskningsdepartementet 2005:4)

Jeg mener at en spiseforstyrrelse kan ses som en fysisk funksjonsvanske ved at for eksempel vedkommende kan oppleve tretthet og muskelsmerter, som er et av spiseforstyrrelsens symptomer ifølge Skårderud (2000:20). Spiseforstyrrelsen kan også være en psykisk funksjonsvanske ved at vedkommende kan ha en lav selvfølelse, og en sosial funksjonsvanske gjennom en sosial tilbaketrekning som bekreftes av Skårderud (2000:19f).

FO (2002a) skriver at ”yrkesutøverne fremmer likeverd og respekt, møter menneskers behov og bidrar til at de får brukt sine ressurser. Arbeidet skal ivareta enkeltindividet og forståelsen av menneskenes gjensidige avhengighet av hverandre for å skape livskvalitet for alle” (FO 2002a:2). De prinsippene som vernepleiere følger, og som gjør seg mest gjeldende ved at en forsterket selvhjelpsgruppe ses på som en metodikk i arbeid, ser jeg på som å ivareta respekten overfor den enkeltes frihet, selvbestemmelse og livsverdier, og at alle mennesker er likeverdige. I tillegg vil jeg fremheve prinsippene om etisk og faglig

relasjon mellom vernepleieren og brukeren gjennom tillit, åpenhet, redelighet, omsorg og nestekjærlighet. Vernepleiere har også taushetsplikt og vil stimulere til samhold mellom blant annet individer og grupper. Møtet mellom vernepleieren og brukeren omfatter også myndiggjøring som ”innebærer at bruker/klient får hjelp til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og har innflytelse og styring over eget liv. Sentrale begrep er verdighet og respekt” (FO 2002a:6).

Ved at en forsterket selvhjelpsgruppe ses på som en metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser, vil jeg fremheve at vernepleiere kan se utfordringer tverrfaglig gjennom profesjonens forbindelse av helsefag, sosialfag, pedagogikk og psykologi ifølge FO (2008:22). Det fremheves også av FO (2008:23) at vernepleiere i arbeid med psykiske problemer vil være en vesentlig bidragsyter. Ifølge FO (2002b) har vernepleiere ”kunnskaper om vanlige livsproblemer, om psykiske lidelser og hvordan psykiske lidelser oppstår, forebygges og behandles” (FO 2002b:17). Vernepleiere har også kunnskaper ”som er nødvendig for å kunne tilrettelegge tjenester best mulig slik at psykiske lidelser ikke oppstår og for bedre å kunne avdekke og identifisere symptomer på psykiske lidelser” (FO 2002b:17).

#### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1.0 *Innledning* vil dreie seg om begrunnelse for valgt tema, oppgavens formål og relevansen temaet har for vernepleiere. I kapittel 2.0 *Problemstilling* vil jeg presentere problemstillingen og begrunnelsen av den, og også komme med en avgrensning knytt til problemstillingen. Ved kapittel 3.0 *Metode* vil det bli tatt for seg metode, presentasjon av metodevalg og faglig ståsted som inneholder oppgavens faglige perspektiv, og sist en redegjørelse av min egen forforståelse. Videre vil jeg i kapittel 4.0 *Teori* fremlegge teori om selvhjelp, forsterket selvhjelpsgruppe, spiseforstyrrelse og behandlingstilbud og selvhjelp i kombinasjon med spiseforstyrrelser. Kapittel 5.0 *Drøftning* vil omhandle hvor godt en forsterket selvhjelpsgruppe vil eie seg som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner. I tillegg vil kapittelet dreie seg om utfordringer i en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk, og undergrupper som ikke har



eller har en mindre effekt av en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk. Til slutt vil kapittel 6.0 *Avslutning* inneholde en oppsummering, konklusjon og refleksjon.

## 2.0 PROBLEMSTILLING

### ***2.1 Presentasjon og begrunnelse av problemstilling***

Bacheloroppgavens problemstilling vil være: *Hvilke muligheter har en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner?*

Som nevnt tidligere ønsker jeg å se nærmere på om en forsterket selvhjelpsgruppe kan gjøre seg gjeldende, som en metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner. Jeg vil også fremheve i drøftningen hvilke muligheter en forsterket selvhjelpsgruppe har, ved at jeg mener at fokuset på muligheter kan ses i sammenheng med om metodikken vil gjøre seg gjeldende. Ved at jeg anvender forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk ønsker jeg å fremheve et regnestykke som Talseth m.fl. (2004) påpeker. Ifølge Talseth m.fl. (2004) vil en kompetanseheving være et resultat på en sammenfatning av brukerkunnskap og profesjonell kunnskap, ved at ny kunnskap kan bli resultatet. Ved å velge forsterket selvhjelpsgruppe ønsker jeg å fremheve at dette også kan være et tilbud til dem som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse.

Ved å fokusere på jenter og kvinner som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse ønsker jeg å fremheve behovet for flere tilbud som innebærer endringsarbeid. I tillegg ønsker jeg å belyse at det også kan være viktig med et endringsarbeid selv om en ikke lider av en alvorlig spiseforstyrrelse. Ifølge Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2012) poengteres det at behandlingstilbudet for dem som har en lettere psykisk lidelse har et behov for økning. I tillegg fremhever Skårderud m.fl. (2004) at oppmerksomheten er rettet mot behovet for sykehusstilbud til de aller dårligste, og at en dermed ikke må glemme at de fleste som har en spiseforstyrrelse har et problem som ikke er synlig for andre.

## ***2.2 Avgrensning av problemstilling***

Jeg velger å avgrense problemstillingen til jenter og kvinner med bakgrunn av at flesteparten som får en spiseforstyrrelse er jenter og kvinner. Dette forankres ved at Skårderud m.fl. (2004) skriver at av dem som har en spiseforstyrrelse er det 10-20 % gutter og menn. Det vil si at 80-90 % av dem som har en spiseforstyrrelse er jenter og kvinner.

Problemstillingen avgrenses også i forhold til en ikke livstruende spiseforstyrrelse. Jeg ser på ikke livstruende spiseforstyrrelse som dem som har fått tildelt en diagnose innenfor spiseforstyrrelse, som blant annet kan være anoreksi og bulimi, av fastlege eller eventuelt en annen relevant profesjon. Her tenker jeg at spiseforstyrrelsen ikke har kommet til et livstruende stadium. For meg innebærer det å ha en ikke livstruende spiseforstyrrelse at menneskene ikke ha en kritisk lav vekt og/eller er så nedstemt at det er fare for selvmord. Under denne definisjonen er menneskene også for "friske" til å kunne bli tvangsinnlagt eller frivillig innlagt på en psykiatrisk avdeling ved et sykehus.

## **3.0 METODE**

### ***3.1 Beskrivelse av metode***

Før jeg presenterer egne metodevalg med begrunnelse, styrker og svakheter ønsker jeg å fremme Dalland (2007) som anvender Vilhelm Aubert for å beskrive hva en metode er; ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985:196)” (Dalland 2007:81).

### ***3.2 Presentasjon av metodevalg***

#### ***3.2.1 Litteraturstudie***

Ved at jeg anvender litteraturstudie som metode blir det anvendt teorier fra ulike forfattere. En teori er ifølge Garsjø (2001:77) påstander om sammenhenger som er et ryddig sett og som har betydning innenfor tilværelsen, dette gjelder i en større eller mindre del. Videre fastsetter og tydeliggjør en teori virkeligheten på en utvilsom måte ved hjelp av et sett ”briller” skriver Garsjø (2001:77). Jeg mener at disse ”brillene” er noe ethvert menneske har på seg, og som kan ses som den forforståelsen som hver enkelt har. Forforståelse forklares nærmere under punkt 3.4.

For at oppgaven skulle baseres på en litteraturstudie har jeg anvend litteratursøk ved hjelp av BIBSYS. Her valgte jeg å konsentrere meg om søk innenfor helse- og sosialfag, for det meste utgaver etter år 2000, utgivelser som er godkjent av veileder ved Høgskolen i Molde og norsk og engelsk språk. Søkeord jeg anvendte var blant annet spiseforstyr?, selvhjelp, selvhjelpsgruppe og self-help. I oppgaven har jeg blant annet anvendt bøker, artikkelsamlinger, internett, nasjonale planer, forskning og egne erfaringer.

En svakhet ved å velge litteraturstudie kan være at oppgaven vinkles for mye til et teoretisk utgangspunkt. En styrke kan være at en mestrer å anvende utarbeidede teorier i et nytt perspektiv. Litteraturstudie som metode har i min oppgave hjulpet meg til å undersøke

og påpeke teorier som er relevante for problemstillingen, og at jeg deretter kan drøfte dem opp mot problemstillingen.

### **3.2.2 Validitet og reliabilitet**

I oppgaven vil validiteten bære preg av egen forforståelse i forhold til problemstillingen. Dalland (2007:48) nevner at validitet betyr relevans og gyldighet overfor problemstillingen som omtales. Validitetens form i oppgaven vil være farget av egen forforståelse på grunn av innhenting av teori som jeg har valgt, og det kan være at andre ikke mener de er like gyldige. Jeg ønsker også gjennom å anvende godkjent litteratur å fremme oppgavens validitet. Forforståelse omtales under punkt 3.4

Ifølge Dalland (2007:48f) anses reliabilitet som pålitelighet. Her poengteres det at innhentet teori og annen informasjon må være mest mulig nøyaktig. Ved å utføre grundig kildehenvisninger i teksten og litteraturlisten, og i tillegg være kritisk til hvilke teori jeg anvender ønsker jeg at oppgavens reliabilitet styrkes. Under reliabilitet kan det være viktig å nevne at feilkilder kan fremtre. Som feilkilde i denne oppgaven kan det oppleves for enkelte lesere at jeg gjennom egen forforståelse har tolket den anvendte teorien annerledes enn hvordan dem selv ville ha utført det. Det kan også være et faktum at jeg gjennom egen forforståelse har tolket teorien ubevisst til en retning jeg ser har relevans for problemstillingen.

### **3.3 Presentasjon av eget faglig ståsted**

Eget faglig ståsted er de kunnskapene og erfaringene jeg har tillagt og tillært meg gjennom vernepleierutdanningen, og fra fordjupningspraksis i en ungdomspsykiatrisk avdeling. Ståstedet er også påvirket av kunnskaper og erfaringer fra tidligere hudpleieutdanning, egne erfaringer innenfor psykisk helse og anoreksi, ulike behandlingsformer, selvhjelpsgruppe og deltakelse på sommerleir arrangert av Interessegruppa for Kvinner med Spiseforstyrrelser (IKS).

Ut fra at vernepleiere arbeider etter Verdens helseorganisasjon (WHO) definisjon på helse forstås helse som ”at et menneske ikke bare er fri fra sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære” (FO 2002b:8). Dermed vil mitt faglige perspektiv for valg av tema og problemstilling være det salutogentiske perspektivet til Antonovsky. Ifølge Kristoffersen (1996:73) legger sosiologiprofessoren Antonovsky vekt på helse fremfor sykdomsbegrepet. Salus betyr helse og velferd, og genesis betyr fødsel eller utspring. Talseth og Godager (2007) poengterer gjennom Antonovsky (2000) at ”det å ha helse betyr å være i endring/bevegelse ved å kunne ta i bruk egne krefter og ressurser for å oppnå en bedre (psykisk) helse tross problemer, smerte og kroniske sykdommer” (Talseth og Godager 2007:19).

”Motstandsressursen” blir kalt ”koherensfølelse” (følelse av sammenheng), og handler ifølge Talseth og Godager (2007) ”om å ha en følelse av å ha tilhørighet, å oppleve seg som en del av en større sammenheng og ha muligheter til å ha kontroll over eget liv” (Talseth og Godager 2007:19). Når selvhjelp blir sett ut fra et salutogentisk perspektiv kan forståelsen og praksisen fremheves i arbeid som er helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende ifølge Talseth og Godager (2007:20).

### **3.4 Forforståelse**

Før redegjørelse for egen forforståelse vil jeg formidle hva forforståelse, våre ”briller” er. Aadland (2004:184ff) skriver at forforståelse er det utgangspunktet vi har, og språk, holdninger og oppfatninger og erfaringer har innvirkning på våres forforståelse. Samtidig har vi både en bevisst og ubevisst forforståelse som kan være positiv og/eller negativ ifølge Aadland (2004:189), og hermeneutisk sett blir dette også kalt fordommer. Aadland (2004:213) forklarer videre at hermeneutikken er ens egen forståelse og fortolkning.

Dalland (2007:90ff) nevner at en bør redegjøre for egen forforståelse og forstå at en ikke kan stille med ”blanke ark”. Min forforståelse vil komme til uttrykk av valgt teori gjennom oppgaven, i drøftningen som egne meninger og i oppsummeringen. Ved å anvende den valgte teorien må jeg tenke over at forfatterne har selv anvendt teori fra andre, og skrevet

egne meninger fra deres forforståelse. Forforståelsen min vil også være preget av egne livserfaringer gjennom syv år med spiseforstyrrelse som jeg fremhever i innledningen. Jeg må i tillegg være obs på at egne livserfaringer kan føre til feilkilder ved at å være opphengt i dårlige erfaringer kan hindre meg i å se muligheter, nyanser eller lignende. Samtidig kan det å være opphengt i positive erfaringer hindre meg i å se hvilke utfordringer som er til stede og svakheter som gjelder ved temaene.

## **4.0 TEORI**

I oppgavens teoridel vil jeg ta for meg teorier om selvhjelp, forsterket selvhjelpsgrupper, spiseforstyrrelser og behandlingstilbud, og selvhjelp og spiseforstyrrelser i kombinasjon med hverandre. Ved at jeg anvender teorier relatert til de nevnte temaene ønsker jeg å fremheve punkter som ses som relevante i forhold til problemstillingen; forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner. I neste kapittel ønsker jeg å drøfte problemstillingen med utgangspunkt i teoriene.

### **4.1 Selvhjelp**

Sosial- og helsedirektoratet (2004:3) skriver at selvhjelp fokuserer på egenmestring og brukermedvirkning. Den enkeltes evne og mulighet til å delta ved ens egen endringsprosess betegnes som selvhjelpens tiltak. Selvhjelp defineres som ”å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:7). Det nevnes også av Sosial- og helsedirektoratet (2004:5) at både erfaringsbasert kunnskap og forskning konkluderer med at selvhjelp kan bidra til at livskvaliteten til hver enkelt deltaker bedres.

Hauff og NSF (Stiftelsen Norsk Selvhjelpsforum) (2009) definerer selvhjelp som forståelse og verktøy; ”Selvhjelp er å ta utgangspunkt i opplevelsen av eget problem, gå inn i en prosess sammen med andre, for gjennom denne å erverve innsikt som aktiverer bruk av egne erfaringer for å oppnå forandring” (Hauff og NSF 2009:2). Begrunnelsen for bruken av selvhjelp er at en tar egne følelser og opplevelser på alvor, blir fortrolig overfor dem og anvender dem i egne endringsprosesser, og også dette å møte andre mennesker som har lignende erfaringer, forklarer Hauff og NSF (2009).

Først i delkapittelet relaterer jeg selvhjelp med egenmestring. For å begrunne dette ønsker jeg å fremheve at Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og



omsorgsdepartementet (2007-2012:19) sier at følelsen av mestring fremheves gjennom selvhjelp, og dermed kan en styrke sin egen psykiske helse. Sosial- og helsedirektoratet (2004:5) poengterer at ved psykisk helsearbeid kan selvhjelpsarbeidets verktøy være fokusering på mestring. Selvhjelpen vil bidra til mestring av spiseforstyrrelsens symptomer påpeker Skårderud m.fl. (2004). Søvik og Larsen (2008) påpeker at selvhjelpskurs kan ha betydning for å kunne mestre hverdagen på en bedre måte. Mestring ses i sammenheng med fremgangsmåten til vedkommendes egenmotivering, tankegang og følelser, og dette vil ha betydning for hvor mye den enkelte må arbeide for å gjennomføre en handling, ifølge Søvik og Larsen (2008). Søvik og Larsen (2008) sier videre at selvhjelpsteknikker fører til positive mestringserfaringer som vil si at menneskene opplever at de mestrer mer.

Sosial- og helsedirektoratet (2004:3) forteller at brukermedvirkning er relatert til selvhjelp. Selvhjelpsarbeidets tiltak vil gå ut på at ethvert menneskes evne styrkes, og at vedkommende får en mulighet til å delta ved ens egen endringsprosess ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2004:3). Videre sier Sosial- og helsedirektoratet (2006:8) at brukermedvirkning innebærer at en selv er ansvarlig for sin del av arbeidet mot et bedre liv. Talseth og Godager (2007:12) poengterer ved at hver enkelts opplevelse av ens situasjon fremheves, blir også brukermedvirkningen fremhevet i selvhjelpen. Brukermedvirkningen kan også gjøre seg synlig ved at en medvirker til hvordan en skal handle overfor egen sykdom/problem ifølge Talseth og Godager (2007:12). Storm (2009:21) skriver ved hjelp av Thornicroft og Tansella (2005) at for å kunne styrke livskvaliteten og mestring hos et menneske fokuseres det på brukermedvirkning. Ifølge Søvik og Larsen (2008) kan brukermedvirkningen fremtre ved at en formidler egne ønsker og behov, og dermed kunne få mer kontroll over egen situasjon gjennom en aktiv deltakelse.

Ifølge Talseth og Godager (2007:14) er empowerment en sentral del av selvhjelp. Empowerment skal bidra til at en hver får kjennskap til sine egne problemer, og for å kunne skaffe de ressursene som trengs for å håndtere hverdagen, nevner Talseth og Godager (2007:14). Hauff og NSF (2009:8) påpeker også at empowerment er utgangspunktet for selvhjelpsarbeid, og for at ethvert menneskes iboende ressurser og muligheter blir fremhevet. Loland (2006:7) poengterer at selvhjelp innebærer at en selv

utvikler seg fra å være en passiv mottaker til å være en aktiv deltaker i sitt eget liv. Videre forklarer Sosial- og helsedirektoratet (2004) at empowerment relatert til selvhjelp vil si at ”det er snakk om en prosess som kan gjøre den enkelte bedre i stand til å identifisere og artikulere sitt problem, og med det skape grunnlag for å bedre egen livssituasjon” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:8). Sosial- og helsedirektoratet (2006:9f) fremhever at empowerment forutsetter at kontroll og innflytelse ved sin egen livssituasjon vil være viktig for et hvert menneske. Ifølge Askheim (2003) og Løken (2005) som omtales i Sosial- og helsedirektoratet (2006:10) kan en selv også finne egne løsninger ved ens egen situasjon, og dette foregår gjerne i samspill med andre.

Som nevnt tidligere fremhever ”Folkehelsemeldingen” (St. meld. nr. 16, 2002/2003) i Nasjonal plan for selvhjelp at ”målet er å gjøre selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp og bidra til at selvhjelp som verktøy kan brukes innen psykisk helsearbeid, både for brukere og hjelpere” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:6). Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2012) poengterer at ”selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement eller alternativ til behandling for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse, og erfaring viser at det er en god måte å jobbe på for å fremme mestring og deltakelse” (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2007-2012:32). Departementene (2007-2012:19) skriver videre at selvhjelp kan øke den enkeltes mulighet for deltakelse i samfunnet.

Ifølge Godager (2006) er selvhjelpsarbeid politisk forankret i folkehelsearbeid, og Opptrappingsplanen for psykisk helse står for midlene til satsningen. De nevnte faktorene til sammen vil gi to signaler:

- *Selvhjelp handler om å ta sin egen psykiske helse på alvor.*
- *Selvhjelp og psykisk helse angår alle, og er slik en viktig del av nasjonens arbeid med folkehelse. Det er en del av en bred tilnærming til helse. Det handler ikke om å ”bli syk først”, for deretter styrke helingsprosessen med selvhjelp. Det handler om å bruke selvhjelp der det er hensiktsmessig som et forebyggende verktøy, før et*

*problem utvikler til å bli lammende eller hemmende. Men selvsagt er selvhjelp et viktig bidrag i arbeidet med rehabilitering og endringer i eget liv.*

(Godager 2006)

Skårderud m.fl. (2004) skriver at i tillegg til erfaring viser randomiserte og kontrollerte studier at selvhjelp er svært effektivt for styrking av selvfølelsen og mestring av symptomer. Talseth og Godager (2007) presenterer gevinstene for individ og samfunn, og de er:

- *”Iboende kunnskap og erfaringer tas i bruk.*
- *Økt livsdeltakelse for den enkelte – fra passiv mottaker til aktiv deltaker.*
- *Bedre utnyttelse av offentlige ressurser fordi den enkelte er en aktiv deltaker i egen hverdag og egen behandling.*
- *Styrket samspill og økt kunnskapsplattform i forholdet mellom bruker og hjelper”.*

(Talseth og Godager 2007:39)

Talseth og Godager (2007:39) poengterer også en internevaluering som Angstringen har utarbeidet på 90-tallet som omhandler oppnåelse ved bruk av selvhjelp i organisasjonens selvhjelpsgrupper. 71 % av deltakerne oppnådde større åpenhet når det gjaldt egne problemer/tilhørighet, 62 % oppnådde mer motivasjon i forhold til eget arbeid/håp/styrke for og forsette å prøve og for å få en økt selvfølelse, 38 % opplevde bevisstgjøring i sammenheng med egne/andres problemer og 23 % fikk den sosiale kontakten bedret og isolasjonen og ensomheten ble brutt. Funnene er lik norsk og internasjonal litteratur ifølge Talseth og Godager (2007:39). Talseth og Godager (2007:39) sier også at erfaringene som nevnes tilsier at gjennom selvhjelpsarbeidet opptrer menneskene i deres naturlige nettverk med egenverd og egne krefter som er fornyet.

Ifølge Talseth og Godager (2007:32) fremheves det erfaringer ved at selvhjelp som ideologi og tilnæringsmåte kan anvendes ved alle livssituasjoner, problemer, roller – alene eller organisert i selvhjelpsgrupper. Talseth og Godager (2009) støtter opp at

selvhjelpsarbeid ”er i dag aktuelt for alle som har erkjent at de har problemer som de har behov for å gjøre noe med for å komme videre i livet. Innholdet i problemene kan være svært forskjellige” (Talseth og Godager 2009:11).

Jeg ønsker også å nevne at Sosial- og helsedirektoratet (2006:33) sier at likemanns- og selvhjelpsarbeid må være sentrale i hver kommune under det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det må utvikles kjennskap til arbeidenes tiltak og økonomisk støtte for å muliggjøre deltakelse og gjennomføring ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2006:33). Videre sier Solbjørg Talseth, leder av Norsk selvhjelpsforum og det nasjonale knutepunktet for selvhjelp, i et intervju med Raustøl (2008);

*Slik jeg ser det er det også svært viktig å få selvhjelpsarbeidet frem og ut i det offentlige rom. Det er nødvendig å få synliggjort arbeidet som den samfunnsaktøren det er. For at selvhjelp skal være en mulighet for alle, må det også være en del av den offentlige debatt, og en naturlig del av samtalen mellom folk.*

(Raustøl 2008, Nasjonal konferanse i Oslo Kongressenter)

#### **4.2 Forsterket selvhjelpsgruppe**

Ved å se nærmere på forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid vil jeg først fremheve hva en selvhjelpsgruppe er, og så ta for meg forsterket selvhjelpsgruppe. Hauff og NSF (2009:2) definerer selvhjelpsgruppe som et arbeidsfellesskap for å frembringe endring i hver enkelts liv, og hvor deltakerne består av mennesker som har en eller annen form for problemer. Videre skriver Hauff og NSF (2009:11) at deltakerne i selvhjelpsgruppen forteller om egne opplevelser, og gjennom aktiv lytting kan de andre deltakerne kjenne seg igjen i det deltakeren sier og deretter anvende dette i deres egen endringsprosess. Sosial- og helsedirektoratet (2004:8) skriver at systematisk brukererfaring og faglig/forskningsbasert kunnskap er hva selvhjelpsgruppers arbeid er bygget på. Sosial- og helsedirektoratet (2004:7) sier også at selvhjelp innebærer å lete frem ressursene hos en selv, og selvhjelpsgruppers utgangspunkt er deltakernes egne ressurser.

Som nevnt tidligere poengterer Sosial- og helsedirektoratet (2004:8) at om en skal kunne kalle selvhjelpsgrupper forsterket selvhjelp er det en eller flere profesjonelle ledere, eller et eller flere mennesker som har fått lederkunnskap gjennom ekstern veiledning, som skal være tilstede. Andre selvhjelpsgrupper er beskrevet som selvorganiserte der gruppene dannes spontant eller ved hjelp av selvhjelpsorganisasjoner, eller igangsatte grupper der gruppen dannes av noen som ikke har opplevd et likt problem ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2004:8). Sosial- og helsedirektoratet (2004:8) sier også at selvhjelpsarbeid anvendes ved flere områder eller problemfelt. Vederhus (2009:5) forteller at Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) og Familieklubbene har ledere i gruppeprosessen og de blir kalt selvhjelpsledere eller klubbassistenter. Vederhus (2009) sier videre at gruppene blir kalt forsterket selvhjelpsgrupper, og internasjonalt blir de ofte kalt støttegrupper.

Ved å fokusere på en forsterket selvhjelpsgruppe ønsker jeg å vise til Wilson (1994). Wilson (1994) gjennomførte en undersøkelse i 1992-93 som fremhever den profesjonelles rolle i selvhjelpsgrupper. Ifølge Wilson (1994) satte deltakerne i selvhjelpsgruppen pris på bakgrunnen, støtten og tilgangen til praktiske ressurser ved den profesjonelle. Deltakerne ønsket også et tettere samarbeid mellom dem selv og den profesjonelle skriver Wilson (1994). Selvhjelpsgruppens deltakere og den profesjonelle kunne enten ha et tett eller fjernt samarbeid, og i tillegg viser undersøkelsen at den profesjonelle kunne være en støtte for deltakerne i startfasen ifølge Wilson (1994).

Videre forteller Wilson (1994) at den profesjonelle kunne delta videre i arbeidet som en bakgrunnsstøtte, en hjelpende "hånd" under endringer og bidra med praktiske ressurser. Den profesjonelle kunne også være tilstede under møtene, og om deltakerne så det som nødvendig og ønskelig kunne den profesjonelle holde foredrag fremhever Wilson (1994). Jeg ser at undersøkelsen begynner å bli noen år gammel, men mener at den fortsatt kan ha nytteverdi i dag på grunn av at det er erfaringer som tidligere deltakere har lagt seg. Selv om det er en stund siden mener jeg at en bør ta meningene på alvor. Jeg synes det var vanskelig å finne ny forskning på området og ønsker dermed å henvise til Skårderud m.fl. (2004). Skårderud m.fl. (2004) skriver at en anbefaling av en psykoterapeutisk tradisjon

overfor en annen kan ikke forekomme, og videre forskning på området er et stort behov. I tillegg fremhever Sosial- og helsedirektoratet (2004:12) at mengden forskning angående selvhjelpsmetodikken og selvhjelpsarbeidets effekt er for liten.

Talseth og Godager (2007:8) siterer det Odd Einar Dørum fremhever i en interpellasjonsdebatt om selvhjelp i Stortinget 8.3.07;

*Hvis vi tar selvhjelpen inn i møte med den norske helsemessige virkeligheten, kan selvhjelpen bidra til utvikling og ny kunnskap i møte mellom den erfaringsbaserte og den profesjonelle kunnskapen. Den gir rett og slett de kreftene vi har i livet, en sjanse, i tillegg til all den profesjonelle kunnskapen som et helsemessig hjelpeapparat bærer på.*

(Talseth og Godager 2007:8)

Videre fremhever Talseth og Godager (2007:8) at en sammenkomst mellom en bruker og en hjelper kan ses på som en sammenkomst mellom erfaringsbasert og teoretisk kunnskap, og i tillegg til dette må møtet bære et preg av likeverd. Helsegevinster fremheves gjennom kunnskapsformidling, og en unngår også roller og avhengighet mellom partene ifølge Talseth og Godager (2007:8). Ved å fokusere på at en sammenkomst mellom bruker og hjelper vil si en sammenkomst mellom erfaringsbasert og teoretisk kunnskap mener jeg at dette kan relateres til en forsterket selvhjelpsgruppe. Brukeren(-e) står for den erfaringsbaserte kunnskapen og hjelperen står for den teoretiske kunnskapen, om deltakerne ønsker og har behov for innspill. De kan dermed ha positive effekter til hverandre ved at begge får innsikt og kunnskap om hverandres ressurser, og også bidra til ny utvikling og kunnskap som Odd Einar Dørum sier. Da kan både de kreftene vi har i livet og den profesjonelle kunnskapen ha en positiv effekt i det helsemessige hjelpeapparatet.

Sosial- og helsedirektoratet (2004) skriver at målet mot god psykisk helse er ikke utarbeidet i noen oppskrift, og ulike prosesser og tilbud må gjøres kjent fra det offentlige. Dette kan bekreftes ved at Loland (2006) sier at ”selvhjelpsgrupper er ikke et ensartet

fenomen, men dekker et vidt felt av forskjellige siktemål, arbeidsmåter og sosiale praksiser” (Loland 2006:8)

Loland (2006:8) sier at selvhjelpsgruppens mål er blant annet mestring med å leve med problemet, mestre eget liv og dermed øke livskvaliteten. Søvik og Larsen (2008) mener at forståelsen av mestring er en enkelts evne til spesifikk atferd, til å tilpasse seg nye omstendigheter, og til å mestre å skille hva en må leve med og hva vedkommende kan gjøre noe med. Om en forsterket selvhjelpsgruppe blir sett på som et forebyggende arbeid, vil arbeidet ifølge Skårderud m.fl. (2004) ta utgangspunkt i at mestring styrkes og at avskrekkende sykdomsinformasjon vil unngå å være arbeidets fokus. Søvik og Larsen (2008) sier at ved å mestre en situasjon kan en bekymring for helsen minske, en kan bli flinkere ved problemløsning og en kan ta egne avgjørelser ved situasjoner. Dette kan medføre at en føler en har mer selvkontroll i livet.

Sosial- og helsedirektoratet (2004:11) fremhever det Eidheim (2000) skriver om at forskning påpeker at sammenkomst med andre betyr mye for mennesker. Å være en deltaker i en selvhjelpsgruppe medvirker til at selvforståelsen bedres og at en blir støttet av andre. Gjensidighet og fellesskap ses som viktig da trygghet og selvakseptering i livet utvikles ved at deltakerne blir sett og hørt ved en vanskelig livsperiode. Videre påpeker Hauff og NSF (2009:2) at en del av selvhjelpen og selvhjelpsgruppens arbeid defineres som en prosess i samspill med andre fra en selvs opplevelse av eget problem, og deretter resulterer samspillet en innsikt i hvordan en selv kan handle og anvende egne erfaringer for å starte en endringsprosess. Loland (2006:7) skriver at gruppedynamikk vil være sentralt i et selvhjelpsarbeid. Loland (2006:7) forteller videre at deltakerne i en selvhjelpsgruppe vil innse at de har et felles problem og at alle har et mål om å gjøre noe med problemet. Selvhjelpsgruppers arbeid bygges på kommunikasjon om deltakernes tanker, følelser og erfaringer ifølge Loland (2006:7). Videre sier Sosial- og helsedepartementet (1993-94) at et av Angstringens prinsipper for selvhjelpsgrupper er at selvhjelpsgrupper skal være bygget på likeverd.

Å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe kan også ses i sammenheng med motivasjon. Talseth og Godager (2007:29) sier at motivasjon er viktig for et aktivt endringsarbeid. Motivasjonen er også viktig for at selvhjelpsarbeidet kan starte, og ses i forhold til igangsetting av egen prosess og motivasjon for å være deltaker i en gruppes prosess, ifølge Talseth og Godager (2007:36).

Sosial- og helsedepartementet skriver i St. meld. nr. 16 (1993-94) at Studiesenteret for selvhjelp har utviklet en database for selvhjelpsgrupper hvor det er registrert 279 aktive grupper ved februar 1993. Særlig innenfor psykisk helsevern drives gruppene av det offentlige og har profesjonell ledelse. I 114 av de gruppene deltar det offentlige ansatte og ved 159 av gruppene er det en offentlig instans som har igangsatt selvhjelpsgruppen. Nyere tall er vanskelig å få rede på, men jeg mener at tallene har en nytteverdi i dag på grunn av at selvhjelpsarbeidet ifølge Talseth og Godager (2007:31) står sterkere enn det noen gang har gjort.

Sosial- og helsedirektoratet (2004:11) nevner det Thuen m.fl. (1998) skriver om effekt i forhold til støtte- og samtalegrupper; studier viser effekt gjennom at depresjon og angst svekkes, selvbildet bedres, og en mestrer å tilpasse seg ved en utfordrende situasjon. Loland (2006:4) nevner en primærstudie som får frem at selvhjelpsgrupper minsker depressive symptomer både for kvinner og menn mellom 18-60 år.

Kristensen og Vederhus (2005) fremhever at selvhjelpsgrupper i sammenheng med rusavhengighet viser en stor effekt uavhengig om vedkommende har gått til behandling i forkant eller ikke. Selvhjelpsgruppene effekt relateres til skifte av vedkommendes sosiale nettverk. Vederhus m.fl. (2008) viser til forskning som også påpeker at selvhjelpsgrupper ved rusmiddelavhengighet er en ressurs, og at terskelen på å være deltaker i en selvhjelpsgruppe er lav. Forskingen viser at erfaringer fra selvhjelpsgrupper og personlige vitnemål tilsier at deltakelse utgjør en meget sterk effekt. Det kan også være viktig å få frem at Vederhus m.fl. (2008) skriver at andre typer filosofi trolig kan ha lik nytte av en selvhjelpsgruppe. Ifølge Den Boer m.fl. (2004) har selvhjelpsgrupper en betydningsfull rolle innenfor psykisk helsevern, og gjennom deltakelse i en selvhjelpsgruppe ved et



omfattende behandlingsopplegg ble antall besøkende til fagfolk redusert. Talseth og Godager (2009:35) har kartlagt selvhjelpsgrupper med ledere og/eller rådgivere og kom frem til at totalt 118 ved august 2009 kommer under kategorien forsterket selvhjelpsgruppe.

Talseth og Godager (2007:40) fremhever det Hjemdal et. al. (1996) forteller fra en undersøkelse som handler om erfaringer fra en selvhjelpsgruppe som Studiesenteret for selvhjelp gjennomførte i 1996. Hjemdal et. al. (1996) påpeker at 85 % av deltakerne var godt fornøyde med gruppeerfaringene, og 97 % ønsket å anbefale en selvhjelpsgruppe til andre selv om bare halvparten oppnådde ønskene sine. Videre sa Talseth og Godager (2007) at selvhjelpsgruppen hadde stor betydning for dem og de mestret problemene sine mye bedre. En del brukere av støttesenteret mot incest – Oslo poengterte at stedet der de for første gang opplevde at noen hørte og så de var i en selvhjelpsgruppe ifølge Talseth og Godager (2007:41).

### ***4.3 Spiseforstyrrelser og behandlingstilbud***

Nedenfor vil jeg ta for meg grupper av spiseforstyrrelser og sier også noe om forekomsten av spiseforstyrrelsene. Videre fremhever jeg behandlingstilbud innenfor en psykoterapeutisk tilnærming og begrunner hvorfor. Den generelle teorien om spiseforstyrrelser nevnes som en bakgrunn for kunnskapen til at jeg velger å definere ikke livstruende spiseforstyrrelser, som nevnes under punkt 2.2.

#### **4.3.1 Grupper og forekomst**

Ifølge Skårderud (2000:11) benevnes spiseforstyrrelser som psykiske lidelser. Mennesket som lider av en spiseforstyrrelse har et vanskelig forhold til mat, egne tanker og følelser. Tanker om mat, kropp og utseende opptar tiden deres og tilsier en overopptatthet. Tankene og følelsene oppleves som styrte for menneskene, og har dermed en betydning i hverdagen. Videre kan dette innebære en begrenset livsutfoldelse og en svekket livskvalitet forteller Skårderud (2000:11).

Skårderud (2000:14) fremhever tre grupper som kan betegnes som spiseforstyrrelser og de er anoreksi, bulimi og tvangsspising. I korte trekk innebærer anoreksi en overopptatthet av mat og kalorier, og overdriven trening er reelt for mange ifølge Skårderud (2000:14). Videre skriver Skårderud (2000:14) at anorektikere mister kontrollen over matinntaket, og i tillegg opplever de et forvrengt kroppsbilde. Det poengteres også at gjennom å kontrollere behovene ser anorektikere på seg selv som mer psykisk sterk enn andre. De som har bulimi overspiser for deretter å anvende oppkast som en renselse, og Skårderud (2000:15) fremhever også at spisingen kan være en døyving av psykisk og fysisk sult. Tvangsspising innebærer en overspising uten renselse, og ofte vil den som overspiser være overvektig ifølge Skårderud (2000:16). Videre forteller Skårderud (2000:17) at overspisingen kan enten innebære mye mat i løpet av kort tid eller småspising gjennom hele dagen.

I tillegg til anoreksi, bulimi og tvangsspising påpeker Seierstad m.fl. (2004:6) en fjerde gruppe innenfor spiseforstyrrelse; uspesifiserte spiseforstyrrelser. Seierstad m.fl. (2004:6) skriver at denne typen ligner både på anoreksi og bulimi, men innfrir ikke de fullstendige diagnosekriteriene som beskriver anoreksi og bulimi.

Skårderud (2000: 69ff) får frem at i den vestlige verden er det ca. 2 % av den kvinnelige befolkningen i alderen 15-45 år som utvikler enten anoreksi eller bulimi, anoreksi utgjør 0,2-0,5 % og medberegnes tvangsspising vil forekomsten øke, med en uviss prosentdel. Videre mener Skårderud (2000:71) at antall mennesker som har en spiseforstyrrelse er vanskelig å fremme helt korrekt. Dette siden det kan være ulike forståelser på hva en spiseforstyrrelse er, og hvilken tid en kan si at en har en spiseforstyrrelse.

#### **4.3.2 Behandlingstilbud**

Nedenfor vil jeg ta for meg de behandlingstilbudene relatert til spiseforstyrrelser som omtales mest innenfor en psykoterapeutisk tilnærming. Jeg velger å prioritere behandlingstilbud innenfor en psykoterapeutisk tilnærming, på grunn av at

selvhjelpsgrupper baseres på samtaler som omhandler deltakernes tanker og følelser ifølge Hauff og NSF (2009:2).

#### **4.3.2.1 Psykodynamisk psykoterapi**

I dette behandlingstilbudet står dialogen sentralt, og den tar utgangspunkt i at personligheten og symptomdannelsen er formet av barndommen ifølge Skårderud (2000:136). Skårderud (2000:136) nevner at gjennom dialogen vil pasienten komme nærmere sine egne følelser og tanker, og vedkommende vil ta opp sentrale temaer som en opplever i sitt eget liv. Seierstad m.fl. (2004:8) fremhever at psykoterapi anvendes mest innenfor behandlingsformer, og terapien kan anvendes både individuelt, i gruppe eller sammen med familien. Ifølge Seierstad m.fl. (2004) vil dialogen fokusere ”på kostvaner, kunnskap om ernæring og spiseforstyrrelser, pasientens tankemønstre, følelser i forhold til mat og kropp, innsikt i egen reaksjonsmønstre og på relasjoner til andre mennesker” (Seierstad m.fl. 2004:8). Seierstad m.fl. (2004:15) fremhever at forskning påviser en effekt av behandlingsformen for de tre hovedgruppene innenfor spiseforstyrrelser.

#### **4.3.2.2 Familieterapi**

I denne formen blir familien sett på som et sosialt system ifølge Skårderud (2000:137). Skårderud (2000:137) skriver at metodene innenfor familieterapi kan baseres på dialoger der en har en felles undring, diskuterer og prøver ut praktiske oppgaver og alternative handlingsmønstre, lytter til de andres tanker og å produsere noe i samspill.

#### **4.3.2.3 Kognitiv atferdsterapi**

Denne formen innebærer en kartlegging og forandring av vedkommendes dysfunksjonelle og automatiske tankemønstre relatert til spiseforstyrrelsen ifølge Skårderud (2000:137). Skårderud (2000:137) fremhever at terapien foregår individuelt eller gruppevis.

#### **4.3.2.4 Kropporientert psykoterapi**

Skårderud (2000:138) sier at ved denne formen kan enten hjelperen eller vedkommende selv arbeide med kroppsopplevelsen til den enkelte. Hjelperen kan enten massere eller presse på kroppsdelene til vedkommende for å fremheve en livskraftig følelse for den enkelte, og/eller terapien kan utføres ved hjelp av øvelser som den enkelte utfører selv.

#### **4.3.2.5 (Psykomotorisk) fysioterapi**

Ifølge Skårderud (2000:138) fremheves det her et helhetssyn på kropp og sjel. Formen fokuserer på pust, berøring, massasje, bevegelse og samtale relatert til aktivitetens opplevelser.

### **4.4 Selvhjelp og spiseforstyrrelser**

Jeg fant liten mengde forskning, litteratur og lignende angående forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner. I dette delkapittelet vil jeg ta for meg funnene av selvhjelp i kombinasjon med spiseforstyrrelser, og påpeke at under kapitlene selvhjelp 4.1 og forsterket selvhjelpsgrupper 4.2 er det beskrevet effekten av selvhjelp og selvhjelpsgrupper i sammenheng med andre relevante problemer.

Martinsen (2004) skriver at mange av dem som lider av en spiseforstyrrelse kan ha en effekt av å gå i selvhjelpsgrupper. Dette blir også fremhevet av Skjelbreid og Uhre (2007) som sier at å være en deltaker i en selvhjelpsgruppe for en som har en spiseforstyrrelse gir stor effekt. I tillegg poengterer Skjelbreid og Uhre (2007) at mennesker, som har en spiseforstyrrelse som deltar i en selvhjelpsgruppe, får en mulighet til å bli kjent med seg selv og mestre sine egne utfordringer. Skårderud m.fl. (2004) skriver at Interessegruppa for Kvinner med Spiseforstyrrelser (IKS) og Rådgivning Om Spiseforstyrrelser (ROS), er organisasjoner som er landsomfattende og arbeider sammen med profesjoner. Ifølge Skårderud (2000) baseres selvhjelpsarbeidet i IKS seg på at ”kvinner i forskjellige stadier av helbredelsesprosessen bruker egne erfaringer og opplevelser for å kunne bistå hverandre på veien ut av spiseforstyrrelser” (Skårderud 2000:284). Skårderud (2000:204) skriver at

IKS og ROS organiserer flere selvhjelpstilbud. Det vanligste er at selvhjelpen foregår i små grupper ”for å gi deltakerne støtte, oppmuntring og en ikke-fordømmende og trygg atmosfære hvor man kan sette ord på vansker og bekymringer – og sine gleder og triumfer” (Skårderud 2000:204).

Skårderud (2000) skriver at selvhjelp i sammenheng med spiseforstyrrelser har en effekt på grunn av at den:

- *praktiserer hjelpen ved å hjelpe andre*
- *bidrar til erfaringsnær forståelse av spiseforstyrrelser*
- *gjør at deltakere fungerer som rollemodeller for hverandre*
- *bidrar til ansvarliggjøring*
- *avmystifiserer*
- *gir sosial støtte*
- *gir kortere avstand til informasjon*
- *er en arena hvor ny mestring kan prøves ut*
- *er en arena hvor man kan ”tømme seg” – bekjennelsen*
- *skaper samhold i den grad den er knyttet til et ideologisk fundament*

(Skårderud 2000:204f)

Talseth og Godager (2007:40) siterer fra Goksøyr (1991) som referer til en undersøkelse som IKS gjennomførte på 90-tallet. Goksøyr (1991) skriver at undersøkelsen viser at opplevelsen av å ha en spiseforstyrrelse endret seg allerede etter 3 eller 6 måneder gjennom å delta i en selvhjelpsgruppe. Dette gjaldt i tillegg positiv endring av selvbildet når deltakerne var sammen med andre. Bedring av spiseforstyrrelsene viste seg etter 3 måneder for 9 av 17 kvinner, og avslapning i forhold til maten ble fremhevet hos 8 av 9 kvinner etter 6 måneder, men det viktige er også endring av selvrepresentasjonen.

## 5.0 DRØFTNING

I drøftningen vil jeg ta utgangspunkt i problemstillingen; hvilke muligheter har en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner. Dette vil jeg utføre ved å fremheve hvor godt en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner kan gjøre seg gjeldende. I tillegg vil jeg se på utfordringer i en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk, og undergrupper som ikke har eller har mindre effekt av en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk.

### ***5.1 Hvor godt einer en forsterket selvhjelpsgruppe seg som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner?***

Vi har sett at flere har fått nytte av selvhjelpsgruppe som metodikk blant annet fra Skjelbreid og Uhre (2007). Skjelbreid og Uhre (2007) skriver at mennesker som lider av en spiseforstyrrelse har en god effekt av å være en deltaker i en selvhjelpsgruppe. Mitt inntrykk er at mange som lider av en ikke livstruende spiseforstyrrelse ikke blir medregnet i et behandlingstilbud på grunn av at lidelsen kanskje ikke er synlig for andre enn dem selv. Ifølge Skårderud m.fl. (2004) er flesteparten som har en spiseforstyrrelse daglig på skole eller arbeid, og de fleste er normalvektige. Kan en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner være et alternativ for behandlingstilbud? En forsterket selvhjelpsgruppe er ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2004:8) en selvhjelpsgruppe som har til stede en eller flere profesjonelle ledere, eller et eller flere mennesker som har fått lederkunnskap gjennom ekstern veiledning.

Etter mitt syn vil en forsterket selvhjelpsgruppe være egnet som en metodikk i arbeid, med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner, på grunn av sammenkomsten mellom erfaringer og faglig kunnskap. Jeg mener at både den profesjonelle og de andre deltakerne kan ha nytte av hverandre og ser verdien av begge partenes kunnskaper. Det fremheves av Talseth og Godager (2007:8) at en sammenkomst mellom en bruker og en hjelper kan ses på som en sammenkomst mellom erfaringsbasert og teoretisk kunnskap, og i tillegg til dette må møtet bære et preg av likeverd. Verdiene kan bidra til

kunnskapsformidling fra begge parter, og gjennom at partene kan ha betydning for hverandre kan det medvirke til en unngåelse av rolleperspektivet. Ifølge Talseth og Godager (2007:8) poengteres det helsegevinster gjennom kunnskapsformidling, og en unngår også roller og avhengighet mellom partene ifølge Talseth og Godager (2007:8).

Slik jeg ser det kan en forsterket selvhjelpsgruppe eine seg som en metodikk på grunn av at jenter og kvinner som har en ikke livstruende spiseforstyrrelse kan ha tilgang til den profesjonelles bakgrunn og støtte. De kan også få en hjelpende ”hånd” når de føler at de har behov for eller ønsker det, og de har i tillegg mulighet for å få tilgang til praktiske ressurser. En forsterket selvhjelpsgruppe vil også eine seg på grunn av at den profesjonelle kan delta under de møtene selvhjelpsgruppen har, og bidra med mer informasjon ved hjelp av et foredrag om jentene og kvinnene ønsker det. Ifølge Wilson (1994) satte deltakerne i selvhjelpsgruppen pris på bakgrunnen, støtten og tilgangen til de praktiske ressurser som den profesjonelle hadde eller kunne få tak i. Wilson (1994) nevner også at den profesjonelle kunne fortsette å delta i arbeidet som en bakgrunnsstøtte og som en hjelpende ”hånd” under endringer. Den profesjonelle kunne også være tilstede under møtene, og videre skriver Wilson (1994) at den profesjonelle kunne holde foredrag om deltakerne så det som nødvendig og ønskelig.

Ifølge Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2012) er selvhjelpsmetodikk ”et viktig supplement eller alternativ til behandling for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse, og erfaring viser at det er en god måte å jobbe på for å fremme mestring og deltakelse” (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2007-2012:32). Slik jeg ser det trenger de som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse å styrke sin egen psykiske helse, på grunn av at diagnosen spiseforstyrrelser tilsier at de har vanskeligheter i hverdagen. Ved å starte bearbeidingsfasen på et tidlig tidspunkt slik at jentene og kvinnene opplever mestring, tror jeg dette kan føre til at de lettere ser hva de selv mestrer og hvilke ressurser de har. Dette kan igjen virke inn på selvfølelsen til jentene og kvinnene som har betydning for hvordan en opplever hverdagen, og i tillegg å redusere sjansen for å utvikle en mer alvorlig spiseforstyrrelse.

Dermed virker det for meg som at mestring er et viktig fokus for at dem som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse kan oppleve en bedre hverdag. Søvik og Larsen (2008) fremhever at selvhjelpskurs kan være av betydning for at vedkommende har en opplevelse av å mestre hverdagen på en bedre måte. I tillegg sier Søvik og Larsen (2008) at ved den enkeltes egenmotivering, tankegang og følelser ses mestring som en viktig fremgangsmåte, og selvhjelpsteknikker kan gi et resultat av positive mestringserfaringer. Som et resultat av dette virker det for meg som at en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk, og som jeg ser på som en selvhjelpsteknikk, kan være et positivt tiltak for jenter og kvinner som har en ikke livstruende spiseforstyrrelse.

Jeg mener at en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk kan være aktuelt for jenter og kvinner, selv om de ikke har en livstruende spiseforstyrrelse, på grunn av at de opplever at de har et problem. Talseth og Godager (2009:11) skriver at selvhjelpsarbeid er aktuelt per dags dato for dem som har et eller flere problemer som de har erkjent, og som de opplever at de må forandre på for å kunne få en opplevelse av fremgang i livet. Slik jeg ser det kan deltakelsen i en forsterket selvhjelpsgruppe bidra til at jentene og kvinnene har muligheter til å oppleve at de selv har betydning for hvordan livet fremgår. Jentene og kvinnene kan også selv bestemme hvor lenge de ønsker og ser behovet ved å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe. Ifølge Vederhus (2009:3) kan en være deltaker i en selvhjelpsgruppe så lenge vedkommende ønsker og kjenner at behovet er tilstede. Ved at de selv kan bestemme lengden kan det medvirke til at de opplever en større grad av aktiv deltakelse i sitt eget liv.

Videre ønsker jeg å fremheve at en forsterket selvhjelpsgruppe med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner kan eine seg som en metodikk i arbeid. En forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk kan være en ressurs ved hjelp av de viktigste faktorene for selvhjelpsgrupper. Vederhus (2009:8) sier at forskning viser at normalisering/ universalisering er en av de viktigste faktorene. Vederhus (2009) påpeker videre at det å ”kunne lytte til andre som har vært ”i samme båt” kan føre til betydelig lindring, skape en opplevelse av tilhørighet og føre den lidende ”tilbake til menneskeheten” (Vederhus 2009:8). Her kan en se at jentene og kvinnene ved å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe møter andre som er på et likt stadium som de selv. Det kan



også være at de møter andre jenter og kvinner som enten har kommet lengre eller kortere i spiseforstyrrelsens sykdomsforløp. Deltakelsen i en forsterket selvhjelpsgruppe kan bidra til at de opplever at de ikke er alene, og dermed kan de gjennom andres bidrag få en følelse av at de har noen som forstår dem.

En annen viktig faktor er installering av håp ifølge Vederhus (2009:9). Vederhus (2009:9) forteller at ved å se og lytte til andre som har kommet seg gjennom det stadiet de selv er ved, kan vedkommende kjenne at de får mer håp ved sin egen forbedringsprosess. Etter mitt syn kan det å se og lytte til andre hjelpe jentene og kvinnene, som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse, til å fortsette endringsarbeidet som skal bidra til at de opplever en bedre hverdag.

Den siste viktigste faktoren er altruisme som vil si å hjelpe andre uten å tenke at det kan hjelpe en selv ifølge Vederhus (2009:9). Fra egne erfaringer ved å delta i en selvhjelpsgruppe opplevde jeg at andres innspill hadde en stor betydning for meg selv. Ved å høre andres versjon som kan relateres til ens egen kan en tenke at bidrag fra en selv har en lik effekt på de andre i selvhjelpsgruppen. Dette fikk jeg bekreftelse på ved at det var noen av deltakerne som kom bort til meg på et senere tidspunkt og fortalte hvordan de selv opplevde lik situasjon. Jeg tror dette kan medføre til en bedring av ens eget spiseforstyrrelse ved at en føler en har bidratt med noe som har betydning for andre. Vederhus (2009) fremhever at ”å hjelpe andre bedrer egen prognose. Det gir positive ringvirkninger for eget selvbilde, den sosiale statusen øker og engasjementet i egen tilfriskning styrkes” (Vederhus 2009:9).

Ved at jenter og kvinner deltar i en forsterket selvhjelpsgruppe har jeg inntrykk av at de kan oppleve en aktiv deltakelse i sitt eget liv. De kan også få kjennskap til muligheter som de har, og i tillegg lære å se og anvende de ressursene de selv bærer på. Jentene og kvinnene kan oppleve en mer ansvarliggjøring ved sitt eget liv og ha mulighet til og selv bestemme livsretningen. Ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2004) defineres selvhjelp som ”å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv

styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:7).

Jeg mener at en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk vil være egnet for jenter og kvinner som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse. Å være deltaker i en selvhjelpsgruppe kan bevirke den muligheten den har til å bli bedre, og forhåpentligvis innebære at jentene og kvinnene bli friske. Etter mitt syn kan selvhjelpsgrupper for de menneskene som har en spiseforstyrrelse ha en stor betydning på veien til å bli frisk. Skjelbreid og Uhre (2007) fremhever at å være en deltaker i en selvhjelpsgruppe gir en stor effekt.

Slik jeg ser det kan en forsterket selvhjelpsgruppe eine seg som en metodikk i arbeid på grunn av at de begynner et endringsarbeid i forhold til sin egen situasjon. De kan også oppleve betydning i forhold til andres situasjon, og det kan igjen medføre at de ønsker å utfordre seg selv til å fortelle om sine egne følelser og tanker for å kunne hjelpe andre også. Dette kan knyttes til Skjelbreid og Uhre (2007) som poengterer at mennesker som har en spiseforstyrrelse, får gjennom deltakelse i en selvhjelpsgruppe mulighet til å bli kjent med seg selv og mestre sine egne utfordringer. Ved at jentene og kvinnene kan delta i en forsterket selvhjelpsgruppe får de mulighet til å bli trygg på egne følelser, og lettere finne ord på både vansker, bekymringer, gleder og triumfer. De kan oppleve å få støtte og oppmuntring fra andre, og selv påvirke at andre får mulighet til å føle det på lik måte som dem selv. Ifølge Skårderud (2000) kan gruppene ”gi deltakerne støtte, oppmuntring og en ikke-fordømmende og trygg atmosfære hvor man kan sette ord på vansker og bekymringer – og sine gleder og triumfer” (Skårderud 2000:204).

Jeg har selv vært i kontakt med IKS og har dermed egne erfaringer i forhold til noe av demmes arbeid. Ved at jeg har deltatt på IKS sommerleir har jeg selv vært deltaker i en forsterket selvhjelpsgruppe, og mener at gruppene kan gi en god effekt. Jeg velger å kalle gruppene forsterket selvhjelpsgrupper på grunn av at deltakerne var både sommerleirens påmeldte og ledere fra IKS. Lederne tok føringen i forhold til hvilke tema det skulle diskuteres rundt, og fordeling av tiden slik at det ville være jevn fordelt blant de deltakerne

som ønsket å bidra. Mine egne positive erfaringer med IKS sine selvhjelpsgrupper kan bidra til å fremheve det Talseth og Godager (2007:40) siterer fra Goksøy (1991). Goksøy (1991) i Talseth og Godager (2007:40) referer til en undersøkelse som IKS gjennomførte på 90-tallet. Goksøy (1991) skriver at undersøkelsen viser at opplevelsen av å ha en spiseforstyrrelse endret seg allerede etter 3 eller 6 måneder gjennom å delta i en selvhjelpsgruppe. Dette gjaldt i tillegg endring av selvbildet til det positive når medlemmene var sammen med andre. Bedring av spiseforstyrrelsene viste seg etter 3 måneder for 9 av 17 kvinner, og avslapning i forhold til maten ble fremmet hos 8 av 9 kvinner etter 6 måneder, men det viktige er også endring av selvrepresentasjonen.

## ***5.2 utfordringer i en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk***

Arbeid i en forsterket selvhjelpsgruppe vil ikke bare være lett, og det kan derfor være nødvendig å få frem at en kan treffe på utfordringer, i en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner.

En forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk kan være utfordrende på grunn av at deltakerne kan ha vanskeligheter med å se problemet, og eventuelt hvor de er i spiseforstyrrelsens utvikling. Fra egne erfaringer vet jeg at det ikke er lett å innse spiseforstyrrelsen på grunn av at en føler en lever livet på sin egen måte som alle andre gjør. Derfor kan det være vanskelig å innse problemet eller begynne med et endringsarbeid, når en selv føler at det ikke er noe galt og at det kan være en form for reaksjon. Ifølge Talseth m.fl. (2004) kan det være en utfordring å se problemet som ”en normal reaksjon på at noe er galt”, og vedkommende må gjennom erkjennelsen ta eierskap og ansvar overfor problemet for å kunne gjennomføre endringer.

Slik jeg ser det kan tålmodigheten være utfordrende for jenter og kvinner, som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse, ved at en selvhjelpsprosess kan ta lengre tid enn de regner med eller ønsker. Når en først har erkjent problemet tror jeg at de fleste ønsker å oppleve bedring snarest mulig, men ifølge Christensen (2002:99) tar bearbeidingsperioden lang tid fra ett til mer enn fem år for det verste misbruket og lengre tid for å oppnå stabilisering.

Talseth m.fl. (2004) skriver at prosessen i selvhjelpsarbeidet vil ofte være tidkrevende og kan derfor være en utfordring. Jeg mener at det ikke alltid er like lett å akseptere at en må forandre seg for å gjennomføre et endringsarbeid ved hjelp av en selvhjelpsprosess.

Talseth m.fl. (2004) fremhever at å være åpen for forandring ved ens eget problem kan være en utfordring. I tillegg kan ærligheten overfor opplevelser og følelser som en har selv være problematisk selv om en vet at dette er viktig og nødvendig i selvhjelpsarbeidet forteller Talseth m.fl. (2004). Det kan virke som ærligheten overfor opplevelser og følelser sitter langt inne på grunn av at en vet at dette bidrar til at "første dør" er åpnet for forandring, og at en begynner arbeidet for å forlate noe som kan oppleves som trygt.

### ***5.3 Undergrupper som ikke har eller har en mindre effekt av en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk***

Det kan være undergrupper som ikke har like stor effekt av å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe. Ifølge Talseth og Godager (2009:12) er ikke alle motiverte for å gjennomføre en selvhjelpsprosess. I tillegg skriver Talseth og Godager (2009:12) at det også kan være at enkelte har motforestillinger om å delta i en selvhjelpsgruppe på grunn av at de opplever at påkjenningen kan være for stor. De som har mangel på informasjon om selvhjelp og selvhjelpsgrupper og gevinster fra selvhjelpsarbeid, kan også være en undergruppe som ikke har effekt skriver Talseth og Godager (2009:12). Jeg mener det er viktig å informere jenter og kvinner som ikke har en livstruende spiseforstyrrelse om selvhjelp, hva en forsterket selvhjelpsgruppe er og erfaringer som andre har fra deltakelse i en selvhjelpsgruppe. Ved at jentene og kvinnene får mulighet til informasjon kan de bli mer trygge, se behovet og ønske å være en deltaker i en forsterket selvhjelpsgruppe. Da kan de også være motiverte til selvhjelpsprosessen, som blir nevnt i avsnittet under, som er en viktig faktor i forhold til deltakelse i en selvhjelpsgruppe.

For dem som er dårlige og anvender større mengder av medikamenter i sitt sykdomsforløp, tror jeg at dem enkelte har liten effekt av å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe. Dette mener jeg kun på det tidspunktet av sykdomsforløpet som vedkommende tar store mengder medikamenter. Jeg tror at de som anvender en stor mengde ikke får "ordentlig" kontakt med sine egne følelser på grunn av eventuelle bivirkninger, og dermed kan

medføre til at deltakelsen kan være vanskelig. Talseth og Godager (2009:13) fremhever at dem som anvender en stor mengde medikament kan oppleve at det er vanskelig å delta i en selvhjelpsgruppe. I tillegg skriver Christensen (2002:228) at det vil være dem som har en spiseforstyrrelse som vil være for dårlige til at et selvhjelpstilbud kan ha en nytteverdi.

Kan det være at de som har en spiseforstyrrelse som ikke er motiverte for å forandre den måten de lever på har en mindre effekt av å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe? For meg virker det som at en stor del av det å være med i en selvhjelpsgruppe er å måtte være motivert for å forandre sin egen livssituasjon. Fra egne erfaringer kan en streve lenge for å oppleve bedring om det er kun andre mennesker rundt som er motiverte. Det er til syvende og sist en selv det står på og som må avgjøre hva en vil gjøre ut av sitt eget liv. Skårderud m.fl. (2004) sier at en begrenset eller vinglende motivasjon til å ønske å bli frisk kan være aktuelt for dem som har en spiseforstyrrelse. Videre fremhever Talseth og Godager (2007:29) at for at vedkommende kan ha effekt av å delta i en selvhjelpsgruppe er det viktig å være motivert for å oppnå et aktivt endringsarbeid. I tillegg er det viktig at motivasjonen er til stede for å kunne starte selvhjelpsarbeidet, og for å kunne starte en egen prosess ved endringsarbeidet sier Talseth og Godager (2007:36). Det er også viktig at en er motivert for å være en deltaker i en gruppes prosess ifølge Talseth og Godager (2007:36).

Mitt inntrykk er at jenter og kvinner som har en spiseforstyrrelse, kan ha ingen eller liten effekt av å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe om de ikke har erkjent at de har et problem. Ved at de ikke har erkjent at de har et problem ser jeg det i sammenheng med at det kan være tilfelle at de ikke har en innsikt i demmes selvs sykdom. Ifølge Rosenvinge og Göttestam (2002) blir en dårlig sykdomsinnsikt sett på som et fellestrekk for dem som har en spiseforstyrrelse, på grunn av at spiseforstyrrelsens symptomer blir funksjonsforstyrrende. Rosenvinge og Göttestam (2002) forklarer at symptomene blir funksjonsforstyrrende ved at de ses på som en fremgangsmåte til å kontrollere egne følelser, og dermed fører det til en symptomforverring.

Det kan være at dem som har en alvorlig spiseforstyrrelse ikke har en effekt av å delta i en forsterket selvhjelpsgruppe på grunn av at de ikke ser spiseforstyrrelsens negative side. Det kan også være at de opplever at spiseforstyrrelsen har mer positive virkninger enn negative. Derfor kan det være vanskelig for dem enkelte å se gevinstene ved et endringsarbeid for å komme ut av problemet. Skårderud m.fl. (2004) fremhever at dem som har en alvorlig spiseforstyrrelse viser ofte motstand når det gjelder å gi slipp på både symptomer og på rollen som syk, i tillegg kan de også virke provoserende og vanskelige. Når utviklingen av spiseforstyrrelsen er alvorlig tar den opp mye av tiden i hverdagen for den enkelte, og en kan se på spiseforstyrrelsen som en oppslukende aktivitet ifølge Skårderud m.fl. (2004).

Videre skriver Skårderud m.fl. (2004) at en alvorlig spiseforstyrrelse medfører ofte en sosial tilbaketrekning, og dermed unngår vedkommende både relasjoner som oppleves som vanskelig og nærgående opptredener fra andre som kan virke skremmende. Ved at dem som har en alvorlig spiseforstyrrelse trekker seg tilbake fra sosiale sammenkomster, kan det være vanskelig å snu dette for å kunne være med i en forsterket selvhjelpsgruppe. Jeg vet fra egne erfaringer at jo lengre en kommer i sykdomsforløpet øker sjansen for mer og mer tilbaketrekning. Dette skjer uten at en egentlig har det som et utgangspunkt, men er et av spiseforstyrrelsens tegn påpeker Skårderud (2000:20).

## **6.0 AVSLUTNING**

### **6.1 Oppsummering**

Oppgaven starter med en presentasjon og begrunnelse for valgt tema; forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner. Videre tar jeg for meg oppgavens formål og vernepleierens relevans for tema. Deretter går jeg nærmere inn på problemstillingen; hvilke muligheter har en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner, og kommer med en begrunnelse. Oppgavens metoder og begrunnelse blir deretter beskrevet for så å ta tak på teorien. Teorien relateres til temaet og problemstillingen og omhandler selvhjelp, forsterket selvhjelpsgruppe, og beskrivelse av grupper innenfor spiseforstyrrelser og behandlingstilbud. Ut fra teorien har jeg drøftet problemstillingen og tatt for meg spørsmålet: hvor godt eier en forsterket selvhjelpsgruppe seg som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner? Videre har jeg fremhevet utfordringer i en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk og undergrupper som ikke har eller har en mindre effekt av en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk.

### **6.2 Konklusjon**

Ut fra problemstillingen; *hvilke muligheter har en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner?* Har jeg kommet frem til følgende konklusjon.

Ved oppgavens arbeid har jeg funnet lite forskning på effekten av en forsterket selvhjelpsgruppe relatert til deltakere som har en form for ikke livstruende spiseforstyrrelse, og dermed ønsker jeg å fremheve at egne konklusjoner derfor kan ses på som noe svakt.

Jeg mener at en forsterket selvhjelpsgruppe kan gjøre seg gjeldende for dem som har en ikke livstruende spiseforstyrrelse, på grunn av at behandlingstilbudet overfor denne

gruppen er noe manglende. Muligheter en forsterket selvhjelpsgruppe har er å fremheve faglig og erfaringsbasert kunnskap som kan medvirke til at jentene og kvinnene får mer selvinnsikt ved sin egen livssituasjon. Dette kan også medføre at den profesjonelle i selvhjelpsgruppen får mer kjennskap til hvordan sykdomsforløpet oppleves for de enkelte som har det. Partene kan i tillegg finne en nytteverdi av hverandre og hverandres kunnskaper. Mulighetene kan også være å øke kunnskapsformidlingen partene i mellom og unngå rolleperspektivet. Ved at både den profesjonelle og de som ikke har en livstruende anoreksi bidrar kan den forsterkede selvhjelpsgruppen bære preg av likeverd.

Muligheten som en forsterket selvhjelpsgruppe har er at deltakerne får en nytteverdi av den profesjonelles bakgrunn og støtte. Ved at selvhjelpsgruppen er forsterket har deltakerne en hjelpende ”hånd” fra den profesjonelle om de har behov for eller ønsker det, og de har også tilgang til praktiske ressurser. Ved at den profesjonelle deltar under møtene kan deltakerne få mer informasjon og kunnskap om spiseforstyrrelser om det er spørsmål de ønsker svar på. Både den profesjonelle og deltakerne må da være obs på at ikke alle spørsmål kan besvares på grunn av det finnes ingen fasit eller den profesjonelle ikke har den kunnskapen. Den profesjonelle kan eventuelt høre med andre som mest sannsynlig kan svaret.

En forsterket selvhjelpsgruppe kan også bidra til at jentene og kvinnene styrker sin egen psykiske helse, opplever mestring og blir kjent med og lærer å se sine egne ressurser. Dette kan igjen medvirke til at de føler at de har en større betydning i hverdagen, og lettere mestrer å fokusere på livets positive sider. Gjennom å bli kjent med andre og høre deres versjon av hvordan det er å ha en spiseforstyrrelse, har en forsterket selvhjelpsgruppe mulighet til å fremheve tilhørighet. Dermed kan deltakernes bidrag øke motivasjonen for dem selv og for hverandres bearbeidingsprosess.

Jentene og kvinnene har gjennom å være en deltaker i en forsterket selvhjelpsgruppe mulighet til å oppleve at de blir hørt og sett selv om de ikke har en livstruende spiseforstyrrelse. Jeg mener det er viktig å starte endringsarbeidet i en tidlig fase av spiseforstyrrelsen og kunne oppleve en positiv fremgang i livet. Muligheter som en



forsterket selvhjelpsgruppe har er å medvirke til at jentene og kvinnene får en mer aktiv deltakelse i deres liv. Dermed styrkes muligheten for at deltakerne ønsker å ta ansvar for problemet og gjøre noe med det selv. Som nevnt tidligere er det til syvende og sist en selv som må ta avgjørelsene på veien til å bli frisk.

Muligheter en forsterket selvhjelpsgruppe har er å bidra til at jentene og kvinnene føler at deres livssituasjon blir sett på og kan føles som normal. De blir også kjent med andre som har relevante erfaringer overfor dem selv og som de kan anvende i sitt eget endringsarbeid. Under de tidene som kan føles ekstra vanskelig og umotiverende kan bidragene fra de andre være med å løfte håpet til de enkelte. Dette medvirker til at jentene og kvinnene ikke gir opp i de periodene en føler det er nytteløst å fortsette med bearbeidingsprosessen. De får også mulighet til å ha betydning for de andre deltakerne og dermed kunne bedre sin egen livssituasjon gjennom de positive ringvirkningene.

Jeg vil også fremheve i min konklusjon at en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid med ikke livstruende spiseforstyrrelser blant jenter og kvinner har en sjanse for å møte utfordringer. Dette er utfordringer som å innse hvor en selv er i sykdomsforløpet, tålmodigheten i forhold til at endringsarbeidet vil være tidkrevende, viljen til å forandre seg og være ærlig over sine egne opplevelser og følelser. I tillegg er det undergrupper som ikke har eller har en mindre effekt av å være deltakere i en forsterket selvhjelpsgruppe. Dette er undergrupper som ikke er motiverte for å innta en bearbeidingsprosess, og som har motforestillinger for å delta på grunn av opplevelsen av for stor påkjenning. I tillegg vil det være undergrupper som anvender en stor mengde medikamenter, og er inne i en dårlig periode av spiseforstyrrelses sykdomsforløp. Det er også de som ikke har en sykdomsinnsikt overfor deres egen spiseforstyrrelse, som ser flere positive sider ved spiseforstyrrelsen enn negative sider og som opplever en sosial tilbaketrekning.

Sist i konklusjonen vil jeg fremheve at jeg mangler kunnskap på om det er forskjeller i mulighetene en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk i arbeid har når det gjelder jenter og kvinner. I tillegg om det viser seg at det er forskjellige muligheter mangler jeg kunnskap om hvilke alder forskjellen begynner å fremtre.

### **6.3 Refleksjon**

Noe jeg ikke forutså før jeg startet mitt arbeid med oppgaven var mangelen på ny forskning angående selvhjelpsgrupper. Det jeg kunne finne var gamle undersøkelser og kun en liten mengde litteratur og forskning. Det viste seg også at det var lettere å finne litteratur og forskning som omhandlet en selvhjelpsgruppe enn en forsterket selvhjelpsgruppe. De fleste inneholdt kun en setning om hva en forsterket selvhjelpsgruppe er, og noen få setninger om at selvhjelpsgrupper bygges på kunnskap som er hentet innenfra. Videre var det lite jeg fant om selvhjelpsgrupper relatert til de som har en spiseforstyrrelse, og jeg måtte derfor anvende den litteraturen og forskningen jeg fikk tak i som omhandlet temaer som kan knyttes opp til spiseforstyrrelser. I tillegg var det problematisk å finne noe om ikke livstruende spiseforstyrrelser, og jeg oppdaget at det var mye oppmerksomhet rundt de som har den mest alvorlige formen for spiseforstyrrelse.

Jeg synes det er synd at det ikke fokuseres mer på de tilfellene av spiseforstyrrelser som ikke er livstruende, og at en ut fra egne erfaringer må være på et alvorligere stadium for å få behandling. Ved å fokusere mer på ikke livstruende spiseforstyrrelser tror jeg det kan forhindre/ redusere antall alvorlige spiseforstyrrelser. Dermed kan bearbeidingsprosessen starte ved en tidligere fase og de enkelte kan føle at de blir hørt og sett. Det kan også bidra til at mennesker og samfunnet generelt får mer kjennskap til spiseforstyrrelser. Kanskje kan det medvirke til at fokuset på kroppsbildet i media får en ny vending?

Etter andre veiledningstime tok jeg den beslutningen å forandre på problemstillingen, og dette medførte til at jeg måtte forkaste en del arbeid. Den forrige problemstillingen min var: hvordan kan vernepleieren bidra i en forsterket selvhjelpsgruppe for jenter mellom 18-25 år som ikke har en livstruende anoreksi? Jeg fant ut at om jeg fokuserte på vernepleieren måtte jeg presentere andre profesjoner og begrunne eventuelt hvorfor vernepleieren var unik for dette arbeidet. I tillegg var det vanskeligere å finne litteratur og forskning angående anoreksi enn spiseforstyrrelser. Nå i ettertid ser jeg det positive med å skifte problemstilling og vinkling på oppgaven. Den profesjonelle rollen i en forsterket selvhjelpsgruppe kan også utføres av andre enn vernepleiere og en forsterket

selvhjelpsgruppe kan gjøre seg gjeldende for de andre gruppene av spiseforstyrrelse en bare anoreksi.

Jeg mener at jeg stort sett har lykket med å svare på problemstillingen, men ser også at jeg kunne fått frem hvorfor jeg valgte å anvende en forsterket selvhjelpsgruppe som metodikk og ikke en ”vanlig” selvhjelpsgruppe uten ledere. Det hadde kanskje vært bedre om jeg mestret å klargjøre for leserne hvorfor jeg valgte å fokusere på en forsterket selvhjelpsgruppe. Leserne hadde da hatt større mulighet for å forstå hvorfor jeg velger et tema som er mindre forskning på, og som står i mot noe av selvhjelpsgruppens ideologi. Ifølge Snoek og Engedal (2000) ledes en selvhjelpsgruppe ”ikke av en utenforstående terapeut, men av et gruppemedlem som ”er i samme båt” som de øvrige...” (Snoek og Engedal 2000:50).

## 7.0 LITTERATURLISTE

### 7.1 Samlet pensum

#### 7.1.1 Bøker

Andresen, Ragnhild og Solbjørg Talseth (2000). Gjensidighet og ansvar for eget liv i en selvhjelpsgruppe. I: Ragnhild Andresen (red.) (2000). *Fellesskap og sammenhenger – yrkeshjelpere i grupper, nettverk og organisasjoner*. Gjøvik: Gyldendal Akademisk. Kap. 10, s. 185-199 (artikkelsamling tema A i D/E og tema D/E del 1, H 2009-2010)

Christensen, Karin (2002). *Matens mysterium: om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising*. Stavanger: Hertervig forlag. Stiftelsen psykiatrisk opplysning

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Garsjø, Olav (2001). *Sosiologisk tenkemåte. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 2, s. 61-105 (artikkelsamling tema A i B- tema B I og II, H 2007-V 2008)

Kristoffersen, Nina J. (1996). *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Skårderud, Finn (2000). *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug

Snoek, Jannike E. og Knut Engedal (2000). *Psykatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe forlag

Aadland, Einar (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS

#### 7.1.2 Hefter

FO (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere) (2002a). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*

FO (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere) (2002b). *Om vernepleierens helsefaglige kompetanse*

FO (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere). (2008) *Kompetanseprofiler: barnevernspedagogen, sosionomen, vernepleieren*

Hauff, Sidsel og NSF (2009). *Selvhjelp – en innføring*. Norsk selvhjelpsforum (med støtte fra Sosial- og helsedepartementet). Tilgjengelig fra URL:

<http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/Selvhjelp-eninnfiringtilweb.pdf> [Nedlastet 10.05.10]

Talseth, Solbjørg og Eli Vogt Godager (2007). ”Selvhjelp i brukermedvirkning”

Høgskulen i Volda. *Kompendium – del 1: Selvhjelp – hva er det og arbeidets samfunnsmessige plassering*. Norsk selvhjelpsforum. Tilgjengelig fra URL:

[http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/Selvhjelp\\_i\\_brukermedvirkning\\_Kompendium\\_del\\_1.pdf](http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/Selvhjelp_i_brukermedvirkning_Kompendium_del_1.pdf) [Nedlastet 11.05.10]

Raustøl, Tellef (2008). *Større enn oljefondet? – Selvhjelp veien til mer helse*. Oslo:

Nasjonale konferanse i Oslo Kongressenter, Folkets Hus 14.10.08. Selvhjelp Norge.

Tilgjengelig på URL:

<http://www.linklyngen.no/images/stories/dokumenter/Strreennoljefondet.pdf> [Nedlastet 13.05.10]

Talseth, Solbjørg og Eli Vogt Godager (2009). *Kartlegging av selvhjelpsvirksomhet i rusfeltet*. Norsk selvhjelpsforum. Tilgjengelig fra URL:

[http://linklyngen.no/images/stories/dokumenter/Kartlegging\\_rapport\\_2009\\_V5\\_100107.pdf](http://linklyngen.no/images/stories/dokumenter/Kartlegging_rapport_2009_V5_100107.pdf) [Nedlastet 13.05.10]

Vederhus, John Kåre (2009). *Selvhjelpsgrupper i rusfeltet*. Oslo: Universitet i Oslo.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF.

Doktorgradstipendiat

### **7.1.3 Offentlige utredninger, stortingsmeldinger og lover**

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2012).

*Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*

Sosial- og helsedepartementet. St. meld. nr. 16 (1993-94). *”Lat ikke grasen gro mellom grannar”*

Sosial- og helsedirektoratet (2004). Rapport IS-1212. *Nasjonal plan for selvhjelp*

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Rapport IS-1315. *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*

### **7.1.4 Rapporter, artikler og tidsskrifter**

Den boer, P. C. A. M, Wiersma D. and J. Van Den Bosch (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. I: *Psychological Medicine*, nr. 34/2004. United Kingdom: Cambridge University Press

Godager, Eli Vogt (2006). Selvhjelp – en mulighet for en bedre hverdag. I: *Mestringsmagasinet desember 2006*

Kristensen, Øistein og John-Kåre Vederhus (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* nr. 20/2005

Loland, Nina W. (2006). Effekt av selvhjelpsgrupper ved angst og depresjon. I: *Rapport fra Kunnskapssenteret* nr. 21-2006

Martinsen, Egil W. (2004). Når slanking blir farlig. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* nr. 15/2004

Rosenvinge, J.H. og K.G. Gøtestam (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? I: *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 3/2002*

Seierstad, Anne m.fl. (2004). Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. I: *Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 13-2004*

Skjelbreid, Frode og Andreas Nordang Uhre (2007). *Selvhjelp – et fullverdig alternativ?* Forebygging. no. Tilgjengelig fra URL:  
[http://www.forebygging.no/fhp/d\\_emneside/cf/hApp\\_101/hPKey\\_10892/hParent\\_180/hDKey\\_1](http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_10892/hParent_180/hDKey_1) [Nedlastet 25.05.10]

Skårderud, F., Rosenvinge J.H. og K.G. Gøtestam (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 15-18/2004*

Søvik, M.L. og T. Larsen (2008). Kronisk syke har nytte av selvhjelpskurs. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 18/2008*

Talseth, Solbjørg, Godager E.V. og S.F. Bruland (2004). Selvhjelp som prinsipp i forståelsen av psykisk helsearbeid. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1/2004*

Vederhus, J-H., Kristensen Ø., Tveit H. og T. Clausen (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening vol. 45 nr. 10/2008*

Wilson, Judy (1994). Self help groups and professionals. I: *Findings Social Care Research 60, November (1994)*. Water End York: Joseph Rowntree Foundation

## **7.2 Selvalgt pensum**

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2012). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*

Christensen, Karin (2002). *Matens mysterium: om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising*. Stavanger: Hertervig forlag. Stiftelsen psykiatrisk opplysning

Den boer, P. C. A. M, Wiersma D. and J. Van Den Bosch (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. I: *Psychological Medicine*, nr. 34/2004. United Kingdom: Cambridge University Press

Godager, Eli Vogt (2006). Selvhjelp – en mulighet for en bedre hverdag. I: *Mestringsmagasinet desember 2006*

Hauff, Sidsel og NSF (2009). *Selvhjelp – en innføring*. Norsk selvhjelpsforum (med støtte fra Sosial- og helsedepartementet). Tilgjengelig fra URL: <http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/Selvhjelp-eninnfringtilweb.pdf> [Nedlastet 10.05.10]

Kristensen, Øistein og John-Kåre Vederhus (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. I: *Tidsskrift for den norske legeforening nr. 20/2005*

Kristoffersen, Nina J. (1996). *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Loland, Nina W. (2006). Effekt av selvhjelpsgrupper ved angst og depresjon. I: *Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 21-2006*

Martinsen, Egil W. (2004). Når slanking blir farlig. I: *Tidsskrift for den norske legeforening nr. 15/ 2004*

Raustøl, Tellef (2008). *Større enn oljefondet? – Selvhjelp veien til mer helse*. Oslo: Nasjonal konferanse i Oslo Kongressenter, Folkets Hus 14.10.08. Selvhjelp Norge. Tilgjengelig på URL: <http://www.linklyngen.no/images/stories/dokumenter/Strreennoljefondet.pdf> [Nedlastet 13.05.10]



Rosenvinge, J.H. og K.G. Götestam (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? I: *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 3/2002*

Seierstad, Anne m.fl. (2004). Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. I: *Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 13-2004*

Skjelbreid, Frode og Andreas Nordang Uhre (2007). *Selvhjelp – et fullverdig alternativ?* Forebygging. no. Tilgjengelig fra URL:  
[http://www.forebygging.no/fhp/d\\_emneside/cf/hApp\\_101/hPKey\\_10892/hParent\\_180/hDKey\\_1](http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_10892/hParent_180/hDKey_1) [Nedlastet 25.05.10]

Skårderud, Finn (2000). *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug

Skårderud, F., Rosenvinge J.H. og K.G. Götestam (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 15-18/2004*

Sosial- og helsedepartementet. St. meld. nr. 16 (1993-94). ”*Lat ikke graset gro att mellom grannar*”

Sosial- og helsedirektoratet (2004). Rapport IS-1212. *Nasjonal plan for selvhjelp*

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Rapport IS-1315. *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*

Søvik, M.L. og T. Larsen (2008). Kronisk syke har nytte av selvhjelpskurs. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 18/2008*

Talseth, Solbjørg, Godager E.V. og S.F. Bruland (2004). Selvhjelp som prinsipp i forståelsen av psykisk helsearbeid. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1/2004*

Talseth, Solbjørg og Eli Vogt Godager (2007). ”Selvhjelp i brukermidvirkning” Høgskulen i Volda. *Kompendium – del 1: Selvhjelp – hva er det og arbeidets samfunnsmessige plassering*. Norsk selvhjelpsforum. Tilgjengelig fra URL:

[http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/Selvhjelp\\_i\\_brukermedvirkning\\_Kompendium\\_del\\_1.pdf](http://www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/Selvhjelp_i_brukermedvirkning_Kompendium_del_1.pdf) [Nedlastet 11.05.10]

Talseth, Solbjørg og Eli Vogt Godager (2009). *Kartlegging av selvhjelpsvirksomhet i rusfeltet*. Norsk selvhjelpsforum. Tilgjengelig fra URL: [http://linklyngen.no/images/stories/dokumenter/Kartlegging\\_rapport\\_2009\\_V5\\_100107.pdf](http://linklyngen.no/images/stories/dokumenter/Kartlegging_rapport_2009_V5_100107.pdf) [Nedlastet 13.05.10]

Vederhus, J-H., Kristensen Ø., Tveit H. og T. Clausen (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening vol. 45 nr. 10/2008*

Vederhus, John Kåre (2009). *Selvhjelpsgrupper i rusfeltet*. Oslo: Universitet i Oslo. Avdeling 2 for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF.  
Doktorgradstipendiat

Wilson, Judy (1994). Self help groups and professionals. I: *Findings Social Care Research 60, November (1994)*. Water End York: Joseph Rowntree Foundation