

Multifamilieterapi for voksne med alvorlige spiseforstyrrelser



Mildrid Valvik

Siri Lyngmo

Tove Skarbø

Beathe Reiert Nilsen

Jan H. Rosenvinge

Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø

Som en «ubuden gjest» kommer spiseforstyrrelsen: først legger den beslag på den som blir rammet, deretter invaderer den hele familien. Multifamilieterapi er mye brukt for barn og ungdom, men er ikke tidligere beskrevet for voksne pasienter med spiseforstyrrelser.

Multifamilieterapimanualen for voksne er under arbeid og vil foreligge på norsk og engelsk. En foreløpig versjon fås ved henvendelse til Regionalt senter for voksne med Spiseforstyrrelser, Nordlandssykehuset. Dette arbeidet veiledes av Pennie Fairbairn fra Maudsley Hospital, London.

Hvis en person får en spiseforstyrrelse, påvirkes hele familien. Når familielivet organiseres og styres av angsten for lidelsen (Eisler, 2005), utvikles det et vedlikeholdende og endringshindrende samspill. Hensikten med denne artikkelen er å redegjøre for multifamilieterapi (MFT) ved spiseforstyrrelser og å presentere en manual for MFT for voksne pasienter, utviklet ved det regionale senteret for spiseforstyrrelser i Bodø (RESSP). Vi oppgir også resultatene av en mindre brukerundersøkelse.

MFT er et gruppeterapeutisk tilbud for 6–7 familier, som møtes i gruppersamlinger over ett år. Tilbudet retter seg mot familier med minst ett medlem i alderen 18–30 år med diagnosen anorexia- eller bulimia nervosa. Denne unge voksne bor enten hjemme eller har nærmeste tilknytning til sin primærfamilie. I manualen er det gjort tilpasninger slik at MFT også kan brukes i utkantstrøk der store reiseavstander setter rammer for hyppighet og intensitet i behandlingen.

MFT ble utviklet av Laqueur på 1960-tallet for å behandle psykoser, rusmisbruk og utviklingsforstyrrelser (Laqueur, 1972). Den kan brukes som en selvstendig behandlingsform, eller som tillegg til annen behandling. I Norge har multifamilieterapi blitt benyttet spesielt for familier der ett eller flere medlemmer har en psykotisk lidelse (Øxnevad et al, 2000). Siden midten av 1990-tallet er MFT tilpasset spiseforstyrrelser, spesifikt anorexia nervosa hos barn og unge. Metoden er i første rekke anvendt ved behandlings- og forskningsmiljøene i Dresden (Scholtz & Aasen, 2001) og ved Maudsley Hospital i London (Dare & Eisler, 2000). I Norge og Norden har man samlet klinisk erfaring på dette området i de siste 4–5 årene.

MFT er foreløpig ikke utprøvd i kontrollerte terapeutstudier, men disse er underveis i både Dresden og London. Foreløpig støtter man seg mye på dokumenterte effekter av familieterapi (Eisler & Dare, 2000, Dare et al., 2001, Scholz & Asen 2001, Eisler, leGrange & Asen 2003). Behandlingspraksis og erfaringer er imidlertid utførlig beskrevet i litteraturen både fra det engelske (Eisler, 2000, 2003,

2005) og det tyske (Scholtz et al., 2003, 2005) forskningsmiljøet. MFT for barn og ungdom med spiseforstyrrelser er også manualisert (Scholz & Asen, 2001, Eisler & Dare, 2000, Wallin, 2007).



MFT med voksne pasienter fra 18 til 30 år er imidlertid ikke utformet og utprøvd. Antar man at MFT kan være nyttig for en slik pasientgruppe, er et slikt utviklingsarbeid viktig fordi spiseforstyrrelser er aldersovergripende og familierelaterte lidelser. Spiseforstyrrelsen fører til at mange bor hjemme med sin primærfamilie mye lenger enn andre personer i samme alder. Spiseforstyrrelsen engasjerer også foreldre og søsken. Omsorg, styrt av frykt, kan føre med seg overinvolvering, sinne, frustrasjon og angst. Samlet skapes en familiesituasjon der det primære blir å håndtere angsten. Familiemedlemmer går på tå hev, for spiseforstyrrelsen kan karakteriseres som en slags «truende uinvitert gjest» i familien. Frigjøring, selvstendighet og ansvar for eget liv blir vanskelig til tross for at den syke juridisk sett er voksen og selvstendig. Den som har spiseforstyrrelsen, har også ofte stor skyldfølelse for de belastningene de opplever at de utsetter familien for.

Fire temaer

Fire gjennomgående temaer er egnet til å belyse det familierelaterte ved spiseforstyrrelsen. Disse temaene er: isolasjon, fremtiden forsvinner, ubalanse i familiens ressursfordeling og endret familieidentitet (Steinglass, 1998).

Isolasjon. Når familiene organiserer livet rundt spiseforstyrrelsen, tilpasser man seg symptomene. Datteren med spiseforstyrrelse tolererer for eksempel ikke at det kommer gjester; hun vil oftest styre når, hvor og hvem hun skal spise sammen med. Det utvikles nye måltidsrutiner, ofte spenningsfylte og med mange emosjonelle utageringer. Søsken lider under at det som tidligere kanskje var familiens hyggestund, blir en ladet konfliktarena. Familien begynner gradvis å isolere seg fra sosialt fellesskap. Isolasjonen både skyldes og forsterker skamfølelse og opplevelse av å være stigmatisert. Nær beslektet er følelsen av skyld, der foreldre gransker livet sitt, og leter etter hva de har gjort galt. Mange har også lest eller hørt om foreldet kunnskap om den patogene mor eller at spiseforstyrrelser kun skyldes en bestemt familiestruktur eller kommunikasjonsform (Eisler, 2005).

Fremtiden forsvinner. Familier lever ofte i en «her-og-nå»-situasjon. Det er om å gjøre å klare seg dag for dag, eller måltid for måltid, uten at datterens situasjon forverrer seg. Dermed blir det vanskelig å forholde seg til noe som ligger frem i tid. Ferier eller helgeturer blir umulige å planlegge fordi man ikke vet hvordan situasjonen er da. Det samme gjelder vanlige livssyklusvalg; for eksempel blir det vanskelig å bestemme utdanning eller når datteren kan flytte ut.

Ubalanse i familiens ressursfordeling. Når et medlem i en familie blir syk, får han eller hun ofte det meste av oppmerksomheten. Dette er særlig fremtredende ved spiseforstyrrelse, som er potensielt skadelig og dødelig. Søsken blir lett underprioritert, og de må tilpasse seg situasjonen. De kan kanskje ikke ha venner hjemme, eller kan ikke fortsette sine egne aktiviteter. Foreldrene glemmer ofte å ta vare på hverandre. Parforholdet blir lidende fordi prosessen mot å være et par uten omsorgsoppgaver for hjemmeboende barn forstyrres. Familieressursene og oppmerksomheten hos søsken og foreldre går utelukkende med til å prøve å «redde den syke». «De friske sidene» både i jenta med spiseforstyrrelse og i familien for øvrig blir dermed skjøvet til side.

Endret familieidentitet. Ofte blir hele familiens identitet satt på prøve. Fra å ha vært en mestrende trygg familie blir følelsen endret til usikkerhet på om familien kan mestre noe som helst. Når ett av barna ikke engang kan få i seg mat og familien heller ikke kan hjelpe henne til det, – hva slags styrke er det da i familien? Mange opplever økt hjelpeløshet, og da er det ikke rart at ressursaspektene tapes av syne. Denne opplevelsen forsterkes dersom man møter fagfolk som heller ikke kan hjelpe.

Man vet for lite om hva som er de aktive terapeutiske elementene i MFT. Som i gruppeterapi er nok viktige elementer det refleksivt gjenkjennende ved å møte andre i lignende situasjon. Å møte andre kan redusere følelser som skam, skyld og at man er alene, og man kan dele bekymringer og lære av andres løsningsforsøk. Psykoedukativt formidlet kunnskap om spiseforstyrrelser kan også bidra til å gjøre symptomene forståelige og håndterbare, og derved motvirke følelsen av hjelpeløshet.



En MFT-manual for voksne

MFT-manualen for voksne er utviklet ved RESSP i Bodø over en toårsperiode. Manualen ligner i struktur og arbeidsform på MFT-manualer for barn og ungdom, men skiller seg ut ved sterkere fokus på relasjonsarbeid og kommunikasjon enn på arbeid med symptomene på spiseforstyrrelse..

Utviklingspsykologisk er det ikke som for barn og ungdom noe mål at foreldrene skal ta tilbake sin autoritet som foreldre, men snarere at de kan bli støttespillere og ressurspersoner for sine voksne barn. Målet er å komme ut av de uheldige familiesamspillene som følger av spiseforstyrrelsen, og å fremme forståelsen av at bedringsprosessen er den unge voksnes ansvar.

Mange terapimetoder og manualer er utviklet under forutsetninger som ikke alltid er til stede. Lavfrekvente lidelser som spiseforstyrrelser gjør det vanskelig å bygge opp tilstrekkelig lokalbasert volumkompetanse, og dette problemet forsterkes i utkantstrøk som i Nord-Norge, med mye spredt befolkning. Dette kan lett kollidere med idealet om en mest mulig desentralisert helsetjeneste. Terapeutiske tilbud som overskrider slike utfordringer, er derfor etterspurt av både terapeuter og brukere. En har også valgt å inkludere ulike diagnostiske typer spiseforstyrrelser, da en ikke har et pasientvolum som gjør at en kan selekttere for eksempel bare anorexia nervosa.

Grupper med 6–7 familier møtes i terapisamlinger over ett år. De første samlingene skjer hyppig for å styrke gruppefølelsen, for å arbeide mot en felles forståelse av lidelsen og av motivasjonsprosessen hos pasienten. Familiene følges over ett år fordi forandringer tar tid, og fordi mange problematiske situasjoner er «årstidsavhengige». Fordelingen av terapisamlinger gjennom dette året er også tilpasset slik at man tar hensyn til lang reiseavstand og til kostnader og ressurser forbundet med reising. Dagssamlinger er uhensiktsmessig, og med unntak av første samling, som er på tre dager, legges det opp til todagerssamlinger i de resterende fem gangene familiene møtes. Det er 4–5 uker mellom første samling, deretter ca. 7–8 ukers intervaller. Hver dag varer ca. sju timer inklusive pauser. Reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med samlingene dekkes i hovedsak av NAV. Et mellomlegg av hotellutgifter for familiene, lokaleie samt bespising under samlingene må finansieres over sykehusbudsjettet.

Alle familier har en behandlingsansvarlig terapeut i MFT-gruppen som kan kontaktes mellom samlingene. Det kan også gjennomføres familieterapi for enkelte familier mellom samlingene, da gjerne i samarbeid med lokal behandler.

Kriterier for å delta er 1) nåværende alvorlig anorexia nervosa eller bulimia nervosa, 2) alder 18–30 år, 3) nær tilknytning til primærfamilien uten nødvendigvis å bo sammen med dem, men uten at man har etablert sin egen kjernefamilie, og 4) at pasienten er henvist fra lokal spesialisthelsetjeneste, og at lokal terapeut deltar i forvernsprosessen. I kompetansespredningsøyemed kan for øvrig lokale terapeuter også inngå i den totale gruppen av 5–6 terapeuter som deltar i MFT.

Hovedtrekkene i behandlingsmanualen



Informasjonsmøte. Varighet: tre timer, tre–fire dager før oppstart. Terapeutene og tidligere deltagere gir familiene informasjon om MFT. Familier som ønsker det, kan her takke nei til MFT.

1. *samling.* Varighet tre dager. 1. dag, temaer: Å bli kjent. Hele gruppen (ca. 20–25 personer) er først sammen i en storgruppe, der kreative øvelser brukes for å bli kjent. Deretter deler man inn i basisgruppene som er mødregruppen, fedregruppen, søskengruppen og pasientgruppen. Den sistnevnte lager collage eller andre kreative uttrykk for livet, henholdsvis med og uten en spiseforstyrrelse. Mødre, fedre og søsken snakker i hver sine grupper om hvordan det er å være dem i forhold til «den uinviterte gjesten» (spiseforstyrrelsen) som har inntatt familien. Dagen avsluttes med at arbeidet i gruppene deles og drøftes i storgruppen.

Familien begynner gradvis å isolere seg fra sosialt fellesskap. Isolasjonen både skyldes og forsterker skamfølelse og opplevelse av å være stigmatisert. Nær beslektet er følelsen av skyld, der foreldre gransker livet sitt, og leter etter hva de har gjort galt

2. dag, temaer: Å forstå hva en spiseforstyrrelse er. Det arbeides i storgruppen hele formiddagen med rollespill og undervisning om hvordan en kan forstå spiseforstyrrelsens utløsende og vedlikeholdende dynamikk. Det vektlegges at spiseforstyrrelsens funksjon ofte er affektregulering, og at det kan være livsområder pasienten ikke greier å forholde seg til. Etter lunsj er temaet «familien og spiseforstyrrelsen». Hver familie tegner sine familiekart, som presenteres i storgruppen.

3. dag, temaer: Motivasjon og spiseforstyrrelse. Familiene får høre et foredrag om motivasjonsfaser, og hvordan ambivalens og endringsfrykt påvirker behandlingsprosessen. Det arbeides i basisgrupper og i storgruppen, med rollespill og refleksjon rundt motivasjon for bedring. Etter lunsj gis et foredrag om hjelpeapparatet, og de utfordringene ambivalens for å motta hjelp, sykdomsbagatellisering og benektning kan skape. Familiene kan her dele sine erfaringer med bruk av helsevesenet.

2. *samling (etter fem uker).* Varighet to dager. Tema: Kommunikasjon. En «siden sist-runde» etterfølges av foredrag om kommunikasjon hentet fra Maudsley Hospital (Treasure, Smith & Crane, 2007). Her brukes blant annet dyremetaforer for omsorgsstiler som settes i gang ved fare, eksempelvis kenguruen som bærer sine barn i pungen, neshorn som nokså aggressivt bare kjører på med sitt, og strutsen som stikker hodet i sanden. Metaforene er eksternaliseringer som ikke skal provosere, men bidra til at deltagerne kjenner seg igjen og kan reflektere over positive og negative sider ved sine kommunikasjonsmønstre og mestringsstiler. Slike mønstre og mestringsstiler rollespilles deretter både i smågrupper og i storgruppen, og man trener på andre måter å kommunisere på.

3. *samling (etter åtte uker).* Varighet to dager. Tema: Omsorg, støtte, tilhørighet (OST). Hvordan kan foreldre og andre pårørende gå fra en omsorgsrolle til å være en støtte for sine voksne barn? Hvordan kan de voksne barna utvikle aldersadekvat tilknytning og ikke være avhengig av en infantiliserende omsorg fra familien? Også her brukes rollespill for å illustrere situasjoner der familiesamspillet er uhensiktsmessig og ikke-aldersadekvat, og man prøver ut alternative strategier.

4. *samling (etter ca. 10 uker).* Varighet to dager. Tema: «Søskendager». Fokus er nå på hvordan det er å være søsken i en familie der et medlem har en spiseforstyrrelse. Søsknene deler først sine erfaringer seg imellom i søskengruppen, og presenterer dem så i storgruppen. De får også anledning til

å være i gruppe med dem som har en spiseforstyrrelse, og de får gjensidig stille spørsmål de har båret på og ikke turt å uttale tidligere.



5. og 6. *samling (med ca. 10 ukers intervaller)*. I de siste samlingene bearbejdes temaer fra tidligere samlinger, samtidig som det også er en avskjedsarena. Eksempler på temaer kan være:

- Hva er skremmende ved å bli voksen og selvstendig?
- Hvordan håndtere overgangen mellom utskrivelse fra behandling og et liv hjemme?
- Hvor mye skal foreldrene gripe inn når de ser at det ikke går så bra?
- Hva er normalt, og hva er «spiseforstyrrelsens uttrykk»?
- Hvordan kan foreldrene og søsken leve sitt eget liv ut over det å forholde seg til spiseforstyrrelsen?
- Er det nødvendig å «gå på tå hev» rundt en person med spiseforstyrrelse for å ikke forverre situasjonen?
- Hvordan lære pårørende å snakke med den «friske delen av jenta» og unngå å krangle med «spiseforstyrrelsensdelen»?
- Selve manualen beskriver øvelser og temaer mer inngående og i hvilken rekkefølge temaer bør komme. Justeringer i klinisk praksis må selvsagt gjøres ut fra prosessen i den enkelte terapigruppen.

Brukertilfredshet

Behandlingsprogrammet ble gjennomført for første gang i 2007 i en MFT-gruppe med seks familier. Det var totalt 22 deltakerne (6 pasienter, 6 mødre, 5 fedre og 5 søsken) og seks terapeuter. Ved avslutning av gruppen i november 2007, ble det gjennomført en brukertilfredshetsundersøkelse, hvor deltakerne fyllte ut et tilfredshetsundersøkelsesskjema.

Pasientene var kvinner i alderen 18–29 år, alle hadde en anoreksidiagnose med gjennomsnittlig sykdomsvarighet på 8 år og 3 måneder, og alle var i annen behandling. Alle hadde hatt kortere eller lengre sykehusinnleggelser. Fem bodde hjemme hos foreldrene, mens en hadde egen bolig. Ved MFT-avslutningen hadde ytterligere to pasienter flyttet for seg selv, og de andre tre forberedte slik utflytting.

Foreldre og søsken. Foreldregruppen bestod av fem intakte ektepar. I ett av disse møtte aldri far. Et par var skilt, men begge foreldrene møtte. Søkengruppen varierte fra 10 til 27 år i alder, og totalt var det fem søsken innom gruppen. To av de voksne søsknene valgte å følge hele gruppen.

Terapeuter. Seks terapeuter deltok, hvorav en psykiater, en psykolog og fire psykiatriske sykepleiere. Alle hadde etterutdanninger i eksempelvis spiseforstyrrelser, familierapi, MFT, gruppeterapi og psykodrama, og flere hadde lang erfaring i å lede grupper.

Evalueringmetode. Skjema for brukertilfredshet ble delt ut siste dagen av behandlingsprogrammet. Dette for å kartlegge tilfredshet og utbytte av hele MFT-programmet og det inneholdt spørsmål om: a) informasjonsmøtet, b) innhold og tilnærming i samlingene, c) praktiske rammer og d) kontakten med terapeutene og med deltagerne. Hvert hovedspørsmål (a–d) har underspørsmål med spesifikke tilfredshetsspørsmål.

Deltagerne ble bedt om å gradere hvert spørsmål på en skala fra 1–5, med 5 som optimalskåre, og å angi en global tilfredshetsskåre. Skjemaet gav også rom for åpne kommentarer som supplerte muntlige tilbakemeldinger på den siste samlingen.. Totalt 15 personer fyllte ut skjemaene. (Dette utgjør 75 %, av de som kunne spørres, de yngste søsknene fyllte ikke ut skjemaene og det lyktes ikke å få inn skjemaer fra de som ikke var tilstede siste gangen.)

Resultater



Familienes erfaringer. Gjennomsnittlig global tilfredshetsskåre var 4,4. Gjennomsnittsskåren var over 4 også på spesifikke tilfredshetsspørsmål knyttet til bedring av familieklima, bedre kommunikasjon, økt forståelse for hverandres ståsted, økt kunnskap om spiseforstyrrelsen, bedre evne til å håndtere hverdagslige situasjoner der spiseforstyrrelsen har dominert. Mødrene og søsknene var noe mer fornøyde enn fedrene og pasientene selv. Særlig søsknene angav mindre frykt for sykdommen. Alle rapporterte noe mer håp om bedring.

Lavfrekvente lidelser gjør det vanskelig å bygge opp tilstrekkelig lokalbasert volumkompetanse, og dette forsterkes i utkantstrøk

Søsknene fremholdt i frie kommentarer at de i større grad nå kunne leve sitt eget liv og gjøre egne valg og aktiviteter uten å få dårlig samvittighet. De var også lettet over at foreldrene hadde fått andre å snakke med, og de opplevde dem som mer avslappede. En søster sa: «Jeg klarer bedre å leve mitt eget liv. Jeg klarer å gjøre mine egne ting uten dårlig samvittighet, eller tenke på at jeg må ta hensyn til min søster. Det er et bedre og åpnere klima i familien. Foreldrene mine er mer avslappet.»

Deltagerne angav bedre samspillsmønstre og at de organiserte seg rundt symptomene på mer funksjonelle måter. En av mødrene sa det slik: «Jeg har blitt klokere og fått mer kunnskap. Jeg har i større grad akseptert at dette tar tid, men jeg nekter å gi opp pushingen. Jeg kan håndtere vanskelige situasjoner bedre. Jeg kan i større grad selv akseptere at det er lov å tenke på seg selv. Jeg kan i større grad være til støtte for min datter.»

En av fedrene sa: «Jeg har fått økt kunnskap og større trygghet i hverdagen. Jeg er blitt mer bevisst i forhold til roller og viktigheten av å benytte seg av forskjellige roller. Jeg har fått tips i forhold til håndtering av situasjoner hvor «spiseforstyrrelsesstemmene» kommer på banen. Jeg er mindre avhengig av at mor er til stede. Jeg har lært hvor ansvaret i ulike situasjoner ligger. Jeg er blitt kjent med flotte mennesker.»

Pasientene angav at det var viktig for dem at de andre familiemedlemmene deltok i gruppen, og de var selv pådrivere til at foreldre og søsken skulle delta. Temaet i mange sesjoner var pasientenes sterke skyldfølelse for alt det de hadde belastet familiene med når det gjaldt spiseforstyrrelsen, og at andre trodde dette var viljestyrt. En av pasientene sa det slik: «Endelig et tilbud til familien. En «byrde» er tatt av mine skuldre. En økt kunnskap i familien gir større forståelse for hva det handler om. Det er blitt større aksept i familien for at det tar tid å bli bedre. Det er også aksept for at en spiseforstyrrelse handler om mye mer enn mat. Familien er blitt tryggere, og de klarer mer å leve sitt eget liv.»

Det fremkom få negative tilbakemeldinger. Mange fremholdt at de hadde ønsket mer oppfølging mellom samlingene, både fra MFT-terapeutene og de lokale terapeutene. Flere opplevde det som problematisk at pasientgruppen var så heterogen med hensyn til alvorlighetsgrad og motivasjon til endring.

MFT-terapeutenes erfaringer. Terapeutgruppen opplevde MFT som svært meningsfylt ved at det var observerbart at et høyt lidelsestrykk i familiene avtok når medlemmene knyttet seg til hverandre og brukte gruppen til å ta opp vanskelige temaer. Terapeutene begynte raskt å se familiene som et svært viktig ledd i det «ettervernet» man kunne bygge på. De pårørende var opptatt av å få kompetanse for å kunne gi hensiktsmessig støtte. Mange mente at det tidligere hadde vært lite å hente i det lokale hjelpeapparatet. Dette førte til mange refleksjoner i terapeutgruppen om hvor viktig det er å bygge opp lokal kompetanse, slik at overgangen fra en spesialenhet til livet på hjemmebane skal bli lettere.

Manglende motivasjon til behandling hos pasienten er uforståelig for mange pårørende. Terapeutene opplevde undervisning om stadier i en motivasjonsprosess som viktig. Det var tydelig at pårørende fikk økt innsikt i at lidelsen i seg selv representerte motstand mot endring (vektøkning), og at det var viktig at jenta selv mobiliserte en egen vilje til endring. Dette var et sorteringsarbeid og en ansvarsfordeling, hvor foreldrene etter hvert kunne legge mer ansvar over på datteren. Et lignende sorteringsarbeid opplevde terapeutene som nyttig med hensyn til temaer som skyld og skam knyttet til årsaksoppfatninger. Sorteringsarbeidet dreide seg her om å avklare hva som er myter, og hva som er etablert kunnskap. I en storgruppe med opptil 25 personer med til dels sterke følelser kunne terapeutene oppleve gruppeledelsen som utfordrende. Å bearbeide slike følelser i smågrupper gjorde det imidlertid mulig å komme tilbake til storgruppen med ny forståelse. Dette skapte igjen fremdrift i terapiprosessene. Slik sett opplevdes det som nyttig å arbeide fleksibelt mellom smågrupper og storgruppe.



Diskusjon

Evalueringen av MFT viser høy brukertilfredshet. Klinikerne som gjennomførte MFT, vurderte metoden som nyttig i å løse opp fastlåste samhandlingsmønstre, og minske lidelsestrykket i familiene. Særlig nyttig var MFT i å bedre situasjonen for søsken, som ofte blir oversett i hjelpeapparatet. Når bedre kommunikasjon, mer trygghet og mot til å leve sitt eget liv fremheves av deltagerne, er på mange måter målet med MFT nådd. I tillegg opplever pårørende i større grad at de kan støtte den som har spiseforstyrrelsen, på en hensiktsmessig og aldersadekvat måte. Kliniske inntrykk etter å ha fulgt noen av familiene også etter avslutning av gruppen viser at disse endringene vedvarer.

Pårørende rapporterte at de forstår symptomenes psykologiske betydning bedre og unngår derfor lettere å reagere på symptomer med angst og sinne, som i sin tur fremmer dårlige familiesamspill. Teoretisk knytter dette seg til såkalt «expressed emotions» (EE). Det er vist både ved schizofreni og spiseforstyrrelser at mindre kritikk og negativitet er en sentral betingelse for at bedring skal inntreffe (Eisler, 2000). Et annet aspekt ved det psykoedukative elementet i MFT er nytten av å tilføre familiene kunnskap og kompetanse for å kompensere for manglende kompetanse på spiseforstyrrelser i de lokale DPS-er.

Gruppeterapeutisk inntreffer det interessante prosesser når man setter sammen en gruppe av friske familiemedlemmer med pasienter med en langvarig og alvorlig spiseforstyrrelse. Pasienter med spiseforstyrrelser er i litteraturen beskrevet med dårlig evne til å verbalisere følelser, lav grad av affektbevissthet, og der spiseforstyrrelsen både *avleder* og *demper* følelser eksempelvis knyttet til relasjonelle vansker i familien. Med det høye emosjonelle trykket i MFT-gruppen skulle man forvente at symptomer på spiseforstyrrelser ville øke i frekvens og intensitet. Våre kliniske observasjoner støtter ikke dette. Pasientene har hatt høyt toleransenivå for det emosjonelle trykket, og de viser mye større spontanitet og verbalitet, sammenlignet med rene pasientgrupper.

Mange mente at det hadde vært lite å hente i det lokale hjelpeapparatet. Dette førte til refleksjoner om hvor viktig det er å bygge opp lokal kompetanse, slik at overgangen fra en spesialenhet til livet på hjemmebane skal bli lettere

En mulig forklaring er at friske pårørende blir en god drivkraft i disse gruppene. De kan med sin spontanitet og evne til å dele erfaringer være til hjelp for at pasientene selv kan eksponere seg i gruppen. En annen uvurdelig drivkraft er også den humor og lekenhet som nesten alltid oppstår i disse

gruppene. Vekslingen mellom spenningsfylt alvor og latter og lettelse bidrar til at også pasientene kan holde det ut og kanskje øke sin affekttoleranse.



En ofte brukt teknikk i MFT er rollebytte. Datteren bytter for eksempel rolle med mor og intervjues som mor. Perspektivskiftene i disse rollebyttene og det å se den andre ut fra den andres premisser gjør at man ser også seg selv mer nyansert. Det kan også være lettere for pasientene å observere andres foreldre og ta inn deres beretninger uten at ens egen skyldfølelse utløses, noe som kan gjøre emosjonaliteten hos andre mer forståelig. Teknikken er for øvrig også innsiktsbefordrende. Mange av pasientene var ikke klar over hvordan spiseforstyrrelsen virket på søsken, og var forbauset over at søsknene var så opptatt av deres ve og vel. Andre forstod bedre hvor mye foreldrene faktisk prøvde å støtte dem. I nyere teori har en vært opptatt av disse pasientenes manglende evne til mentalisering (Skårderud, 2007), noe som innebærer en svikt i evnen til å se seg selv og den andre. Erfaringene med MFT kan peke mot at affektbevissthet, affektregulering og mentalisering er mer kontekstavhengig og mindre konstitusjonelt, og at MFT gjennom format og arbeidsmetoder skaper en gunstigere kontekst. Ytterligere studier må avklare i hvilken grad dette også nyanserer selve forståelsen av spiseforstyrrelser.

Høy brukertilfredshet og positive kliniske erfaringer er lovende for MFT, men et lite materiale begrenser selvsagt konklusiviteten. Andre effektmål må også trekkes med i videre studier. Dermed reises flere nye spørsmål for videre forskning, eksempelvis forholdet mellom brukertilfredshet og bedring. Når pasientene selv rapporterer bedre kommunikasjon og relasjon til familiemedlemmene, påvirker dette symptomatferden? Er de kommet lenger i veien ut av spiseforstyrrelsen? Andre effektparametere er kostnad–nytte-analyser som inkluderer alle former for helsetjenesteforbruk i terapiperioden og i påfølgende oppfølgingsfase. En komplett randomisert og kontrollert studie er antagelig urealistisk med forventet norsk pasientvolum. En ny MFT-studie ved RESSP er imidlertid planlagt med repeterte mål på familieklima, generell psykopatologi og kjernesymptomer ved spiseforstyrrelser.

Konklusjon

Voksenpsykiatrien har ofte i liten grad involvert familien i behandling av pasientene. Behandlingsmanualen som er presentert, beskriver en måte å hjelpe både pasienten og familien til å komme ut av dysfunksjonelle samspillsmønstre. Evalueringen viser at det er et mindre lidelsestrykk i familiene, og at pårørende føler seg bedre i stand til gi støtte til den unge voksne etter at de har deltatt i ett års MFT. De kan gi aldersadekvat støtte uten å overta ansvaret for bedringsprosessen. Dette ansvaret må ligge hos den som har spiseforstyrrelsen.

Mildrid Valvik
Kløveråsveien 1
8092 Bodø
Tlf. 75 501 312
Mob. 91 317 226
E-post mildrid.valvik@nlsh.no

Referanser



- Asen E., Dawson, N., & McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy*. London og New York: H. Karnac (books).
- Asen E., Dawson, N., & McHugh, B. (2004). *Flerfamilieterapi. Nye veje i familiearbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.)
- Eisler, I., & Dare, C. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: *Journal of Child Psychology*, 41, 727–736.
- Eisler, I., LeGrange, D., Asen K.E. (2003). Family interventions. I: J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (red.), *Handbook of Eating Disorders* (ss 291–311). Chichester: John Wiley & Sons.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multi family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104–131.
- Dare, C., & Eisler, I. (2000): A multifamily group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating disorder Review*, 8, 4–18.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216–22.
- Laqueur, H.P. (1972). Mechanisms of change in multiple family therapy. I: C. J. Sager & H. S. Kaplan (red.), *Progress in Group and Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Scholz, M., & Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents. *European Eating Disorders Review*, 9, 33–42.
- Scholz, M., Rix, M., Hegewald, K., & Gantche, K. (2003). Tagesklinische Multifamilientherapie bei Anorexia nervosa – Manual des Dresdner Modells. I: B. Steinbrenner & M. Schonauer – Cejpek (red.), *Ess-Störungen. Therapie in Theorie und Praxis*. Wien: Maudrich Verlag.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Krassimir, G., & Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 132–142.
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words. Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15, 323–339.
- Treasure, J., Whitaker, W., Whitney, J., & Schmidt, U. (2005). Working with families of adults with anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 158–170.
- Treasure, J. Smith, G., & Crane, A. (2007). *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley Method*. London: Routledge.
- Wallin, U. (2007). *Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa, Behandlingsmanual*. Socialstyrelsens hemsida, 2007.
- Øxnevad, A.L., Grønnestad, T., & Arntzen, B. (2000). *Familiearbeid ved psykoser*, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Multifamily therapy for severe eating disorders has previously been described in relation to work with children and adolescents. The present paper introduces a treatment manual for adult patients still closely attached to their parents, or still living with their parents or relatives. The manual is designed so that it may also be used beneficially in rural areas where there is poor access to treatment and where the local inhabitants might otherwise incur significant transport costs to centralized treatment centres. A high degree of patient satisfaction together with promising clinical evaluations obtained from the first open clinical trial certainly encourages further research.

Keywords: eating disorder, multifamily therapy, treatment manual, patient satisfaction.

Publisert: 04.02.2010, Tidsskrift for Norsk psykologforening.