



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Spiseforstyrrelser blant brukere i hjemmebasert omsorg

Hege Elin Strand

Totalt antall sider inkludert forsiden: 25

Molde, 14.04.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Spiseforstyrrelser blant brukere i hjemmebasert omsorg

Tittel på engelsk: Eating disorders among users of home based care

Forfatter(e): Hege Elin Strand

Fagkode:

Studiepoeng:

Årstall: 2010

Veileder: Karl Yngvar Dale

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.

Opgaver 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: 14.04.2010

Antall ord: 8007

Sammendrag

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan man kan anvende kognitiv terapi overfor en bruker i hjemmebasert omsorg som lider av en spiseforstyrrelse. I oppgaven min vil jeg presentere teori om spiseforstyrrelse og kognitiv terapi. I Norge har nærmere 50 000 kvinner mellom 15 og 45 år en alvorlig og behandlingstrengende spiseforstyrrelse. Det er mest oppmerksomhet rundt behovet for sykehustilbud til de mest syke, men de fleste pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten. De aller fleste med spiseforstyrrelser går på arbeid eller skole hver dag og problemet er ikke synlig siden de fleste er normalvektige. For å kunne hjelpe en med spiseforstyrrelse må man kunne forstå, og kunnskap om sykdommens natur er et fundament for forståelsen. En fellesnevner ved alle typer spiseforstyrrelse er lav selvfølelse eller negativ selvevaluering, og det blir ofte referert til at pasientene har en opplevelse av å ha lite kontroll i livene sine. Det å ha en spiseforstyrrelse er svært tidkrevende, noe som gjør at man trekker seg fra sosiale sammenhenger og ofte har en vakkende motivasjon til å bli frisk. Kognitiv terapi bygger på hvordan individ trenger å bearbeide informasjon på en adekvat måte for å overleve, og måten mennesker sanser og behandler informasjon på. Levereglene fungerer som et filter vi opplever verden igjennom og vil påvirke våre følelser og handlinger. En leveregel er en oppfatning av deg selv og ditt forhold til andre som du dannet deg allerede da du var liten. Kognitiv terapi innebærer en systematisering av tiltak knyttet til atferdsendring i forhold til mat og kropp og endring i tenkesett. Randomiserte og kontrollerte studier har imidlertid vist at fokus på styrking av selvfølelsen i kombinasjon med hjelp til symptommerstring etter prinsipper fra kognitiv terapi kan være svært effektivt i behandlingen av en spiseforstyrrelse. Empirien har jeg innhentet gjennom observasjon og kliniske erfaringer fra min egen arbeidsplass. Først presenterer jeg en kasusillustrasjon så en hendelse/narrativ som diskusjonen tar utgangspunkt i. Jeg har prøvd å vise hvordan en kan anvende kognitiv terapi, til Nora som lider av spiseforstyrrelse, i hjemmebasert omsorg. Min hovedkonklusjon blir at det er viktig at Nora får hjelp til å ivareta seg selv og at hjemmesykepleien til en viss grad kan hjelpe til på en del områder. Det blir viktig å se på mulighetene for å øke kompetansen om spiseforstyrrelse til de ansatte i kommunen. Slik situasjonen er i dag vil det være vanskelig å få til en helhetlig behandling av spiseforstyrrelser i hjemmesykepleien på lik linje med den spesialisthelsetjenesten kan

tilby, da Nora ikke er tilgjengelig annet enn ved besøk i hjemmet. Tiden vi har til rådighet er også i hovedsak knapp, så det vil derfor være viktig å få til et samarbeid ved å sette behandlingen i et system.

Innhold

INTRODUKSJON	1
TEORI.....	3
Spiseforstyrrelser.....	3
Anoreksia:	3
Bulimia:.....	4
Indre liv:	4
Kroppslige symptomer og skader:	5
Kognitiv terapi.....	6
Identifisering av negative tanker:.....	6
Skjema/leveregler:.....	7
Kartlegging:.....	7
Identifisering og bearbeiding av leveregler:	7
ABC-modellen:	8
Hjemmeoppgave:	9
Sokratisk spørreteknikk:.....	9
Motivasjonsbearbeiding	10
Fysisk aktivitet og kostbehandling	10
EMPIRI.....	11
DISKUSJON.....	12
Identifisering av negative tanker	12
Skjema/leveregler.....	13
Identifisering og bearbeiding av leveregler.....	14
Endring av atferd.....	15
Oppbygging av sitt indre.....	16
Å motivere til forandring	16
Fysisk aktivitet og kostbehandling.....	17
Muligheter og begrensninger	18
KONKLUSJON.....	19
REFERANSE	20

INTRODUKSJON

Nærmere 50 000 norske kvinner mellom 15 og 45 år har en alvorlig og behandlingstrengende spiseforstyrrelse. (Skårderud, Rosenvinge, Gøtestam, 2004). Omtrent 600 av dem trenger spesialisthelsetjeneste. I tråd med dette ble det i år 2000 utarbeidet retningslinjer for behandling av alvorlig spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, men det foreligger ikke tilsvarende for primærhelsetjenesten (Statens helsetilsyns utredningsserie, 2000). Selv om det er mest oppmerksomhet rundt behovet for sykehusstilbud til de mest syke, skal de fleste pasienter med spiseforstyrrelse behandles i primærhelsetjenesten. Tidlig diagnose og behandling betyr mye for prognosen. Til tross for dette er det kun om lag 30% av dem med anorexi og under 6% av dem med bulemi som kommer i gang med behandling (Statens helsetilsyns utredningsserie, 2000)

De aller fleste med spiseforstyrrelser går på arbeid eller skole hver dag. Problemet er ikke synlig, i og med at de fleste er normalvektige. Mange vegrer seg for å ta kontakt med behandlingsapparatet og de fleste venter gjennomsnittlig 4-5 år før de søker hjelp. Det er viktig at pasientens møte med helsevesnet, som svært ofte er en lege, er preget av forståelse, kunnskap og interesse. Utfordringene er også til stede når pasienter tilbakeføres til primærlegen etter behandling hos spesialisthelsetjenesten hvor det forventes at allmennpraktikeren følger opp den somatiske siden av sykdommen. (Skårderud, Rosenvinge, Gøtestam, 2004).

Ifølge Bjørnelv (2004) må man kunne forstå for å hjelpe og kunnskap om sykdommens natur er et fundament for forståelsen. Pasienten er gjerne sårbar etter skyld, skam og mange års overveielse om hvorvidt en skal søke hjelp. Voksne kvinner som har slitt med spiseforstyrrelse i flere år angir to hovedproblemer i møte med legen: Tid og tillit. De savner tid til å ta opp skjulte og skambelagte temaer som overspising og oppkast.

Lav selvfølelse eller negativ selvevaluering er en fellesnevner ved alle typer spiseforstyrrelse. Det blir ofte referert til at pasientene har opplevelse av å ha lite kontroll i livene sine. Forsøket på å kontrollere appetitten blir et konkret og symbolsk uttrykk for å gjenvinne kontrollen. Matrestriksjoner og vekttap kan gi en følelse av å mestre gjennom å ha kontrollen og få positiv oppmerksomhet fra omgivelsene. (Skårderud, Rosenvinge, Gøtestam, 2004).

Det å ha en spiseforstyrrelse er ofte tidkrevende noe som gjør at man trekker seg fra sosiale sammenhenger og pasienter har ofte en vakkende motivasjon til å bli frisk; de har ofte ambivalente holdinger til det å endre spisevanene sine. Randomiserte og kontrollerte studier har imidlertid vist at fokus på styrking av selvfølelsen i kombinasjon med hjelp til symptomstrøking etter prinsipper fra kognitiv terapi kan være svært effektivt. (Skårderud, Rosenvinge, Gøttestam, 2004). Ved bulimi og overspisingslidelse finnes det en rekke studier hvor man via kognitiv terapi har oppnådd en symptomreduksjon på gjennomsnittlig 50-80 %.

Kognitiv terapi bygger på hvordan individ trenger å bearbeide informasjon på en adekvat måte for å overleve og måten mennesker sanser og behandler informasjon på. Inntrykkene som kommer inn blir påvirket av individets holdninger og tolkningen av de innkomne data som systematisk blir feilaktig. (Nielsen, von der Lippe, 2002). Dette fører videre til tolkning og forståelse som igjen skaper en atferd som er urimelig i forhold til omstendighetene. Ved kognitiv terapi er det samarbeid mellom pasient og terapeut som hovedsaklig er rettet inn mot hvordan problemene fremtrer i pasientens hverdag her og nå. I sentrum står pasientens behov og opplevelse av situasjonen.

Kognitiv terapi innebærer en systematisering av tiltak knyttet til atferdsendring i forhold til mat og kropp og endring i tenkesett. Det legges vekt på å kartlegge og forandre dysfunksjonelle og automatiske tankemønstre knyttet til spiseforstyrrelsen, som for eksempel: ” Har jeg ikke full kontroll, mister jeg all kontroll” og ”Når jeg er tynn, blir jeg glad”. (Skårderud,2000)

Jeg vil prøve å belyse hvordan man kan anvende kognitiv terapi overfor en bruker i hjemmebasert omsorg som lider av spiseforstyrrelse. Dette er en kvinne som lider av hele spekteret av problemer knyttet til spising.

PROBLEMSTILLING

Hvordan kan man anvende kognitiv terapi overfor brukere innen hjemmebasert omsorg som lider av en spiseforstyrrelse?

Kognitiv psykologi, påpeker Skårderud (2000), fokuserer på hvordan mennesker forstår seg selv, andre og sine omgivelser. Det legges vekt på tankemønstre, automatiske tanker, forstyrret tenkning, trossystemer, forventninger og holdninger. Sosiale forhold påvirker

også tenkning, og sosiale forhold betyr familie, venner og kultur. Ideen om at det er absolutt nødvendig at jeg er tynn må utfordres og forlates.

Skårderud (2000) fremholder at det å være spiseforstyrret betyr at en er overopptatt av kropp, vekt og utseende og at en kjenner seg styrt av slike tanker og følelser.

Spiseforstyrrelsen styrer mye av livet og hemmer den daglige funksjonen. Maten og kroppen blir et språk for å takle følelser og livsproblemer og det handler ofte om lav og svingende selvfølelse. Atferden som følger med spiseforstyrrelsen medfører belastninger på kroppen og kan skape behandlingstrengende somatiske tilstander.

TEORI

Spiseforstyrrelser

Skårderud (2000) hevder at spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse hvor en ikke bare har vansker med å forholde seg til mat, men også til egne tanker og følelser. Det å være spiseforstyrret betyr at en er overopptatt av kropp, vekt og utseende og at en kjenner seg styrt av slike tanker og følelser. Spiseforstyrrelsen styrer mye av livet og hemmer den daglige funksjonen. Maten og kroppen blir et språk for å takle følelser og livsproblemer og det handler ofte om lav og svingende selvfølelse. Atferden som følger med spiseforstyrrelsen medfører belastninger på kroppen og kan skape behandlingstrengende somatiske tilstander. Spiseforstyrrelser er i dag sterkt knyttet til vestlig kultur med sitt overfokus på kroppen som et symbol på psykologisk og sosial mestring. Ifølge Skårderud (2000) beveger mange seg mellom de forskjellige diagnosegruppene. Kanskje starter de med anoreksi-symptomer, for senere å bli mere bulimiske og så etter noen år ende opp med overspising. Grunnmuren i behandlingsarbeidet mot spiseforstyrrelsen er å fremme motivasjon. En forutsetning for god hjelp er holdning og handling. Holdning er å anstrenge seg for å forstå og handling er konkrete råd og teknikker. Hjelp handler om det å skape trygghet for endring og fremme mot hos de som har spiseforstyrrelser. Mot til et bedre liv. Motivasjon til forandring er en prosess og ved å bruke åpne spørsmål kreves det et lengre svar, gjerne med utdypninger og undringer, dette for å stimulere til selvrefleksjoner.

Anoreksia: er når man begrenser hva og hvor mye man spiser, noen beholder maten, mens andre kaster opp om de synes de har spist for mye. De fleste begynner med å sulte for å gå ned i vekt og mange opplever etterhvert at de ikke klarer å spise. De mister

kontrollen og det kan skje en forvrenging av kroppsbildet. Man ser seg selv som stor og tykk. En med anoreksi tenker nesten hele tiden på mat og kalorier. Å sulte er et forsøk på å undertrykke det å ha menneskelige behov, det kan være seg mat eller andre menneskers omsorg. Det å klare å kontrollere behovene oppleves av mange som en følelse av å være sterkere enn andre. De fleste utvikler anoreksi i tenårene, noen i senere alder, gjerne i forbindelse med dramatiske endringer i livet. (Skårderud,2000)

Bulimia: En definisjon på bulimi er overspising med etterfølgende renselse.

Overspisingen kan være alt fra tre brødsiver til flere timers spising og flere omganger med oppkast. Sulten kan være både psykisk og fysisk og å kaste opp etterpå kan føles som en lettelse eller den store ydmykelsen og skammen. De fleste med bulimi er normalvektige. For å hindre vektøkning brukes oppkast, avførende midler eller vandrivende medisiner, gjerne i kombinasjon med slanking eller fysisk aktivitet. Selvfølelsen er ofte knyttet til vekt og utseende. Mange utvikler bulimi i slutten av tenårene eller tidlig i tjuårene, og en del tenker at de er mislykkete anorektikere. Dette er en periode med store forandringer i livet. (Skårderud, 2000)

Indre liv: To psykologiske fenomener er sentrale når det gjelder spiseforstyrrelse og det er lav selvfølelse og opplevelsen av ikke å ha kontroll. Å endre kroppen sin er et tiltak for å fremme selvfølelse og kontroll. Lav selvfølelse trenger ikke å være synlig, og for å kompensere for lav selvfølelse søkes det mestring innenfor målbare områder som for eksempel skole, idrett, i venneflokken osv. Opplevelsen av ikke å ha kontroll kan være knyttet til manglende mestring i forhold til andre. En som har spiseforstyrrelser fører en fortvilt kamp om kontroll over følelser og prestasjoner, over kroppen og det som omgir han/ henne. Svært forskjellige mennesker har spiseforstyrrelser og lidelsene følger som regel alltid i kjølevannet av en ønsket vektreduksjon og aktive handlinger for å endre sin kropp. (Skårderud, 2000)

Skårderud (2000) hevder at de som er friske eller på vei ut av spiseforstyrrelsen beskriver veien inn i spiseforstyrrelsen som preget av usikkerhet om hvem man er og hvem man skal bli. En fortvilet ensomhet og opplevelse av ikke å bli forstått, stor tvil, numment ubehag, en følelse av ikke å styre sitt eget liv, men av å bli styrt. Kort og godt en tid preget av indre kaos og forvirring. Å ta kontroll over maten blir løsningen, men som etter en tid blir

problemet. Spiseforstyrrelser er ikke kontroll, men liksom kontroll, etterligning av kontroll og illusjon om kontroll påpeker Skårderud (2000).

Skam kan være en grunnfølelse bak spiseforstyrrelsen og kan være en farlig affekt fordi man ofte ikke viser den. Skammen er knyttet til selvforakt og selvhat og ved den dype skammen er det hele ens selv man skammer seg over hvor selvforminskingen og selvskaden har blitt en konkret aktivitet. En av de mest grandiose som kan tenkes er forestillingen om at man ikke trenger noe. Den som har spiseforstyrrelse har ofte ”dårlig kontakt med seg selv”, hvor følelser er som et diffust indre og en ubehagelig uro.

Motstridende og blandete følelser er sentrale trekk i spiseforstyrrelsen og kalles ambivalens. Den som har spiseforstyrrelse vil og vil ikke, kan og kan ikke, tør og tør ikke. Indre dobbelheter og tvil kan gjøre dem handlingslammet. Spiseforstyrrelse er en tydelig beskjed om at hun/han er forvirret og fortvilt. Blandete følelser, motstridende følelser og sterk ambivalens er sentrale trekk i spiseforstyrrelser og ser vi på atferden og kommunikasjonen av pasienten som en formidling av deres egen forvirring blir den kanskje lettere for oss å forstå. (Skårderud, 2000)

Kroppslige symptomer og skader: Ved en betydelig underernæring påvirkes alle kroppens organer. Kroppen går på sparebluss, pasienten fryser, kroppstemperatur, puls og blodtrykk er redusert. Eneste måten å fjerne symptomene på er å spise mere. Økt energi inntak vil være med på å normalisere kroppsfunksjoner, øke forbrenning og kroppstemperatur og så øke vekten. Mange av symptomene går tilbake ved normalisert kost med forbehold om at lidelsene ikke har vart i for mange år. Hjernens slankes også og ved underernæring blir hjernen mindre og spiseforstyrrelsen bidrar til å forsterke den psykiske smerten. Studier av frivillig sulting viser hvordan det kort tid etter sultekuren ble påvist følelsesmessig ustabilitet, senket stemningsleie, sløvhets, asosialitet, nedsatt konsentrasjonsevne og hukommelse, økt opptatthet av mat, tap av sultfølelse, tvangshandlinger og –ritualer, bisarr atferd og bulimiske trekk. Mange års underernæring gir en økt risiko for varige skader som svikt i kognitive funksjoner, blant annet nedsatt hukommelse. Slanking fører blant annet til at hjertet yter mindre, endringer i væske- og elektrolyttbalansen, økte muskelpager, fordøyelses plager, menstruasjonen forsvinner, vekst hemming, skader i munnhule og tenner ved bulimi. (Skårderud, 2000)

Kognitiv terapi

Identifisering av negative tanker: En viktig del i kognitiv terapi er å lære klienten å identifisere negative tanker og at automatiske tanker er ufrivillige, plausible, automatiske, situasjonsspesifikke og tilstandsavhengige. (Nielsen & von der Lippe 2002). Siden tankene kan være skremmende sørger man for ikke å tenke på dem og vender automatisk tankene bort fra dem. Måten å identifisere automatiske tanker på er å ta utgangspunkt i en relevant situasjon hvor problemet som er i fokus manifesterte seg. ”Hva skjedde?”, ”Hva tenkte du da?”, ”Hva gjorde du?” etc. Terapeuten ønsker å ta tak i de sentrale automatiske tankene som melder seg i situasjonen og spør så klienten hvor mye hun tror på dem gradert på en skala fra null til hundre. Dette fordi formålet med å realitetsteste negative tanker er å redusere klientens tro på dem ved å finne motbevis og alternative fortolkningsmuligheter som er mer sannsynlige. Hensikten er ikke å tenke positivt men realistisk. Ved å realitetsteste negative automatiske tanker er det essensielt å gjøre bruk av sokratiske spørreteknikk. Hvor man stiller relevante og konkrete spørsmål som får klienten til å reflektere over egne opplevelser. En innfallsvinkel som kan være nyttig for å frembringe en alternativ tolkning av hendelsen er å spørre klienten om hvordan hun tror en annen ville ha oppfattet situasjonen. Dette for å lære pasienten å finne ut om hans antagelser er riktige eller ikke. Målet er å la pasienten åpne for at hans tolkninger kanskje ikke er riktige, men en må være forberedt på at klientens negative tolkning kan være riktig. Det blir da viktig å kartlegge hva det innebærer og ved å utforske tanken nærmere kan ha en avdramatiserende og positiv effekt. ”Hvis det nå er slik, hva er så ille med det og hva kan du gjøre med det?” Det er viktig at klienten blir klar over hvilke typer feilfortolknninger hun ofte gjør.

Feilfortolknninger: ulike måter et individ kan misoppfatte eller forvrengte informasjon på. Mange typer feilfortolknninger trer i kraft når negative leveregler er aktivert.

Overgeneralisering: Dette betyr at man generaliserer fra én til alle hendelser. Når det har skjedd én gang så skjer det igjen. Det er ikke vits å prøve mer.

Svart/hvitt tenkning: Perfeksjonistisk og ”splitting” tenking sammen. Eksempel, Har tapetsert soverommet, og det ble en liten feil i hjørnet. Alle ser den lille feilen og ergo tenker alle at det var mislykket.

Tankelesning: Innebærer at man tar for gitt at andre skal vite hva en har lyst til uten å ha gitt uttrykk for det. Og at man ikke trenger å sjekke ut om ens tolkning er riktig eller ikke, for man kan lese andres tanker. (Nielsen & von der Lippe, 2002)

Skjema/leveregler: Skjemaene fungerer som et filter vi opplever verden igjennom hvor innholdet i de spesifikke skjemaene har en direkte innvirkning på personens persepsjon, tenkning og hukommelse. Disse vil i tillegg også påvirke våre følelser og handlinger. Når en hendelse inntreffer, vil skjemaet som er relevant for den spesifikke hendelsen, bli brukt til å fortolke, analysere og klassifisere hendelsen. Leveregler antar man etableres i barndommen som et resultat av de erfaringer man gjør seg, men også genetiske og miljøerfaringer utgjør en rolle i egen utvikling. Levereglene er stabile og ligger ofte latente, men etableres i spesielle situasjoner. Personen begynner å feilfortolke situasjoner ved at negative automatiske tanker strømmer inn i bevisstheten fordi en negativ leveregel har blitt aktivert. De er ikke bevisste og karakteriseres ved at de på en rigid, ekstrem og urealistisk måte fortolker situasjoner negativt. Levereglene kan best formuleres i et ”hvis, så”- format og kan deles inn i to typer, primære- og sekundære leveregler. De primære levereglene representerer selve kjernen i ens oppfatning av seg selv og andre. De sekundære levereglene aktiveres i spesielle situasjoner med sitt ”hvis, så” format. En primær leveregel er mest grunnleggende og gir opphav til flere sekundære leveregler. Jo mer negativt formulert de primære levereglene er, jo flere sekundære negative leveregler og færre sekundære positive leveregler. (Nielsen & von der Lippe, 2002).

Kartlegging: Nielsen og von der Lippe (2002) anbefaler å starte kartleggingen med å skaffe seg et overblikk over klientens livshistorie, familie, sosiale nettverk og jobbsituasjon. Deretter med å kartlegge klientens nåværende problemer, hvordan de oppstod og utviklet seg, og hvilke tanker klienten har om dem. Å hjelpe klienten til å identifisere og utfordre tanker og leveregler som skaper samarbeidsproblemer kan også være terapeutisk virkningsfullt. Det legges det stor vekt på at terapeuten skal være ekte, empatisk og ubetinget aksepterende i kognitiv terapi og at man stiller relevante og konkrete spørsmål som får klienten til å reflektere over egne opplevelser.

Identifisering og bearbeiding av leveregler: Nielsen & von der Lippe hevder at en leveregel er en oppfatning av deg selv og ditt forhold til andre som du dannet deg allerede da du var liten. Mange er overbevist om dette stemmer og at de har livserfaringer som bekrefter det. Ved å identifisere de negative automatiske tankene klienten har i ulike situasjoner, kan en gå videre ved å kartlegge de underliggende levereglene. Mennesker

med negative leveregler utvikler ofte ulike kognitive og atferdsmessige strategier som sørger for at de negative levereglene ikke aktiveres. Ulempen er da at sjansen til å realitetsteste levereglene er borte, mens fordelen er å slippe å kjenne på de sterke negative følelsene. En person som tror at ingen kan bli glad i meg, lett kan unngå nære relasjoner. Det anbefales at det brukes tid på å bevisstgjøre pasienten på hvilke typer unnvikende atferd som benyttes og om de har positive eller negative konsekvenser. Terapeuten skal tilstrebe å identifisere sammenhengen mellom leveregler, følelser, negative tanker og feilfortolkninger, nåværende problemsituasjoner, overføringsreaksjoner og barndomsopplevelser. Ved bearbeiding av negativ leveregel bør en forberede pasienten på endring. Er leveregelen at: ”jeg er et dårlig menneske” kan terapeuten si noe sånt som: ”Enten er du et dårlig menneske eller så tror du at du er det”. Er du et dårlig menneske må du læres opp til å bli et bedre og tror du bare du er det, må noe gjøres med din selvoppfatning. Viktig å realitetsteste den informasjonen pasienten bruker for å underbygge den negative leveregelen. Balansen mellom en empatisk formidling av den smerten leveregelen påfører pasienten og produksjon av informasjonen som strider mot leveregelen. Dette bør gjøres ved bruk av sokratiske spørreteknikk. Det blir også viktig å identifisere uhensiktmessig atferd som øker sannsynligheten for at de negative levereglene blir bekreftet. (Nielsen, von der Lippe, 2002).

ABC-modellen: Kognitiv terapi er å trene på å studere egne negative tanker, ikke bare være en del av dem og ta dem for gitt. Tanker er ikke fakta, de er tanker og de kan være ugyldige, konstruktive eller nedbrytende. Systemisk arbeid for å endre de negative tankene er ofte nødvendig og en kan da ta utgangspunkt i ABC-modellen som inneholder følgende punkter:

A: Hendelsen.

B: Tanker omkring hendelsen.

C: Følelser knyttet til tolkningen av hendelsen.

Eksempel hvis en nær venn har lovet å komme på besøk i kveld, men han dukker ikke opp. En kan da reagere på forskjellige måter, en kan bli irritert, såret, trist eller engstelig for at noe galt har skjedd. Eller det kan oppleves som en lettelse fordi en egentlig hadde lyst til å gjøre noe annet. Måten en reagerer på avhenger av hva en tror årsaken er og nettopp det er poenget. Våre følelser er nært forbundet med den mening vi tillegger en gitt hendelse.

Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre livsproblemer, samtidig hjelpe å

endre uhensiktmessige tankemønstre som er forbundet med problemer og muligens har bidratt til dem. (Berge, Repål, 2010).

Hjemmeoppgave: I kognitiv terapi er hjemmeoppgaver knyttet til bedre behandlingsresultater fordi de kan øke pasientens motivasjon og innsats, og styrke den terapeutiske alliansen. Formålet med oppgavene er for eksempel kartlegging, ferdighetstrening, problemløsning, utprøving av hypoteser og forventninger og eksponering. Tidlig i terapien innføres hjemmeoppgaver som samarbeidsform og terapeuten bidrar aktivt sammen med pasienten i utformingen av den enkelte oppgaven. Dette ved for eksempel å spørre pasienten om han har noen tanker om hva han kan gjøre til neste samtale for å arbeide videre med et tema som har vært tatt opp. Terapeuten må gi en begrunnelse for hensikten med oppgaven og knytter de opp mot målene som er satt for terapien. Sjekker så om dette stemmer overens med pasientens egen oppfatning. Viktig å spørre pasienten om i hvor stor grad oppgaven føles gjennomførbar, og endrer oppgaven hvis det er behov. Resultatet drøftes i neste time. (Berge, Repål, 2010).

Sokratisk spørreteknikk: Karl Tomm skiller mellom fire ulike måter å stille spørsmål på. Det er lineære, strategiske, sirkulære og refleksive spørsmål og alle kan være en innfallsvinkel til å skape åpne dialoger. Lineære spørsmål er orientert mot å utrede spesielle årsaker, problemformulerende eller avklarende som hvem, hva, hvor, når og hvorfor. Strategiske spørsmål er ledende, manipulerende og kontrollerende, de innebærer en skjult styring av pasienten og ifølge Tomm har de en begrenset effekt. En sokratiske dialog kjennetegnes ved at hjelperen vet at han ikke vet og fortsetter å spørre. Ikke for å avdekke fakta, men for å danne seg og prøve ut hypoteser, i en utforskende prosess med pasienten. Hensikten er da å identifisere sammenkoblinger og mønstre pasienten har i samspill med andre, frigjøre informasjon og skape ny forståelse. Spørsmålene kan være forskjellsspørsmål som ”Når har du mest, minst, størst lyst til å spise?” eller atferdsspørsmål som ” Hvem er det som maser mest om at du skal spise?”. Spørsmålene går på forhold som tidspunkt, mest, minst eller i forhold til andre. De sirkulære spørsmål kan ha en frigjørende effekt på pasienten fordi de er åpne uten å låse fast og dette kan føre til at pasienten oppdager mønstre i egen atferd. Refleksive spørsmål er rettet mot å lette situasjonen for pasienten ved å utløse en refleksiv prosess om pasientens egne oppfatninger. Spørsmålene stilles hypotetisk, de er fremtidsrettet og begynner ofte med

”hvis”. Dette kan invitere pasienten til nye måter å se ting på, noe som kan føre til vekst. De forskjellige spørsmålstypene anbefales anvendt vekselvis som vurderes i forhold til pasientens tilstand og den situasjonen/relasjonen hjelperen har med pasienten. (Vatne, 2006).

Motivasjonsbearbeiding

Ifølge Skårderud (2000) er motivasjon for forandring en prosess som blir skapt i dialogen med den spiseforstyrrede. En sentral målsetting i motivasjonsforebyggende samtaler er at det er pasienten som uttrykker de fordeler og ulemper som oppleves. Forandringen kan deles inn i fem ulike faser. *Føroverveielse* er gjerne det nivået unge med spiseforstyrrelser befinner seg på ved den første kontakten med behandlingsapparatet. De selv erfarer i liten grad at de har et problem og informasjon er sannsynligvis mest relevant. Ved *overveielse* har pasienten en opplevelse av at noe er galt, og kan nå være villig til å se nærmere etter. Det kan nå være mulighet for å bygge allianse og her hjelpe dem å få fatt i spiseforstyrrelsens negative side og å peke på ambivalensen.. Det tredje stadiumet er *forberedelse/beslutning* og her ønsker mange å forandre seg, men vet ikke hvordan. Neste stadiet er *handling* hvor det er behov for praktisk- og emosjonell støtte. I tillegg til behandlere kan det her være behov for å trekke inn familie og venner. Her vil det arbeides med selvinnsikt og å se på forholdet til andre mennesker. *Vedlikehold* bidrar til forståelsen om at alt er ikke tapt selv om noe går dårligere en periode. I tilfriskingen kan det svinge med mindre og større tilbakefall. Skårderud påpeker at en slik modell ikke er lineær, den kan bevege seg frem og tilbake mellom stadier av motivasjon og beslutsomhet. Ved å stille åpne spørsmål kreves et lengre svar, gjerne med utdypinger og undringer dette for å stimulere til selvrefleksjoner. Å tematisere ambivalens mot bedring kan gjøres på flere måter, men en metode er å skulle skrive et brev til henholdsvis vennen og fienden spiseforstyrrelsen. Hva er symptomenes gevinst og hva er ødeleggelse? Mange frykter at det å bli bedre kan være å miste noe de trenger.

Fysisk aktivitet og kostbehandling

Trening og fysisk aktivitet kan være en del av behandlingen. Dette gjelder også anorexi, men der må de enkelte aktivitetene vurderes av medisinsk kyndig personale og individuelt doseres. En vei til å tenke mindre på kroppen kan være at den gode bevegelsen av kroppen også beveger tanker og følelser og gir et annet fokus. Bevegelse er lystpreget og som en

del av et behandlingstiltak kan det gi pasienter en opplevelse av å få til noe. Det kan fremme samarbeidet at vi forsøker å samarbeide i stedet for å være i kamp. Det å gjøre noe sammen kan være relasjonsfremmende. Å bruke kroppen kan bety at man lettere aksepterer det å skulle spise når man er kjenner seg litt sliten. Fysisk aktivitet i riktig doser og former er helsefremmende og bidrar til økt kontroll over egen vekt. De ulike aktivitetene bør være lystpregete, sosiale, knyttet til øvelser for avslapning og kroppskunnskap, ikke kondisjonspregete ved underernæring, ikke konkuranspregete og i en kontekst av mestring.

Målene med kostbehandling er å sikre tilstrekkelig mengder med sunn mat, regelmessig inntak av kosten, bli trygg på kosten og fremme opplevelsen av kontroll, bli bedre kjent med egne behov og kunne dekke disse. De med spiseforstyrrelser kan ofte kaloritabellen, men mangler kunnskap om hva kroppen faktisk trenger. Derfor vil kostveiledning ofte være som en nylæring om kroppslige funksjoner og blant annet fettets nødvendighet. Ved et regelmessig energiinntak vil forbrenningen øke og vekten vil stabiliseres. Det blir viktig å knytte det økende matinntaket til bedret allmenntilstand og funksjon, og det å kjenne seg mer opplagt.

EMPIRI

Kasus er basert på kliniske erfaringer og observasjoner fra min arbeidsplass og det er anonymisert etter gjeldende regler.

Nora har hatt konflikter med andre mennesker siden hun gikk i barnehagen og hun har bestandig vært glad i mat. 12 år gammel begynte hun å ruse seg med alkohol og hasj. 13 år gammel hadde hun prøvd Extasy. 15 år gammel bekreftet hun å ha prøvd amfetamin, heroin iv., kokain, Ritalin, Extasy og hasj sammen med alkohol, hun sniffet også ligther gass. Bodd på barnevernsinstitusjon siden hun var ca 13 år gammel. Da hun var 15 år gammel ble hun innlagt på tvungen plassering og behandling ved et psykiatrisk sykehus. Hun utfordret systemet og underkastet seg ikke regler eller påbud, og hun har vært ekstrem i sin utagering og selvskading. Prøver gjentatte ganger å ta sitt eget liv med blant annet kniv, svelget spiker og har skjært seg flere ganger så hun har måttet blitt sydd av kirurg. Omtrent 18 år gammel oppfattes hun som i en ny depresjon. Hennes selvdestruktive atferd viser ikke bedring av medisiner eller tilta., De mest utagerende utfallene mot seg selv og andre har kommet etter grensesetting og det virker som pasienten virkelig har ønsket å ta sitt eget liv.

Nora har fått diagnosene Bipolar lidelse (Statens helsetilsyn, 1996), andre spesifiserte spiseforstyrrelser, dysosial personlighetsforstyrrelse med mange psykopatiske trekk og psykiske lidelser og atferdsproblemer som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer. Rus og bipolar lidelse gjør Nora ekstrem til tider. Hun virker å gi andre skylden og rasjonalisere sine handlinger.

Nora flytter i egen leilighet etter ca 3 år på tvungen plassering, hun er da nesten 19 år gammel. Mor og far ble skilt for noen år siden og mor bor i samme by som Nora, mens far bor på en annen kant av landet. Mor og far stiller opp for datteren så godt de kan. Nora har også en eldre søster. Hjemmesykepleien er innom hver dag med tabletter som hun får i dagsdosett. Tar morgenmedisinen mens vi er der og disponerer kveldstablettene selv. Begynner på DBT til individuelle samtaler og gruppesamtaler. Forteller der at hun la på seg mye under institusjonsoppholdet og at hun nå ønsker intenst å gå ned i vekt. Starter selv med en ganske drastisk slankekur hvor hun i flere uker levde på bare suppe. Begynte også etterhvert å overspise for så å kaste opp. Velger å slutte på DBT da hennes viktigste engasjement er slanking som hun sier opptar livet hennes nesten 24 timer i døgnet. Startet også opp på ROBUST, men velger også å slutte der også da hun syntet de maste for mye om hennes slanking.

Under et besøk hvor hjemmesykepleien er innom Nora med dagsdosetten forteller Nora at nå har hun ikke vært ute på ei uke. Mor har invitert henne på middag i morgen, men hun orker ikke, for da blir det sånn mas om at hun må spise så hun velger derfor ikke å dra dit. Spiseforstyrrelsen opptar hele tiden min forteller Nora, og den har jeg full kontroll over.

DISKUSJON

Identifisering av negative tanker

Ifølge Nielsen & von der Lippe (2002) er en viktig del i kognitiv terapi å lære klienten å identifisere negative tanker. En kan begynne med å forklare at automatiske tanker er ufrivillige, plausible, automatiske, situasjonsspesifikke og tilstandsavhengige. Siden tankene kan være skremmende sørger man for ikke å tenke på dem og vender automatisk tankene bort fra dem. Måten å identifisere automatiske tanker på er å ta utgangspunkt i en relevant situasjon hvor problemet som er i fokus manifesterer seg. Systemisk arbeid for å endre de negative tankene er ofte nødvendig og en kan da ta utgangspunkt i ABC-modellen (Berge, Repål, 2010) og sokratiske spørreteknikk hvor man stiller relevante og

konkrete spørsmål som får klienten til å reflektere over egne opplevelser. Ut i fra dette vil jeg nå illustrere en del av samtalen med Nora:

A T: ”Hvorfor vil du ikke spise hos mor?”

N: ”Hun sier at jeg må spise for jeg har gått så mye ned i vekt.”

B T: ”Hvilke tanker har du om det å gå ned i vekt?”

N: ”Hvis jeg går ned i vekt vil jeg få mange venner.”

T: ”Hva mener du med det?”

N: ”Når jeg er tykk ønsker ingen ”normale” å omgås meg.”

C T: ”Hva føler du når du sier dette?”

N: ”Jeg føler meg mislykket, ingen ønsker ei tykk venninne eller kjæreste. Søsteren min er tykk, og hun blir bare utnyttet av venner og gutter.

Tanker er ikke fakta, de er tanker og de kan være ugyldige, konstruktive eller nedbrytende. Feilfortolkninger er ulike måter et individ kan misoppfatte eller forvrengte informasjon på. Mange typer feilfortolkninger trer i kraft når negative leveregler er aktivert. Leveregler antar man etableres i barndommen som et resultat av de erfaringer man gjør seg. De primære levereglene representerer selve kjernen i ens oppfatning av seg selv og andre. Ideen om at det er absolutt nødvendig at jeg er tynn må utfordres og forlates, og det legges vekt på å kartlegge og forandre dysfunksjonelle og automatiske tankemønstre knyttet til spiseforstyrrelsen. Nora tenker, ”jeg får ikke venner hvis jeg ikke er tynn.” Er dette en realitet? Ved å realitetsteste negative tanker kan en redusere klientens tro på dem ved å finne motbevis og alternative fortolkningsmuligheter som er mer sannsynlige. En innfallsvinkel som kan være nyttig for å frembringe en alternativ tolkning av hendelsen er å spørre klienten om hvordan hun tror en annen ville ha oppfattet situasjonen. (Nielsen & von der Lippe, 2002).

Skjema/leveregler

Nielsen og von der Lippe (2002) hevder at når en hendelse inntreffer, vil skjemaet som er relevant for den spesifikke hendelsen, bli brukt til å fortolke, analysere og klassifisere hendelsen. Levereglene kan best formuleres i et ”hvis, så”- format. En kan her tenke seg at Noras skjema sier at ” Hvis jeg er tynn, så får jeg mange venner. Det kan være at Noras primære leveregel sier at, ”jeg er misfornøyd med meg selv, jeg er ikke verd noe.”. En primær leveregel er mest grunnleggende og gir opphav til flere sekundære leveregler. Man antar at leveregler etableres i barndommen som et resultat av de erfaringer man gjør.

Levereglene er stabile og ligger ofte latente, men etableres i spesielle situasjoner. En kan da ta utgangspunkt i at Nora har vært i konflikter med andre mennesker fra hun gikk i barnehagen. Skjemaene fungerer som et filter en opplever verden igjennom hvor de spesifikke skjemaene har en direkte innvirkning på Noras persepsjon, tenkning og hukommelse. De vil påvirke Noras følelser og handlinger. Hun har nå blitt voksen og skal opparbeide seg et nettverk og hvor man kan anta at hun har tanker som sier at når jeg er tynn, får jeg venner og alt blir bra.

Identifisering og bearbeiding av leveregler

Nielsen & von der Lippe (2002) påpeker at en leveregel er en oppfatning av deg selv og ditt forhold til andre som du dannet deg allerede da du var liten. Mennesker med negative leveregler utvikler ofte ulike kognitive og atferdsmessige strategier som sørger for at de negative levereglene ikke aktiveres. Nora er misfornøyd med seg selv og vil forandre seg slik at de negative reglene ikke aktiveres. Kroppen blir da et konkret uttrykk for slik forandring og fordelen er å slippe å kjenne på de sterke negative følelsene. Terapeuten skal tilstrebe å identifisere sammenhengen mellom leveregler, følelser, negative tanker og feilfortolkninger, nåværende problemsituasjoner, overføringsreaksjoner og barndomsopplevelser. Ved bearbeiding av en negativ leveregel bør en forberede pasienten på endring. Ved å realitetsteste den informasjonen Nora bruker for å underbygge den negative leveregelen kan en åpne opp for at hennes tolking ikke var riktig likevel.

T: ”Hvorfor tror du at ingen vil omgås deg hvis du er tykk.”

N: ”Ingen vil ha venner som er tykke.”

T: ”Hva bygger du det på?”

N: ”En gang sa ei jente til meg at ingen vil være sammen med deg som ser sånn ut.”

En innfallsvinkel som nå kan være nyttig for å frembringe en alternativ tolkning av hendelsen er å spørre klienten om hvordan hun tror en annen ville ha oppfattet situasjonen. Dette for å lære pasienten å finne ut om hans antagelser er riktige eller ikke. Målet er å la pasienten åpne for at hans tolkninger kanskje ikke er riktige. Det er viktig at Nora blir klar over hvilke typer feilfortolkninger hun ofte gjør. Terapeuten sitt mål blir å bidra til at pasienten får en realistisk og kritisk tvil til sine feilfortolkninger, negative tanker og negative følelser. (Nielsen & von der Lippe 2002).

Endring av atferd

Skårderud (2000) hevder at spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse hvor en ikke bare har vansker med å forholde seg til mat, men også til egne tanker og følelser. Lav selvfølelse er et grunnlag for at en person som er misfornøyd med seg selv vil endre seg, og hvor endring av kroppen blir et konkret uttrykk for en slik forandring. Motivasjon til forandring er en prosess og ved å bruke åpne spørsmål kreves det et lengre svar, gjerne med utdypninger og undringer, dette for å stimulere til selvrefleksjoner.

T: "Hvor mye spiser du nå?"

N: "Det varierer, noen dager spiser jeg nesten ingenting, andre dager mye"

T: "Hvor lenge har du hold på å slanke deg?"

N: "Ikke så veldig lenge, omtrent to år"

T: "Hvilke tanker har du om det å spise mat?"

N: "At jeg har kontroll over kroppen min så lenge jeg bestemmer hvor mye jeg spiser"

T: "Hva føler du når du sier dette?"

N: "Jeg føler en slags glede ved at jeg kan bestemme. Dette er min greie, bare min."

Det legges stor vekt på at terapeuten skal være ekte, empatisk og ubetinget aksepterende i kognitiv terapi. (Nielsen, von der Lippe, 2002). Å vise forståelse, ha kunnskap og interesse er viktig for det videre samarbeidet. De med spiseforstyrrelser kan ofte kaloritabellen, men mangler kunnskap om hva kroppen faktisk trenger. Det kan virke som om Nora kan ha behov for at det blir snakket om mat og viktigheten av å spise og beholde litt mat. Atferden som følger med spiseforstyrrelsen medfører belastninger på kroppen og kan skape behandlingstrengende somatiske tilstander. Ved en betydelig underernæring påvirkes alle kroppens organer. Kroppen går på sparebluss, pasienten fryser, kroppstemperatur, puls og blodtrykk er redusert. Eneste måten å fjerne symptomene på er å spise mere. Mange av symptomene går tilbake ved normalisert kost med forbehold om at lidelsene ikke har vart i for mange år. Grunnmuren i behandlingsarbeidet mot spiseforstyrrelsen er å fremme motivasjon. En forutsetning for god hjelp er holdning og handling. Holdning er å anstrenge seg for å forstå og handling er konkrete råd og teknikker. Hjelp handler om det å skape trygghet for endring og fremme mot hos de som har spiseforstyrrelser. Behandler må kunne forstå for å hjelpe og derfor er kunnskap om spiseforstyrrelse et viktig fundament for forståelsen. (Skårderud, 2000)

Oppbygging av sitt indre

Å endre kroppen sin er et tiltak for å fremme selvfølelse og kontroll. Lav selvfølelse trenger ikke å være synlig, og for å kompensere for lav selvfølelse søkes det mestring innenfor målbare områder som her ved at Nora føler at hun har kontroll så lenge hun bestemmer hvor mye hun skal spise. En som har spiseforstyrrelser fører en fortvilt kamp om kontroll over følelser og prestasjoner, over kroppen og det som omgir henne. Å mestre kroppen blir en strategi for å redde seg selv ved å holde følelser som depresjon, tomhet og meningsløshet unna. Dette er en tid preget av indre kaos og forvirring. Ved svart/hvitt, enten/eller, alt eller intet tenkning blir kontroll forsøkt oppnådd. Enten-eller tenkningen kan komme til uttrykk i frykten for å spise litt, at hun da mister kontrollen og ender opp med å bli 100 kg, men spiseforstyrrelser er ikke kontroll, men en illusjon om kontroll. (Skårderud, 2000)

Å motivere til forandring

Ifølge Skårderud (2000) er motivasjon for forandring en prosess som blir skapt i dialogen med den spiseforstyrrede. En sentral målsetting i motivasjonsforebyggende samtaler er at det er pasienten som uttrykker de fordeler og ulemper som oppleves. Jeg vil her vise eksempel på en struktur til en forebyggende samtale. En begynner med åpne spørsmål og spørsmålene kan gjerne fortsette med utdypninger og undringer for å stimulere til selvrefleksjoner:

T: Kan du si litt om hva spiseforstyrrelsen gjør med deg?

N: Spiseforstyrrelsen gjør at jeg føler at jeg har kontroll over kroppen min. Jeg er den som bestemmer over livet mitt.

T: Kan du si litt om hvorfor du tror det er vanskelig å klare seg uten den kontrollen over kroppen din?

N: Jeg vet ikke, kjenner meg redd nå.

T: Du sier at du har kontroll over kroppen din så lenge du har spiseforstyrrelsen. Har du noen tanker om hvordan livet kan bli uten spiseforstyrrelsen?

N: Har egentlig ikke tenkt så mye på akkurat det, men jeg er veldig sliten for spiseforstyrrelsen krever all min tid.

En kan her tenke seg at Nora er i fasen *overveielse*, hun har en opplevelse av at noe er galt, og kan nå være villig til å se nærmere etter. Det kan nå være en mulighet for å bygge allianse og her hjelpe henne med å få fatt i spiseforstyrrelsens negative side og å peke på

ambivalensen. Hjelp handler om det å skape trygghet for endring og fremme mot hos de som har spiseforstyrrelser. Det er nyttig å skape en atmosfære av nyskjerrighet, undring og felles forskning hvor målet er å bidra til selvreparasjon. (Skårderud, 2000)

Nå kan en oppsummere litt om hva Nora har sagt så kan en gå videre med nye åpne spørsmål.

T: Kan du si noe rundt hvordan spiseforstyrrelsen krever all din tid?

N: Den er blitt så tidkrevende at jeg ikke kommer meg ut i det hele tatt og jeg føler også at jeg ikke har overskudd til å gjøre så mye annet.

Ifølge Berge og Repål (2010) er hjemmeoppgaver i kognitiv terapi knyttet til bedre behandlingsresultater fordi de kan øke pasientens motivasjon og innsats og styrke den terapeutiske alliansen. Formålet med oppgavene er for eksempel kartlegging.

Hjemmeoppgaven til Nora før neste møte med meg kan være hvilke tanker hun har om hvorfor hun ikke kommer seg ut og ikke har overskudd til å gjøre så mye. Her kunne det være å tematisere ambivalensen mot bedring som kan gjøres på flere måter, men en metode er å skulle skrive et brev til henholdsvis vennen og fienden spiseforstyrrelsen. Hva er symptomenes gevinst og hva er ødeleggelse? Mange frykter at det å bli bedre kan være å miste noe de trenger. Det krever både mot og åpenhet, og det kan være veldig vanskelig å snakke om spiseforstyrrelsen og det blir her viktig å støtte pasienten i prosessen. (Skårderud, 2000)

Fysisk aktivitet og kostbehandling

Ifølge Skårderud (2000) kan en vei til å tenke mindre på kroppen være fysisk aktivitet, noe som kan bevege tanker og følelser og gi et annet fokus. Bevegelse er lystpreget og som en del av et behandlingstiltak kan det gi pasienter en opplevelse av å få til noe. I et behandlingsopplegg med Nora kan man velge å ta samtalen samtidig med en sparsertur i nabolaget. Det å gjøre noe sammen kan være relasjonsfremmende og fremme samarbeidet. Å bruke kroppen kan bety at man lettere aksepterer det å skulle spise når man kjenner seg litt sliten. Nora vil kanskje ha behov for informasjon om at problemet med at hun føler seg utslitt kan komme av at hun mangler kunnskap om hva kroppen faktisk trenger.

Kostveiledning vil ofte være som en nylæring om blant annet bredde i kosten og kroppslige funksjoner. Vis gjerne eksempler på kostlister da mange med spiseforstyrrelse har mistet oversikten om hva som er å spise normalt. Ved underernæring påvirkes alle kroppens organer, kroppen går på sparebluss men et økt energi inntak vil være med på å

normalisere kroppens funksjoner. Det blir viktig å knytte det økende matinntaket hos Nora til bedret allmenntilstand og funksjon, og det at hun kan komme til å kjenne seg mer opplagt. Studier av frivillig sulting hos friske forsøkspersoner viser hvordan det kort tid etter sultekuren ble påvist blant annet følelsmessig ustabilitet. En langsiktig målsetting er å skille mellom mat og følelser der man spiser når man er sulten og slutter når man er mett. I praksis er døgnbehovet ved moderat aktivitet omkring 2000 kcal.

Muligheter og begrensninger

I forhold til Nora så er det muligheter til å hjelpe for hun er mottakelig for innspill og ser selv at spiseforstyrrelsen har sine minussider. En må her være oppmerksom på at pasienter ofte har en vakkende motivasjon til å bli frisk; de har ofte ambivalente holdninger til det å endre spisevanene sine. Lav selvfølelse eller negativ selvevaluering er en fellesnevner ved alle typer spiseforstyrrelse. Det blir ofte referert til at pasientene har opplevelse av å ha lite kontroll i livene sine. Forsøket på å kontrollere appetitten blir et konkret å symbolsk uttrykk for å gjenvinne kontrollen. Mange frykter at det å bli bedre kan være å miste noe de trenger, dette kan være en begrensning i motivasjonen for å ønske hjelp. Vårt oppdrag i hjemmesykepleien er imidlertid å gi medisiner og å ha en viss kontroll på at hun inntar disse. Tiden hjemmesykepleien har til rådighet hos Nora er svært begrenset, men vi i hjemmesykepleien kan muligens få til ett planlagt lengre besøk, henholdsvis en gang i uken hvor vi kan velge å ta motivasjonsfremmende samtaler ved for eksempel å gå en tur. Det som imidlertid kan føre til begrensninger i mulighetene til å hjelpe Nora er at ansatte i hjemmesykepleien jobber turnus, og det kan dermed være vanskelig å ha en fast dag i uken hvor en bestemt ansatt kan ha en fast avtale. For å få til en kontinuitet i en behandling vil det her være viktig å motivere Nora til å ta i mot hjelp fra andre instanser, for eksempel psykiatritjenesten og fastlegen. Her kan hjemmesykepleien ha muligheter til å være med på å støtte opp om tiltak som iverksettes.

En vet at tid og tillit er et grunnelement i behandlingen av spiseforstyrrelsen og en begrensning per dags dato i hjemmesykepleien er at de ansatte ikke har nok kunnskap om sykdommen. En mulighet kan være å motivere til økt kursing blant de ansatte om spiseforstyrrelse, og ved å heve de ansattes fagkompetanse kan dette føre til økt forståelse for Noras situasjon.

Hjemmesykepleien kan ha mulighet til å hjelpe Nora ved å bruke sokratisk spørreteknikk til å legge vekt på en systematisering av hennes fastlåste tankemønster og de negative

tankene. En kan også bruke hjemmeoppgaver som er knyttet til et bedre behandlingsresultat fordi de kan øke pasientens motivasjon og innsats. Å styrke den terapeutiske alliansen kan også la seg gjennomføre ved at primærsykepleieren til Nora har en fast avtale med henne en time hver uke.

KONKLUSJON

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å belyse hvordan man kan anvende kognitiv terapi overfor brukere innen hjemmebasert omsorg som lider av en spiseforstyrrelse. Det meste av teorien om spiseforstyrrelse er i hovedsak brukt til behandling i spesialisthelsetjenesten, men er på langt vei overførbart til brukere innen hjemmebasert omsorg. Jeg har hovedsaklig ved hjelp av kognitive strategier prøvd å vise hvordan en kan forsøke å forholde seg til personer med spiseforstyrrelse. Dette med utgangspunkt i Nora, ei jente med spiseforstyrrelse som jeg har møtt i min jobb i hjemmesykepleien.

Hovedkonklusjonen min blir følgelig at det er viktig at Nora kan få hjelp til å ivareta seg selv. Hjemmesykepleien kan til en viss grad hjelpe på en del viktige områder. Dette kan være motivasjonsforebyggende samtaler som kan føre til endring og det at vi faktisk er innom hver dag er noe som kan bidra til økt trygghet. Det blir derfor viktig fremover å se på muligheten for å få økt kompetansen til de ansatte i hjemmesykepleien slik at de får tilegnet seg kunnskap om spiseforstyrrelser, da det hevdes at man må kunne forstå for å hjelpe og at kunnskap om sykdommens natur er et fundament for forståelsen. Men for å få til en optimal behandling kreves også å få til et samarbeid med for eksempel fastlegen og psykiatritjenesten i kommunen og her vil samhandling være et viktig område. Som situasjonen er i dag mener jeg det vil være vanskelig å få til en helhetlig behandling av spiseforstyrrelser i hjemmesykepleien på lik linje med spesialisthelsetjenesten da hun ikke er tilgjengelig annet enn ved besøk i hjemmet. Tiden vi har til rådighet er også i hovedsak knapp, så jeg tenker at det å få til et samarbeid ved å sette behandlingen i et system vil være viktig. I år 2000 ble det utarbeidet retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, men det foreligger ikke tilsvarende for primærhelsetjenesten. (Statens helsetilsyns utredningsserie, 2000). En må fremover se på muligheten for å utarbeide retningslinjer også her med tanke på at de fleste pasienter med spiseforstyrrelse behandles i primærhelsetjenesten.

REFERANSE

Berge, T., Repål, A.(2010) Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi. Oslo: Gyldenda Norsk Forlag AS

Bjørnelv,S. (2004) Spiseforstyrrelser i allmennpraksis. Tidsskriftet den norske legeforening nr. 18

Nielsen, G.H.; von der Lippe, A.L(red) (1993) Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Tano

Skårderud, F. (2000) Sterk Svak håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug & Co

Skårderud, F., Rosenvinge, J.H., Gøtestam, K.G. (2004) Spiseforstyrrelser-en oversikt. Tidsskriftet den norske legeforening nr. 15

Statens helsetilsyn (1996) ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon.

Statens helsetilsyns utredningsserie (2000) Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialhelsetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn

Vatne, S. (2006) Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS