



**Abegg & Bro**  
*Center for spiseforstyrrelser*

**“Spiseforstyrrelser” og “Efterværn”**

Metodeudviklingsprojekt  
med støtte fra Socialministeriet

**FAGLIG RAPPORT**

December 2005

**Theresa Abegg**  
**Karen Bro**

**Elisabeth Aktor**  
**Athina Delskov**

## **INDHOLDSFORTEGNELSE**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>PROJEKTETS BAGGRUND OG FORMÅL.....</b>                  | <b>2</b>  |
| <b>DEN METODE VI UDVIKLER .....</b>                        | <b>3</b>  |
| <b>PROJEKTETS OPBYGNING .....</b>                          | <b>10</b> |
| <b>STEDETS KULTUR .....</b>                                | <b>14</b> |
| <b>INDIVIDUEL TERAPI.....</b>                              | <b>17</b> |
| <b>UNDERVISNING I GRUPPE .....</b>                         | <b>19</b> |
| <b>GRUPPETERAPI.....</b>                                   | <b>21</b> |
| <b>MÅL-/STATUSSAMTALER .....</b>                           | <b>24</b> |
| <b>PÅRØRENDERÅD GIVNING.....</b>                           | <b>27</b> |
| <b>ERNÆRINGSTERAPI .....</b>                               | <b>32</b> |
| <b>MADLAVNING OG SPISNING .....</b>                        | <b>36</b> |
| <b>PSYKOMOTORISK AFSPÆNDNING .....</b>                     | <b>40</b> |
| <b>ZONETERAPI.....</b>                                     | <b>42</b> |
| <b>KULTURELLE ARANGEMENTER (EKSTERNE OG INTERNE):.....</b> | <b>44</b> |
| <b>TEMABESKRIVELSER .....</b>                              | <b>46</b> |
| <b>SYSTEMATISK KOMPETENCEUDVIKLING .....</b>               | <b>53</b> |
| <b>TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE .....</b>                        | <b>55</b> |
| <b>EKSTERNT SAMARBEJDE .....</b>                           | <b>60</b> |
| <b>INTERN EVALUERING .....</b>                             | <b>62</b> |
| <b>FREMTIDEN .....</b>                                     | <b>64</b> |

**Bilag 1: Projektets ernæringsterapeutiske resultater**

**Bilag 2: Resultatmatrix madlavning**

## **PROJEKTETS BAGGRUND OG FORMÅL**

### **Projektets baggrund**

Abegg & Bro er et privat ambulanscenter for terapeutisk hjælp til mennesker med spiseforstyrrelser. Vi har gennem vores praksis siden 1998 opbygget en indgående erfaring med spiseforstyrrelser ud fra arbejdet med ca. 350 klienter og for ca. 35 % tillige med deres pårørende.

Til baggrund for udformningen af projekterne ligger den antagelse, at en intensiv tværfaglig indsats vil være den absolut mest effektive i forhold til at reducere menneskelig lidelse og tillige det mest økonomiske på længere sigt.

Endvidere mangler der synliggørelse af den indsats vi, som en privat institution, kan bidrage med.

### **De problemstillinger der førte til iværksættelse af projektet**

- Stort behov for overbevisende behandlingsresultater
- Behov for at belyse betydningen af tværfaglig indsats
- Behov for terapiforløb tilpasset forskellige målgrupper af personer med spiseforstyrrelser samt støtte til deres pårørende
- Manglende samarbejde mellem det offentlige og det private regi.

### **Projektets formål**

- At give personer med spiseforstyrrelser adgang til terapeutiske muligheder, der er i overensstemmelse med det, de har brug for.
- At belyse virkningen af en tværfaglig indsats på helbredelsesproces og resocialisering.
- At resultaterne kan formidles i en form, så de kan anvendes af beslutningstagere, psykologer, psykoterapeuter og andre fagfolk, der kommer i berøring med personer med spiseforstyrrelse og deres pårørende.
- At der arbejdes henimod, at det offentlige behandlingssystem og de private klinikker supplerer hinanden, specielt ved klienter med risikoadfærd og i reetableringsfasen.
- At projektet vil synliggøre private klinikkers mulige bidrag, samt åbne for faglig dialog og samarbejde.

### **Projektets aktører**

Projektet startede med:

Ledende psykoterapeut R. Theresa Abegg

Ledende psykoterapeut Karen Bro

Cand.psych. Athina Delskov HD(O)

Ernæringsterapeut og sygeplejerske Elisabeth Aktor

Undervejs tilknyttede vi:

Krops- og psykoterapeut Lise Benthien

Kropsterapeut og afspændingspædagog Annemarie Clement

Zoneterapeut og sygeplejerske Margit Hansen

**Projektets resultater er også dokumenteret i eksternt evalueringsrapport udarbejdet af Konsulentkompagniet: "Spiseforstyrrelser og Efterværn" Et metodeudviklingsprojekt i arbejdet med spiseforstyrrelser.**

## DEN METODE VI UDVIKLER

### **En ambulant intensiv tværfaglige indsats**

*Grundpillen i vores indsats er individuel psykoterapi, der tager højde for fysiske, psykiske og sociale faktorer.*

*For at styrke indsatsen inddrager vi andre terapeutiske indsatsområder i et tværfagligt samarbejde.*

At indsatsen skal være intensiv begrundes med, at det tvangsmæssige i adfærden og den psykiske belastning af det negative sind så overvældende, at det kræver en modvægt, der fylder i tid i klientens liv og tankeverden. Hvis personen overvejende er overladt til sig selv og sin negativitet, er det svært ikke at bukke under for denne.

### **Behandlingsstrategi:**

Vi sammensætter ud fra vore erfaringer og formodninger forløb til forskellige målgrupper, hvor den individuelle terapi suppleres med:

- Individuel ernæringsterapi
- Pårørenderådgivning
- Undervisning i gruppe
- Gruppeterapi
- Individuelle mål- og statusamtaler
- Madlavning og spisning
- Kulturelle aktiviteter
- Zoneterapi
- Kropsterapi: individuel/ i gruppe

### **Hvilke forudsætninger har vi?**

*Vores metode bygger på den forståelse af spiseforstyrrelsernes ætiologi og den erfaring med behandling af lidelserne, vi har i Abegg & Bro – Center for Spiseforstyrrelser.*

Vores metode og forståelse stiller sig ovenpå den forståelse og behandlingspraksis, der i øvrigt eksisterer i Danmark i disse år.

Metodens intensitet begrænses af den tradition, der er i Danmark, for at finansiere behandlingsindsats i privat regi fra såvel privat som offentlig side. Det vi kalder en intensiv indsats er således begrænset i forhold til det man kalder en intensiv indsat på Paradigme Institute i Victoria, Canada, hvor vi har haft lejlighed til at følge behandling ledet af psykolog Peggy Claude Pierre. Det er vores opfattelse, at en del af vore klienter kunne profitere af disse mere intensive forløb, som vi så i Canada. Disse udelukker imidlertid helt eller delvist tilknytning til arbejds- og uddannelsesinstitutioner, som er en mulighed i vore ambulante forløb

### **1. Vores forståelse af spiseforstyrrelsen**

*En forudsætning for vores metode er vores forståelse af spiseforstyrrelsen, og det er derfor en absolut forudsætning at alle tilknyttede behandlere i det tværfaglige samarbejde undervises i denne forståelse.*

### **Definition af spiseforstyrrelser**

- En spiseforstyrrelse er et kompliceret samspil af fysiske og psykiske faktorer.

På det ydre plan er det når en person er så forstyrret i sit forhold til at spise, til mad, krop og vægt, at det forstyrrer og styrer personens liv.

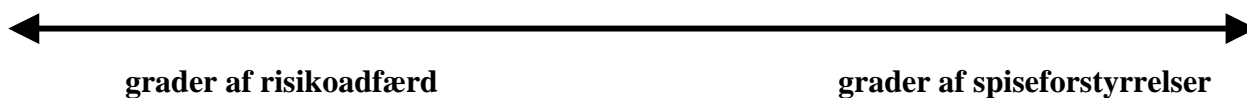
På det indre plan er det en nervøs, psykisk tilstand af kaos, der opstår når livet bliver for svært på et følelsesmæssigt og mentalt plan.

- En spiseforstyrrelse er en overlevelsesstrategi, der vanemæssigt bliver til en livsstil, en måde at overkomme livet på.

Vi forholder os til den faglige viden og erfaring om forudsætninger og årsager til at tilstanden er opstået og vedvarer, altså til: prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer.

### Kontinuert spektrum

Vi arbejder ud fra en forståelse af, at en spiseforstyrrelse udvikler sig i et kontinuum af sårbarhed, af bevægelse mellem slankeadfærd og spiseforstyrrelser.



### Grad af spiseforstyrrelse:

| Adfærd   | Betegnelse  |
|--|---|
| 1. Sundhedsoptaget, vil spise sundt og være slank  | Rask til lettere risikoadfærd                       |
| 2. Slankekur, føle sig tyk                         | udpræget risikoadfærd – lettere spiseforstyrrelse   |
| 3. Tvangsmæssige slankekure, spise og motionsvaner | middelsvær spiseforstyrrelse                        |
| 4. Sygdomstilstande                                | diagnosticerede og handicappende spiseforstyrrelser |
| 5. Livstruende sygdomstilstand                     | Aggressive, varige, invaliderende sygdomstilstande  |

Vi ser den fælles kerne i dette kontinuum er kognitivt, emotionelt og adfærdsmæssigt.

Spiseforstyrrelsen fremstår hos vores klientgruppe som åbenlyse fysiske symptomer på underliggende psykiske problematikker.

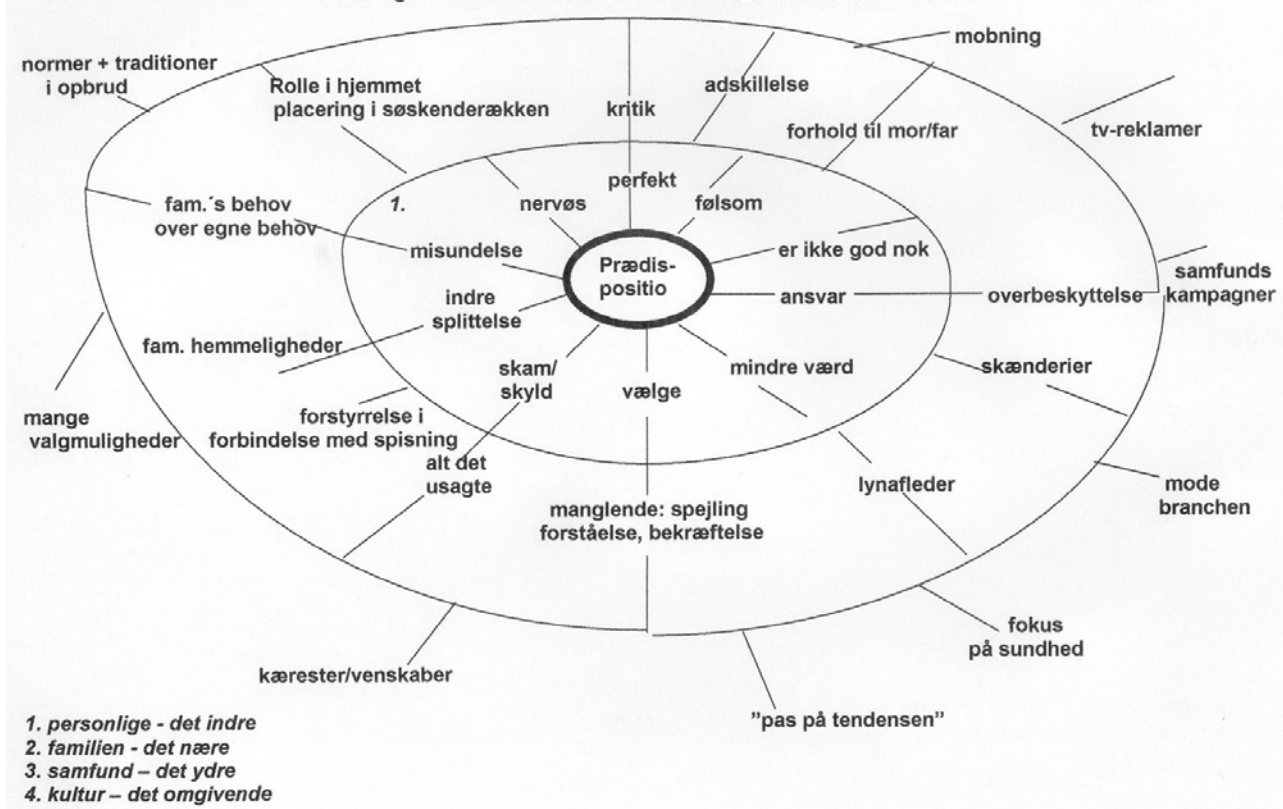
Vi søger derfor i behandlingsstrategien at forholde os til den samlede tilstand og situation, personer med spiseforstyrrelser befinder sig i på såvel det fysiske, følelsesmæssige, mentale og sociale område.

Det er således komplicerede sammenhænge og låsninger, som belyses og søges opløst i terapien.

## 2. Analyse – hvordan opstår problemerne?

*Spiseforstyrrelser har sjældent en enkelt eller gennemskuelig årsag. Al nyere forskning viser, at der er multifaktionelle årsagssammenhænge på såvel det personlige, familiemæssige, sociale og kulturelle plan.*

## Årsager – multifaktionelle årsagssammenhænge



*Udvikling fra prædisposition til risikoadfærd, debut og fastholdelse i adfærd. Vi skelner mellem:*

- *Prædisponerende faktorer*
- *Udløsende faktorer*
- *Vedligeholdende faktorer*

### Prædisponerende faktorer

#### Den store sensitivitet - Det følsomme sind

*Vi ser, at en store følsomhed er den vigtigste prædisponerende faktor for spiseforstyrrelser. Personer, der udvikler spiseforstyrrelser, er ofte meget sensitive over for fysiske sansninger, hvor lyd, lys, lugt og berøring opleves overvældende.*

Psykisk ser vi et meget følsomt sind. Man kan mere populært sige, at disse børn har lange antenner. En konstitutionel følelsesmæssig intelligens medfører at følelser, stemninger og udsagte meninger fra andre mennesker registreres og tolkes.

Problemerne opstår

- når det, der sanses og registreres, tolkes på en urealistisk og negativ måde
- når opmærksomheden rettes ud mod omverdenen i en grad, så personen ikke mærker sine egne følelser og ikke udvikler evnen til at lave afgrænsninger mellem egne og andres følelser og interessesfære.
- Når der således opstår et indre split, fordi personen ikke kan bygge bro mellem den ubevidste proces baseret på emotionel information og implicit hukommelse og den bevidste proces baseret på kognitiv information og eksplicit hukommelse.

**Model til forståelse af processer i  
sindet/hjernen/hukommelsen  
Hos klienter med spiseforstyrrelser**



Kilder:  
Peggy Claude-Pierre Kursus 2004  
Hovedstad og Kristiansen. 1996

Materiale til undervisnings 2005 - [www.abegbro.dk](http://www.abegbro.dk) -  
Abegg & Bro - Center for Spiseforstyrrelser - Baggesensgade 9.st - 2200 N - tlf.. 48249824

## **Udvikling af overansvarlighed og negativ selvopfattelse**

*Når en person gennem stor sensitivitet og indlevelse får indsigt i andres problemer, skaber det også impulser til at prøve at løse disse. Når et lille barn påtager sig at løse store problemer f.eks. voksnes problemer, er det en overansvarlighed, og det vil nødvendigvis ofte mislykkes.*

Dette efterlader barnet med en følelse af utilstrækkelighed og nederlag. Beskeden som sendes til det ubevidstes referenceramme er 'Jeg er ikke god nok'. For et sådant barn sker dette igen og igen og bliver til en bekræftet negativ selvopfattelse, som danner basis for beslutninger om, hvad 'jeg er nødt til' for at kompensere for utilstrækkelighed. Her kan splittet ske, hvor en del af barnets sind udvikler sig intellektuelt for at blive dygtig og leve op til omgivelsernes og egne forventninger. Når en anden del af barnets sind fastholder den negative selvopfattelse og de barnlige mestringsstrategier, bliver den følelsesmæssige udvikling bremset af en indrevished om 'ikke at være god nok', når det har alle disse sansninger og følelser.

Dette medfører manglende udvikling af selvværd og evne til grænsesætning, dvs. manglende oplevelse af eksistensberettigelse, af egne behov og hvordan de tilfredsstilles, af egne følelser og deres validitet.

Alt i alt en 'ikke alderssvarende' udvikling af den følelsesmæssige og den mentale objektivitet, der skal fastholde et realistisk billede af tilværelsens udfordringer og egen evne til at møde dem.

Når man er meget lille indeni skaber det stor angst, fordi verden opleves uforholdsmæssig farlig. Mestringsstrategierne bliver tilsvarende umodne. F.eks. At gemme sig, lade som om problemet ikke eksisterer, være ekstra artig, ikke sige 'det' til nogen, dulme følelser og angst eller kompensere ved at flytte fokus og bliver ekstra god til at gøre det, der ikke er farligt og som man godt kan finde ud af.

Spiseforstyrrelsen er således en mestringsstrategi:

Mentalt i flytning af fokus fra svære og umulige følelsesmæssige opgaver til de mere overskuelige opgaver at fokusere på sin fysiske krop.

Fysisk i den biokemiske dulmen af kropslige impulser eller 'kick' der opstår gennem spiseritualer, motionspraksis og fysisk afstraffelse.

Følelsesmæssigt hvor den manglende evne til at have et hensigtsmæssigt filter i forhold til andre mennesker og kunne afgrænse sig fra deres behov og meninger medfører polære forsvarspositioner, som tilbagetrækning eller sammensmeltning med andre.

Socialt medfører ovennævnte følelsesmæssige problemer tilbagetrækning (isolation) og regulering af den farlige kontakt med andre, eller overforbrug af samvær og kontakt, som forhindrer den farlige alenehed (tomhed), hvor de ydmygende spiseritualer udfolder sig.

For lidt eller for meget er nøgleord i alle disse forhold, hvor balance og mådehold er uopnåelige tilstande, og hvor den ikke alderssvarende følelsesmæssige side ønsker alt eller intet. Voldsomt begær efter mad mm – eller askese.

## **Andre prædisponerende faktorer**

### **Fysiske årsager**

Genetisk disposition, tidlig fødsel, fysiske problemer omkring den tidlige spisning/ det første måltid.



Psykisk ser vi som nævnt gennemgående en stor følsomhed, en udpræget sensitivitet. Arvelighed af denne følsomhed, ligesom misbrug som mestringsstrategi kan undertiden findes i familiebaggrunden.

### **Familiedynamik**

Barnet med det følsomme sind fødes ind i en familie, hvor der kan være svingende forståelse for netop dette barn og dets sensitivitet. Faktorer som relation mellem forældre, plads i søskenderækken spiller også ind. Symbiotiske forhold med en forælder eller helt eller delvis fravær af en forældrefigur kan give ubalance. Svag eller rigid grænsesætning kan også udspringe af familiekulturen.

### **Forstyrrelser i den tidlige mor/barn kontakt**

Der er hos det lille barn initialt behov for den positive spejling, og efterfølgende sprogliggørelse og begrebsdannelse omkring barnets sansninger.

Hvis sensitiviteten ikke spejles positivt/objektivt og legitimerer sansningen og dermed barnets indre virkelighed, opleves sansningen og dermed barnet som forkert. Gives spejlinger af en nervøs mor, der udviser overansvarlighed, omklamring, for megen kritik eller gentagne svigt kan udviklingen af barnets selv hæmmes, og og det kan være medvirkende ved udviklingen af en spiseforstyrrelse.

### **Udvikling af uhensigtsmæssige mestringsstrategier - De underliggende beslutninger**

Vi ser mange eksempler på, at underliggende beslutninger om overlevelsestrategier er foretaget i ca. 9-10 års alderen. Dvs. livet leves efter beslutninger, der er taget af en 9-10 årig, hvilket selvfølgelig er uhensigtsmæssigt for en voksen kvinde. Den intellektuelle side vokser, men den følelsesmæssige står i stampe.

Det med 9-10 års alderen er en empirisk erfaring fra vores praksis, som selvfølgelig kan underbygges med udviklingstemaer fra alderen, som er meningsdannelse og det at finde en balanceret attitude i forhold til de polariserede forsvar som er nivellerende eller konkurrerende.

Hos unge med risikoadfærd for spiseforstyrrelser ses ofte den tidlige forsvarsposition at være nivellerende og yderstyret, mens den modsatte position, det konkurrerende ligger i det ubevidste, i skyggen. Den kan f.eks. hidrøre fra søskendejalousi eller fra følelsen af, at forældre til børn i den alder 'ånder lettet op': Barnet bør nu i vid udstrækning kunne klare sig selv i større udstrækning og opmærksomheden rettes mod mindre søskende eller karriere, skilsmisse, forelskelse mm.

### **Dårlig social tilpasning i barndom og ungdom**

Generthed og følelsen af at være anderledes og udenfor gør livet vanskeligt. Mobning er også ofte forekommende. Den indre usikkerhed og umodenhed føre til et behov for 'fysisk bevis'. Hvis jeg er god nok, skal der være et fysisk bevis. Det kan bl.a. føre til, at de unge laver "venindeaftaler" om at være bedst til at bevise, at de kan noget, f.eks. være bedst til at sætte sig nogle mål om at tabe sig og gennemføre dem. Det er særlig uheldigt på dette udviklings-trin, hvor de er i en periode med kraftig fysisk vækst.

Mode og modeller, populære tv-serier, reklamer, forældres slankekur og samfundets kampagner for motion, fedtfattigt mad o.l. kan bidrage til at få den unge væk fra sine egne behov.

### **Udløsende faktorer**

## **Livskriser - Traumer**

Disse kan være store svigt fra f.eks. en veninde. Der kan være flytninger og skilsmisse. Dødsfald og tab af kæledyr. Tab af noget meget elsket – tab af tryghed og tilknytning. Pubertetens fysiske og hormonelle forandringer kan i sig selv være svære at rumme. Separationskrise ved ophold i udland eller flytning til efterskole, højskole eller egen bolig

## **Vedligeholdende faktorer**

### **Selvforstærkende fysiologiske faktorer**

Når spiseforstyrrelsens praksis i form af f.eks. faste, udrensning, overspisninger og overmotion manifesterer sig i kroppen, forstærker det ubalancer og stress i kroppen. Dette er en selvforstærkende proces. De biokemiske processer skaber fysisk afhængighed. Der kan ofte være chok og traumer, som har sat sig i kroppen og som sætter det autonome nervesystems parasympatiske stressudligning ud af spil. Vi ser en del klienter med PTSS (post-traumatisk stress-syndrom).

### **Selvforstærkende psykologiske faktorer**

#### **Sygdomsgevinst:**

Hvis et barn har følt sig overset eller haft svært ved at takle udviklingsopgaverne i barn- og ungdom, kan der være gevinster i form af opmærksomhed og kontakt, såvel som identitet i en spiseforstyrrelse. Dette bliver løsninger på førnævnte problemer i familiedynamik og dårlig social tilpasning i barn- og ungdom. Det giver 'den usynlige' en plads og 'den umulige' et alibi.

### **Komorbiditet**

Hos en del ses andre diagnoser, som depression, splitting, angst, skizoid personlighedsforstyrrelse, misbrug, selv mutilation m.fl. Et studie fra Øivind Rø på Modum Bad i Norge viser, at når spiseforstyrrelsen behandles med succes, sker et drastisk fald i de andre diagnoser. Dette er interessant i lyset af, at man til tider vælger at behandle de andre diagnoser medicinsk, uden at det har synderlig effekt på spiseforstyrrelsen. Komorbiditet kan have stor indflydelse på behandlingsresultatet, men generelt er vores behandlingsstrategi at fokusere på spiseforstyrrelsen.

## PROJEKTETS OPBYGNING

Vi havde nogle erfaringer om, hvad der har virket i vores hidtidige praksis. Ved at formulere disse i nogle antagelser og tilrettelægge forløbene herudfra, ønskede vi at evaluere resultaterne og derigennem vise, om antagelserne holder og med fordel kan anvendes ved fremtidige tiltag.

### Antagelser

1. Helbredelse/stabilisering og social integration fremmes af et grundlag, der tager højde for både den mentale, den følelsesmæssige og den fysiske side samt det sociale samspil. Vi antager, at det gøres bedst med en tværfaglig indsats.
2. En tværfaglig (gerne tidlig) indsats er den mest økonomiske på længere sigt, både mht. menneskelige omkostninger og ren økonomi.
3. Helbredelse/stabilisering fremmes af miljømæssige faktorer som:
  - a. Varm attitude hos terapeuter og omsorgspersoner
  - b. små, overskuelige, 'afinstitutionaliserede' enheder, der øger klientens tryghed
4. Sociale aktiviteter med ligesindede giver mulighed for at mindske ensomhedsfølelse, oplevelsen af at være uden for, anderledes. Det giver næring til personens genopbygningsproces. Det giver ligeledes mulighed for uformel social træning. Herved fremmes social integration i det almindelige samfund, og risikoen for tilbagefald mindskes.
5. En del af det, der skal læres eller genlæres, egner sig til at blive lært i undervisningsform, der kan gives som supplement til individuel terapi eller indgå som elementer i gruppeterapiforløb.
6. Nogle temaer går igen hos mange personer med spiseforstyrrelse og er væsentlige at forstå hos den enkelte. Beskrivelse af disse temaer samt forskellige muligheder for at arbejde med dem vil øge den faglige kompetence på en effektiv måde - i første omgang i projektstaben, på sigt i behandlerens systemet.
7. Klienterne får bedre udviklingsmuligheder, hvis det offentlige system og de private klinikker samarbejder og udnytter hinandens erfaringer og ekspertise.

### To grundforløb: Spiseforstyrrelser og Efterværn

På grundlag af ovennævnte antagelser har vi udarbejdet to grundforløb med forskellig sammensætning af indsatsområder for hhv. Spiseforstyrrelser og Efterværn.

Hvert forløb søges gennemført over 21 uger (+2 til evaluering), og vi gennemfører et forløb med hver målgruppe i efteråret 2004 hhv. foråret 2005. I alt 4 forløb.

Nedenfor beskrives de indsatsområder, der indgår i forløbene for hver af de to målgrupper, sådan som vi planlagde dem forud for gennemførelsen.

### Spiseforstyrrelser

Målgruppen omfatter personer, der er i en spiseforstyrrelse, eller som har stærk risikoadfærd.

Projektet skal øge deltagernes selvforståelse og forståelse af spiseforstyrrelsen samt understøtte en udviklingsproces hen imod fysisk og psykisk bedring, så de får mulighed for et hverdagsliv, der ikke længere er styret af spiseforstyrrelsen.

Indsatsområder:

- Individuel terapi
- Undervisning i gruppe
- Individuel ernæringsterapi
- Pårørenderådgivning

Individuel terapi:

Afklaring af sammenhængen mellem livshistorien og udviklingen af en spiseforstyrrelse kræver plads til at gå i dybden. Vi arbejder bl.a. med at styrke den oprindelige del og konkretisere spiseforstyrrelsesdelen for at reducere dennes magt. Herudover generel styrkelse af selvforståelse, identitet og selvværd, udvikling af skelnevne og følelsesforløsning i forbindelse med livsangst og traumer mv.

Undervisning i gruppe:

Vi tager udgangspunkt i de vanskeligheder vi generelt ser hos personer med spiseforstyrrelser. Ved brug af modeller og øvelser arbejder klienterne med, hvem de er, og hvordan de kan håndtere deres relationer til andre. De får styrket deres mentale forståelse og gennem samarbejdet med andre får de mulighed for at få nye forståelser af sig selv og andre mennesker.

Individuel ernæringsterapi:

Kunsten ved ernæringsterapi er sammen med klienten, at finde frem til en kostplan, som klienten kan gå ind for og faktisk følger. Klienten får hjælp til at forstå nødvendigheden af at vælge kost og kosttilskud, der understøtter en restitution af fordøjelsesprocessen og derigennem styrker kroppens genopbygning.

Pårørenderådgivning:

Det er vigtigt at forældre eller andre nære pårørende får den rette forståelse af den situation, deres spiseforstyrrede pårørende befinder sig i. Dels er det væsentligt, at de kan 'møde' dem, dels skal de evt. være med til at bryde en symbiose. Endvidere skal de have støtte til at finde deres egen styrke til at stå processen igennem.

**Efterværn:**

Gruppen omfatter personer, som har været behandlet for sværere spiseforstyrrelser, og som er så langt ude af spiseforstyrrelsen, at de kan eller er tæt på at kunne deltage i uddannelse og arbejdsliv. Personerne vil typisk stadig have tankemæssige og følelsesmæssige rester af spiseforstyrrelsen.

Projektet skal for denne gruppe videreudvikle de personlige og sociale færdigheder, så de får øget selvværd og sikkerhed og kan fungere så godt som muligt i relation til familie, venner, uddannelse og arbejde.

Indsatsområder:

- Gruppeterapi
- Individuelle mål- og statusamtaler

- Individuel terapi
- Madlavning og spisning
- Individuel ernæringsterapi
- Kulturelle aktiviteter
- Pårørenderådgivning

#### Gruppeterapi:

Det er en god mulighed for at arbejde med, hvem de selv er – og hvordan de indgår i relationer. Foruden arbejdet med aktuelle situationer vil noget af tiden blive brugt til at arbejde med planlagte temaer og modeller.

#### Individuelle mål- og statusamtaler:

Disse giver mulighed for at udforme detaljerede mål med den enkelte, finde handlemuligheder, og ved næste samtale følge op på, hvordan det er lykkedes. Klienterne støttes i at tage ansvar for egen proces, og de kan bruge målformulering som støtte, når de senere skal klare sig selv.

#### Individuel terapi:

Der er stadig rester af spiseforstyrrelsen og stadig brug for plads til de dybe identitets- og relationsprocesser. Mange i denne gruppe vil formentlig have brug for følelsesforløsende terapi.

#### Madlavning og spisning:

Mad kan hos nogle vække angst- og fobilignende tilstande. Derfor må de ind i en tilvænningsproces med at planlægge, købe ind og tilberede fødevarer til sig selv, samt at spise egen mad. Vi sigter mod enkel, let og næringsrig mad, hvor ernæringsterapeutens vejledning føres ud i praksis.

#### Individuel ernæringsterapi (Se beskrivelsen under Spiseforstyrrelser)

#### Kulturelle aktiviteter

Disse er en anledning til meningsfuldt socialt samvær, og de kan åbne øjnene for nogle af mulighederne i omverdenen for inspiration og nærende oplevelser. Spiseforstyrrelsen har ofte indsnævret interesseområdet. Deltagerne kan opleve, hvad netop de har det særlig godt med.

#### Pårørenderådgivning:

(Se beskrivelsen under Spiseforstyrrelser)

Vi valgte i løbet af andet delforløb at udvide det tværfaglige samarbejde til at omfatte vores zoneterapeut og kropsterapeut. Vi søgte og fik en tillægsbevilling til disse områder.

Endvidere søgte og fik vi bevilling til at gennemføre 3 aftener for pårørende. Vi tilbød disse til forældre til unge hjemmeboende.

### **Metodeudvikling**

Vi formulerede herudover tværgående metodeudviklingstiltag:

#### **Tværfaglig indsats**

Projektet skal udvikle hensigtsmæssige samarbejdsmetoder for en tværfaglig indsats og synliggøre effekten af de forskellige faglige indsatser og samspillet imellem dem.

Projektet skal vurdere betydningen af et varmt, overskueligt og 'afinstitutionaliseret' miljø.

### **Temabeskrivelser**

Det enkelte klientforløb er unikt, men der er temaer, der går igen, og der er modeller og teknikker, der er velegnede under forskellige forhold. Vi beskriver et antal temaer, som vi kan se har væsentlig betydning for spiseforstyrrelserne - og vi beskriver erfaringer med bearbejdningsmetoder.

### **Systematisk kompetenceudvikling og etablering af en varm atmosfære**

Den enkelte terapeut/underviser skal forholde sig til, hvilke kompetencer de bruger i deres arbejde, og tage stilling til stærke sider og udviklingsområder, dvs. områder hvor de har et ønske om udvikling.

Vi afdækker udviklingsområder, opstiller mål og handlestrategier i samarbejde med en coach blandt kollegerne. Det svarer til den fremgangsmåde, vi benytter til klienterne under efterværn.

Samarbejdet, hvor den enkelte er åben omkring sine svage sider, vil kunne bidrage væsentligt til et tillidsfuldt kollegialt forhold, der igen bidrager til, at vi kan skabe en varm og tryk atmosfære for klienterne.

Udviklingen af kompetencer registreres under forløbene og erfaringerne med kompetence-udvikling vil indgå i den endelige rapport.

### **Resten af rapporten**

I de følgende hovedafsnit beskrives oplæg, gennemførelse og konklusioner på de forskellige indsatsområder og metodemæssige tiltag.

## STEDETS KULTUR

### Baggrund

Vi har en lang række erfaringer for, at vore klienter er meget glade for stedets atmosfære. Vi oplever, at de slapper af og bliver tillidsfulde, men også at deres humør bliver løftet. Vi har formuleret følgende antagelse:

"Helbredelse/stabilisering fremmes af miljømæssige faktorer som

- a. varm attitude hos terapeuter og omsorgspersoner
- b. små, overskuelige, 'afinstitutionaliserede' enheder, der øger klientens tryghed"

### Formål

Projektet skal afdække i hvilken grad ovennævnte miljømæssige faktorer har indflydelse på klienternes proces. Vi har samlet disse faktorer under betegnelsen stedets kultur.

Endvidere vil vi gerne arbejde med, hvorledes vi kan udvikle kulturen, så den videst muligt støtter klienterne, samt dokumentere vores metoder og erfaringer på en måde, så de kan videregives til hospitaler og andre behandlingssteder.

### Introduktion

#### Det psykiske miljø

Vi antager at en varm attitude fremmes af, at vi har omsorg som en høj værdi; samt af at vi har det godt hver især og i vores samarbejde og derigennem har et stort overskud til klienterne.

Som følge heraf vil vi samarbejde om, at vi som mennesker hver især virkelig trives, er trygge og kan udfolde vores potentialer på en måde, så de kommer projektet og alle deltagere til mest mulig gavn. Vi vil udvikle vores samarbejde, så der så vidt muligt altid er en god stemning mellem os. Herigennem søger vi også at være gode rollemodeller.

Gennem løbende samarbejde i personalegruppen om kompetenceudvikling vil vi styrke åbenhed og gensidig tillid.

#### Det fysiske miljø

Vi vil se på stedets fysiske dele og justere dem i forhold til, hvad vi forventer/erfarer styrker den trygge og løftende atmosfære. Hypotese: at de skal være smukke og samtidig afslappede og hyggelige.

Nedenstående beskrivelse af de fysiske forhold er klippet fra en artikel i Lokalavisen. Sådan oplevede journalisten det.

"Her er tændte stearinlys, og små krystaller hænger i vinduerne og kaster lyspletter ned på gulvtæppet. Et mini-springvand på et bord udsender en svag rislende og klukkende lyd ud i de lyse lokaler med sart rosa vægge og lette, hvide gardiner. Her ser ud som om feng shui-eksperten Ranvita fra TV2s boligprogram netop har været forbi og rydde op og smide ud og styrke rummenes energifelter.

Her kunne ligesåvel være en klinik for massage- og ansigtsbehandling. Men kigger man ind i de fire små lokaler, er her ingen briks med hul til ansigtet eller hylder med hudplejeprodukter, men derimod stole med bløde, hvide pelsagtige tæpper og lave borde med dug på, små spejle i guldrammer og billeder af Madonna-lignende figurer med tilhørende barn på væggene.

Vi er i Center for Spiseforstyrrelser i Baggesensgade 9 på Indre Nørrebro, som netop har fået en portion penge fra Socialministeriet til at gennemføre to såkaldte "metodeudviklingsprojekter". "

## **Gennemførelse**

### **Hvad skal der til for at skabe et varmt miljø?**

Vi havde brainstorm og evaluerede på de forskellige forslag. Vi kunne blive enige om følgende:

Vi søger den rette balance mellem skønhed, renhed og orden over for afslappet, hyggeligt, uhøjtideligt.

Skønhed fremmes af stearinlys, blomster/planter, smukke ting,, vaser, lysestager, billeder, farvevalg mm.

Venlig og imødekommende omgangsform.

Vi tager kontakt og hilser, når klienterne kommer ind i på klinikken, selv om det ikke er vores klient – uden at være anmassende.

Vi omtaler altid hinanden positivt/neutralt over for klienter, pårørende, samarbejdspartnere mv.

Vi søger at imødekomme individuelle ønsker så langt det er muligt/opleves som rimeligt.

Vi tilstræber, at den enkelte føler sig velkommen og 'set'.

Vi tror at jo bedre vi har det, jo mere kan vi give klienterne, så det vil vi hjælpe hinanden med.

### **Funktionsbetingelser**

Oplæg: Hvad skal der til for at du virkelig trives og yder dit ypperste? Dette kaldes for dine funktionsbetingelser.

Man kan finde sine funktionsbetingelser bare ved at tænke sig om, spørge sine nærmeste eller ved at gå tilbage til situationer, hvor man trivedes og se på hvad der karakteriserede dem hhv. se på en række situationer, hvor man ikke trivedes og se, hvad der lå til grund for det.

Vi brugte et møde til at klarlægge vores funktionsbetingelser for hinanden. Vi nåede ikke helt i dybden, men det var tilliden heller ikke til på det tidspunkt. Gennem drøftelsen fik vi et godt udgangspunkt for vores samarbejde, vi fik på denne måde hurtigt et noget dybere kendskab til hinanden.

### **Vi har formuleret nogle normer - spilleregler for vores samarbejde:**

- Vi har hver især lov til at være som vi er – vi vil udnytte forskellighederne - ikke lave om på hinanden
- Når noget ikke lykkes i første omgang ses det som læreprocesser
- Feed-back gives åbent på den måde, som den anden helst vil have den på
- Sårbarhed mødes med omsorg

Under forløbet har vi haft en række konflikter mellem stort set alle terapeuterne på forskellige tidspunkter. Vi har brugt supervision til at få hul på dialogen, og har været seriøse mht. at gennemføre den, så der kunne blive klarhed og en fælles forståelse af hinandens situation. Det har ikke altid været nemt.

### **Konklusion**

Alt i alt har vi haft et samarbejde, hvor vi har kunnet skabe en god stemning for klienterne og har kunnet supplere hinanden rigtig godt. Vi har klart haft en oplevelse af at trække på samme hammel og bakke hinanden op.

Det er vores erfaring, at det er vigtigt at være opmærksom på samarbejdet og på hinandens egenskaber og behov i så tæt et samarbejde med så krævende klienter.

Vi tror det er umuligt at undgå konflikter, når man arbejder så dybt, og at det derfor er vigtigt, at der er ressourcer til at få ekstern hjælp gennem supervision – og villighed til at benytte muligheden.



Vi oplever, at vi har udviklet os meget gennem arbejdet med klienterne, hinanden samt bevidstheden om de anvendte metoder. Se yderligere under Systematisk kompetenceudvikling.

Vi har løbende fået positivt respons på lokalerne. Klienter og pårørende giver udtryk for, at de føler sig rigtig godt tilpas. De føler sig trygge hos os. Det er naturligt for os at efterleve vores forståelse af, hvad der skaber et varmt miljø både psykisk og fysisk.

Vi kan konstatere, at vores bestræbelser er lykkedes, men vi har ikke 'målt' på indsatsområdet i den interne evaluering og har derfor ikke eksakte resultater mht. hvor stor indflydelse de forskellige nævnte faktorer har haft hver især.

## INDIVIDUEL TERAPI

### Formål:

*At støtte personen i at finde vej ud af sin spiseforstyrrelse bl.a. ved hjælp af:*

- *At arbejde med den komplicerede sammenhæng mellem spiseforstyrrelsens fysiske og psykiske udtryk .*

*At søge at åbne de ubevidste*

- *låsninger og beslutninger, der fastholder personen i en destruktiv overlevelsesstrategi.*
- *At finde alternativer til denne mestringsstrategi og udvikle fleksible og bevidste grænser frem for rigide forsvar.*
- *At udvikle ressourcer til at skabe en tilværelse på basis af et positivt selvbillede og livslyst.*

### Overordnede temaer

Afklaring af sammenhængen mellem livshistorien og udviklingen af en spiseforstyrrelse kræver, at man går i dybden. Vi arbejder bl.a. med at styrke den oprindelige del af personligheden og konkretisere spiseforstyrrelsesdelen for at reducere dennes magt. Herudover generel styrkelse af selvforståelse, identitet og selvværd, udvikling af skelneevne og følelsesforløsning i forbindelse med livsangst og traumer. Ressourcearbejdet er centralt, idet vi mener, at det kræver ressourcer at se på sine traumer.

### Terapeutisk alliance

Basis for samarbejdet mellem klient og terapeut er, at der kan skabes og udbygges kontakt og tillid. Det er vigtigt at der opstår sympati, samt at det fra starten synliggøres, hvad der ligger af forventninger fra begge sider, og hvad der er realistisk.

### Metoder

Ligesom hele projektet har en multimodal tilgang i form af mange indsatsområder, har psykoterapien det også i form af inspiration fra forskellige terapeutiske traditioner (driftsteori, egopsykologi, objektrelationsteori og selvpsykologi).

Vi arbejder overordnet i en psykodynamisk referenceramme, og har i det enkelte forløb en kognitiv ramme, hvor klienten finder sin individuelle målsætning, som kan danne grundlag for evaluering senere i forløbet.

Det bærende element i vores terapiform er samtalen, hvor terapeuten giver klienten plads og rum samt aktivt støtter personen til at åbne sig, så det at forstå og blive forståelig bliver en terapeutisk proces.

Vore klienter er ofte jeg-svage med meget negativt selvbillede, og det kræver derfor en intensiv indsats mentalt at imødegå den indre negative dialog, der giver hende følelsen af ikke at være god nok og til besvær. Denne negativitet er meget stærk hos personer i en spiseforstyrrelse, så der er brug for en massiv modvægt i forhold til at finde og fastholde ressourcer til udvikling af en mere positiv identitets- og selvværdsfølelse. Terapeuten er meget bevidst om sin rolle i forhold til at fungere som overgangsobjekt i separation fra evt. dominerende indre og ydre skikkelser og til etablering af klientens egen positive objektkonstans.

Terapien er ressourceorienteret idet der søges efter ressourcer i såvel personlighed, livshistorie, netværk og handlemuligheder.

Samtalen kan suppleres med teknikker, hvor ressourcer hentes fra det ubevidste v.h.j. f.eks. tegning og visualisering.

Også fra det kropslige er der store ubenyttede ressourcer at hente, da klientgruppen generelt har en dårlig kontakt til og accept af egen krop. Derfor kan kropsterapeutiske elementer indgå både i form

af spørgsmål til kroppen og øvelser som f.eks. vejrtrækning og afspænding. Klienten får hjemmeopgaver mellem hver terapi og opfordres til at skrive dagbog.

### **Intern evaluering og konklusion:**

Dette indsatsområde evalueres allerhøjest af de fleste klienter nemlig til gennemsnitligt 4,3. Mange nævner uddybende i deres evaluering, at primærterapeuten med sit nærvær og sin personlighed har været en af de tre faktorer, der betød mest for deres udvikling.

Vi kan således konkludere, at vore klienters respons afspejler vor egen opfattelse af, at individuel terapi er vores kerneydelse.

Da også individuel kropsterapi evalueres højt, har vi valgt at bruge undervisere og supervisorere, der er meget forankret i kropsterapi. De nye terapeuter har disse kompetencer, og nogle af de gamle terapeuter vælger at efteruddanne sig på området.

### **Det næste projekt - faseopdeling**

Struktur fremmer overblik og letter dialog. Vi vil i det næste projekt undersøge, om behandlingen med fordel kan opdeles i et mindre antal naturlige faser:

- a) Sammenhængen mellem livshistorien og udviklingen af risikoadfærd - "diagnosticering"
- b) Detaljeret arbejde: Hvilken funktion har spiseforstyrrelsen i mit liv? Der arbejdes ind til de fortrængte episoder og følelser, der skabes indsigt, gennemføres tankemæssig træning og følelsesforløsning
- c) Reetablering af de underudviklede dele af personligheden (indadvendt)
- d) Træning i sociale færdigheder (udadvendt)
- e) Afslutning, at stå på egne ben

Ud fra vores erfaring opstiller vi en foreløbig model, som vi afprøver på projekternes deltagere. Der vil være store overlap mellem faserne, hvor en bestemt fase ofte har overvægt i en periode.

## UNDERVISNING I GRUPPE

### Formål

At øge deltageres evne til at være sig selv og handle ud fra sig selv

At øge indsigt i spiseforstyrrelsens måde at fungere på – og mulighederne for at bearbejde den

At fremme deltageres følelsesmæssige udvikling

At øge deres evne til at skabe positive relationer – og ved hjælp af god kommunikation løse de vanskeligheder, der kan opstå.

### Form og uddybning af formål

Tidligt i en spiseforstyrrelsens udvikling/ i terapien er undervisning en måde at give deltagerne indsigt i fundamentale psykiske mekanismer, og samtidig udnytte at de kan være sammen med ligesindede på en mindre konfronterende måde end gennem gruppeterapi.

Terapeuterne søger at skabe en meget tryk atmosfære, hvor den enkelte virkelig kan være sig selv, udtrykke sig og møde forståelse, varme og accept. Herigennem kan skabes nye positive erfaringer om, at det ikke behøver at være farligt at komme frem med sig selv.

Deltagerne føler sig også forstået af de andre, fordi disse også har det følsomme sind og vanskeligheder med maden. Det betyder at de bedre kan acceptere sig selv og deres situation.

Samtidig brydes noget af deres isolation.

Ved at høre om de andres liv, forståelser og problemer opdager deltagerne nye sider af sig selv. Vi siger, at de spejler sig i hinanden. Alt det ovenstående er hjælp til deres følelsesmæssige udvikling. Samtidig får vi som terapeuter mulighed for at se dem sammen med andre og kan bruge deres reaktioner i den individuelle terapi.

Mellem undervisningsgangene arbejder deltagerne med hjemmeopgaver, hvor de skal anvende det indlærte i deres dagligdag.

Vi sammensætter gruppen med deltagere, der har forskellige spiseforstyrrelser. Det har vi gode erfaringer med, fordi vi starter med det fælles for dem alle: det følsomme sind.

5 gange 4 timer på lørdage kl. 10-14. 45 minutters frokostpause. Tiden bruges typiske således:

- En runde om, hvordan har jeg det lige nu og hvordan det har været at arbejde med hjemmeopgaven.
- Gennemgang af ny teori med dialog og eksempler fra deltagerne
- Frokost
- Holdet deles i to grupper med hver sin terapeut, stoffet indøves og uddybes
- Evt. supplerende stof
- Præsentation af ny hjemmeopgave og afrunding.

### Indhold

Hvem er jeg:

- min store følsomhed
- det splittede sind
- mine følelser, selvværd, basisrettigheder
- mine behov og hvordan jeg kan dække dem
- mine grænser, hvordan jeg holder dem og udvider dem
- hvordan opnår jeg objektivitet
- mine værdier, hvordan jeg udtrykker den jeg er

- mit bevidste og ubevidste forsvar

Kommunikation:

- Ligeværdig kommunikation (assertiv kommunikation)
- Feed-back model, hvordan kommunikere uden at den anden går i forsvar
- Konflikter: hvordan forstår jeg dem, hvordan løser jeg dem

Indholdet er fremkommet ved en vurdering af, hvad deltagerne generelt har svært ved – og de fleste emner genfindes direkte eller indirekte i vores temabeskrivelser.

## Gennemførelse

Vi har gennemført undervisning på 2 hold med 8 hhv. 6 deltagere.

På første hold var der én deltager der udgik efter 2 gange på grund af sygdom 2 gange i træk.

Deltagernes vurdering var kun positiv. Følgende er eksempler på deres udsagn:

Jeg er kommet til at acceptere mig selv meget bedre, nu forstår jeg bedre, hvorfor jeg har det som jeg har.

Det er rigtig godt at få sat ord på det der sker for mig - og for de andre.

Jeg får hjælp til at udtrykke mig.

Jeg føler mig forstået af jer alle sammen.

Jeg føler mig ikke så mærkelig og forkert, så anderledes.

Det gør mig glad at være her.

Det betyder meget at man må få lov til at være som man er.

Det er meget bedre end jeg havde drømt om – end jeg kunne forestille mig.

Det er så vigtigt med det I skriver på tavlen.

Det er godt, at vi får det i kopi, så vi kan læse på det bagefter.

Det er så vigtigt at være sammen med nogen, der forstår mig uden at jeg skal forklare en masse.

Gruppen er det allerbedste ved undervisningen.

Jeg er blevet mere klog på, hvad jeg vil og ikke vil – både i god og dårlig forstand.

Et udtrykt ønske: At de også kunne være sammen uden underviserne, sådan bare snakke sammen.

Det praktiserede de til dels i frokostpausen.

## Konklusion

Undervisning evalueres i gennemsnit til 3,44.

Der er meget små aldersmæssige forskelle, men store ved fordeling på spiseforstyrrelsens art: A: 3,11, B: 4,5 og O: 4,0.

Det er vores vurdering som undervisere, at det første hold i højere grad var i stand til konkret at tage stoffet til sig, mens det andet hold var dårligere til at indlære (3 ud af 7 var meget anorektiske). På det andet hold gjorde den lille indlæring alligevel en forskel for deltagerne – og samværet blev oplevet som meget betydningsfuldt.

Vi vil anbefale undervisning til personer, som har lille forståelse af og kontakt med deres egne behov, grænser, følelser og værdier, og som mangler forståelse af og evne til mellem menneskelige relationer. De får mulighed for at lære sig selv at kende på en ny måde og får en meget større indsigt i, hvad der sker indeni. De får sat ord på det svære indre liv – og på faktorer omkring kommunikation. Vi vil være opmærksomme på, at meget syge anorektikere måske vil få mere udbytte af andre former for samvær end undervisning.

## GRUPPETERAPI

### Formål

At øge deltageres evne til at forstå og handle ud fra sig selv, når de er sammen med andre.

At øge deltageres evne til at skabe positive relationer, venskaber – og til at løse de vanskeligheder, der opstår, ved hjælp af god kommunikation.

Ved at deltage i en gruppe får personerne lejlighed til at spejle sig i andre og på den måde opdage nye nuancer hos sig selv. Ved at sidde med på sidelinien i andres indre arbejde, sker der indre arbejde hos alle. At der er vidner til processen, forstærker virkningen hos den, der 'er på'.

Vores mål med gruppeterapien

- At støtte den terapeutiske proces, på en alsidig måde.
- At skabe et tillidsfuldt, nærværende og fælles atmosfære så alle tør være ærlige og åbne omkring de indre hemmeligheder, der kan virke "mærkelige" og uforståelige for dem, der ikke før har fået sat ord på det følsomme sind og spiseforstyrrelsen.
- At lære klienterne at kunne skelne imellem egne tanker, følelser og andres, samt sætte grænser på en konstruktiv måde.
- At forholde sig til egne indre oplevelser.
- At kunne forblive en helhed, frem for at splitte sig selv fra og være 98 % optaget af den anden person/de andre personer.
- At for alvor få indsigt i, hvad der hører spiseforstyrrelsen/den forræderiske del/de negative tanker til, og hvad der hører personligheden til.
- At stå sammen om at få den følsomme personlighed til at være fuldt til stede.
- At øge evnen til at kunne tage ansvar for egne tanker, følelser, handlinger og eget liv.

### Forudsætninger

At gå fra individuel terapi over til at supplere med gruppeterapi kræver bl.a., at klienten kan tåle alsidighed, flere vinkler, flere personer at forholde sig til og to terapeuter på en gang.

Deltagerne skal have arbejdet med at sætte grænser, for egne negative tankesæt samt at sige fra, når de bliver følelsesmæssigt gået for nær.

Set ud fra klientens funktionsniveau i hverdagen skal hun/han kunne klare et vist niveau af pres, uforudsete hændelser samt at deltage i socialt samvær uden at trikke det forræderiske sind/spiseforstyrrelsen i for høj grad.

De skal turde være åbne og ærlige om eget "skæve" liv samt kunne bære at lytte til andres tunge livsoplevelser.

### Form

Gruppen består af op til 8 klienter og der er 2 terapeuter. Vi arbejder 3 timer hver 14. dag.

Vi søger at sammensætte gruppen således, at alle deltagerne kan føle, at de passer ind i gruppen. Vi foreslog f.eks. flytning af en klient til gruppeforløb 2, fordi vi vurderede, at hun aldersmæssigt og personligt passede bedre der.

Vi har en kort overordnet plan for et gruppeforløb, samt for hver enkelt aften.

Forud for hver aften drøfter terapeuterne den foregående aften og tager stilling til, hvem der skal i fokus næste gang. Oplysninger fra det tværfaglige samarbejde inddrages i drøftelsen. Formålet er at komme ind til, hvordan den enkelte klient kan mødes, samt hvordan vi bedst støtter til udvikling. Vi sørger for at have overblik over, hvilke klienter vi har haft i fokus hvornår, og hvor langt de er kommet i f.h.t hinanden. Terapeuterne styrer forløb og fokuspunkter ud fra den overordnede plan,

deres forberedelse, og klienternes udtalte behov og psykiske tilstand den pågældende aften. Sidstnævnte vægtes højt.

Gruppen starter hver gang med rolig, opløftende musik guidet ind i afspænding og en tilstedeværelse, et nærvær med sig selv og gruppen.

De første 3-4 gange arbejder vi med korte teoriindlæg for at skabe en fælles forståelse og referenceramme. Herudfra gives hjemmeopgaver, der giver den enkelte mulighed for at undersøge, hvordan emnet spiller ind i hendes/hans liv. Senere i forløbet kan gives mere teori efter behov.

Den øvrige tid arbejder vi primært med hver enkelt deltagers psykiske tilstand, samt med de projektioner, der opstår mellem deltagerne i gruppen. Når der arbejdes med en deltager, er en af terapeuterne den primære aktive. Ind imellem efterspørges bud og reaktioner fra de andre klienter. Vi går dybt med nogle af deltagerne hver gang og sørger for at styre tiden, så alle får mulighed for at fortælle, hvordan de har det og få terapeutisk respons på det. Der er altid to terapeuter til stede for at sikre hjælp og støtte i forløbet.

De forskellige emner er beskrevet i kursusmateriale, som en hjælp til at praktisere det lærte, også når gruppen er slut.

### **Første gruppeforløb**

#### *Indhold*

1. Præsentation. Overblik over forløbet, den enkeltes historie.
2. Oplæg om det negative sind, sensitivitets skalaen. Dialog hvor teorien belyses med eksempler fra hver enkelt.
3. Oplæg om at sætte grænser.
4. Oplæg om basisrettigheder.
5. Den tidlige beslutning, der hindrer personlighedens følelsesmæssige udvikling
- 6-9 Primært runde, relevante emner kan belyses med teori og tegninger
10. Fokus på evaluering og afslutning

#### *Gennemførelse*

Gruppen blev gennemført over 10 gange.

Første delforløb efterår 2004: Vi havde 8 deltagere hvoraf 7 var i projektet. Der var ingen, der forlod gruppen undervejs, mens 5 valgte at fortsætte sammen i fortsættergruppe.

Andet delforløb forår 2005: Vi startede med 7 deltagere.

1 forlod gruppen efter 3 gange (faldt ikke til, følte sig anderledes, overvægtig)

1 forlod gruppen efter 5 gange (blev hver gang så ked af at høre om de andres problemer). De to, der forlod gruppen, var de to yngste, der samtidig havde den korteste terapibaggrund. Denne erfaring skærper vores vurdering af, om en klient har opnået tilstrækkelig modenhed til at indgå i en gruppe.

### **Gruppeterapi – fortsættergruppe**

#### *Indhold*

1. Præsentation. Overblik over forløbet, den enkeltes historie
2. Oplæg om det negative sind, sensitivitets skalaen
3. Runde
4. Oplæg om 1. & 2. mind, at være objektiv og adskille dette fra subjektive fortolkninger
5. Runde
6. Oplæg om ansvar for ændringer i livsførelsen, at vælge til
7. Fokus på grænser.

8. Oplæg om gruppeprocesser
9. Øvelser i gruppeprocesser
10. Fokus på evaluering og afslutning

### **Gennemførelse**

Fortsætterforløb forår 2005: 6 deltagere startede og fuldførte forløbet

Eksempler på deltagernes verbale kommentarer under evaluering:

Det allervigtigste er at få lov til virkelig at være mig selv sammen med andre

Undervisningen var meget vigtig, den gav en god forståelse og baggrund

Godt at undervisningsmaterialet er på skrift, så det kan bruges bagefter.

### **Resultat**

Gruppeterapi evalueres samlet til 3,68. Af de forskellige spiseforstyrrelser evaluerer bulimikere højest med 4,67 point mod anorektikernes 3,57 og overspisernes 3,50 points.

Aldersmæssigt ser fordelingen sådan ud: under 20 år: 3,0, 20-30 år 3,20 og over 30 år 4,50.

### **Konklusion**

Vi vil fremover være opmærksom på, om potentielle deltagere i gruppeterapi er tilstrækkelig afgrænsede til, at de kan tåle at høre om de andres problemer uden at de selv bliver mere bekymrede. Vi har set en mulig tendens til at det især er unge deltagere, der kan være mere tilbøjelige til at smelte sammen med andre.

Det kræver en vis modenhed både generelt og mht. forståelse af egen spiseforstyrrelse at kunne forholde sig til andre menneskers situation i gruppeterapi og bruge disse erfaringer konstruktivt. Denne modenhed er i en vis udstrækning aldersmæssigt baseret, men ikke udelukkende. Modenhed opbygges også gennem individuel terapi.

Det var rigtig godt, at vi arbejdede meget med at klienterne afgrænsede sig, lærte at udtrykke egne behov og problemer, lærte at bruge den tid det tager, at finde ind til og formulere egne følelsesmæssige reaktioner.

### **Fremtiden**

De primærterapeuter, der ikke samtidig var gruppeterapeuter, har fundet det svært at holde tilstrækkelig kontinuitet i terapien, når denne kun foregik hver 14. dag - trods det tværfaglige samarbejde. Vi vil gerne have erfaringer med en anden vægtning og har derfor valgt i vores næste projekt at nedsætte andelen af gruppeterapi i Efterværn fra 13 x individuel terapi og 10 x gruppeterapi til 15 individuelle og 8 gruppeterapisessioner.

At bulimikerne profiterer mest, svarer til det generelle billede, at denne gruppe har lettest ved at tage imod og ændre på deres adfærd. Vi tolker det derfor ikke sådan, at gruppeterapi er mindre egnet til de andre typer spiseforstyrrelser. Personer med anoreksi og overspisning kan få samme udbytte af gruppeterapi. Det tager blot længere tid for dem at ændre sig på det fysiske plan. De har sværere ved at vende mistillid til tillid, at give slip og overgive sig.

Vi vil i vores næste projekt bl.a. se på de klienter, der startede deres spiseforstyrrelse med anoreksi og nu registreres som bulimikere eller overspisere. Hvilke ligheder har de med anorektikere og hvilke forskelle.



## MÅL-/STATUSSAMTALER

### Baggrund

Ofte er livet med en spiseforstyrrelse meget kaotisk, og det er uoverkommeligt at tage ansvar for at forme sit eget liv. At sætte mål og finde strategier til at nå dem er en meget struktureret måde at forholde sig på. Dette værktøj vil kunne hjælpe nogle til at tage mere ansvar for, hvor de vil hen i deres liv og skabe mere struktur. For nogle vil det ikke være en god metode, da de tænker og fungerer helt anderledes.

### Formål

Klienterne skal lære at udforme hensigtsmæssige og realistiske mål, planlægge hvorledes de kan nå og følge op på, hvordan det lykkes for at kunne gentage processen med nye mål og nye erfaringer.

### Planlagt fremgangsmåde

Mulig skabelon for en mål-/statusamtale:

#### 1. Målformulering

Formulering af mål med slutdato for, hvornår det søges nået. Evt. delmål.

Gode mål er:

Specifikke (konkrete frem for luftige)

Ønskværdige (peger på en positiv tilstand)

Målelige (man kan se om målet er nået)

Realistiske (realisme giver mulighed for succes)

Økologiske (tager hensyn til helheden: andre mennesker, miljøet, langtidseffekt osv.)

#### 2. Fordele ved at nå dette mål:

At formulere dette styrker motivationen og holder perspektivet, når det bliver svært i hverdagen at gå vejen.

#### 3. Mulige forhindringer og tilsvarende – Mulige løsninger

Vi ved ofte meget om os selv og de indre og ydre forhindringer, vi kan støde ind i. Ved at arbejde med dem på forhånd trænes klienterne i at se dem i øjnene og bliver ikke så nemt stoppet undervejs i processen.

#### 4. Specifikke handlingstrin for at nå målet

Her planlægges det trin for trin, hvad der skal til. Forskellige muligheder undersøges og afvejes over for hinanden.

#### 5. Metode til at følge fremskridt

Hvordan kan det ses undervejs, at processen er på ret vej? Ved at planlægge dette, stilles der yderligere ind på at gøre processen realistisk.

#### 6. Vurdering efter planlægningen: er det anstrengelserne værd at nå dette mål.

Undertiden afslører en nærmere planlægning, at det vil være meget anstrengende at nå et mål.

Vurderes det her at målet er anstrengelserne værd, så kan der ske et dybere commitment til at gå vejen.

## 7. Bekræftelser for at styrke processen

Her udformes sætninger, der kan styrke klienten i at nå sit mål.

## 8. Opfølgning Ved næste mål-/statussamtale undersøges:

I hvilken grad er målene nået?

Hvilke erfaringer er gjort undervejs?

Og processen starter forfra.

Der kan bruges coaching til at støtte klienten i ovennævnte proces.

### Coaching

Det er karakteristisk for coaching i den rene form:

Ansvar for forløbet ligger helt hos klienten

Man går ud fra at klienten har svarene, hvis hun/han får de rigtige spørgsmål

Coachens opgave er at skabe et 100 % accepterende miljø og stille de optimale spørgsmål.

Coachen kan også opsummere for at hjælpe klienten.

Ofte forekommer blandingsformer mellem ren coaching og rådgivning/sparring. Hvis dette sker skal coachen være meget opmærksom på, hvad der går tabt, når den rene form forlades og tilstræbe at den genetableres, når det kan lade sig gøre.

### Gennemførelse

Primært fordi projektet var så intensivt, at mange af klienterne havde svært ved at nå alle aktiviteterne inden for de 25 uger, blev denne aktivitet prioriteret ned. Måske også fordi det var et nyt indsatsområde i vores behandling. Kun én af terapeuterne gennemførte målsamtaler i denne form – og med 3 klienter.

Den ene klient lavede alle 3 målsamtaler med det samme nemlig mål omkring ændring af indgroede adfærdsmønstre omkring planlagte overspisninger. At hun arbejdede videre med det samme mål var fordi hun ikke evnede at nå sit mål, og undervejs opdagede at nogle af hendes strategier skulle ændres. Hun blev gradvis bedre til at bruge værktøjet.

Det som hun opnåede var:

- At se delmål som kunne forøge hendes livskvalitet.
- At blive bevidstgjort om at hun projicerede modstand og forhindringer ud i sine omgivelser.
- At hun ligeledes projicerede løsninger og ansvar ud i sine omgivelser.
- At erkende denne ansvarsforflygtigelse hjalp hende til at erkende, at grunden til at hun ikke ændrede den uønskede adfærd var, at hun faktisk ikke havde lyst til at slippe behovs tilfredsstillelsen .

Hun er således også en klient, der ifølge vor registrering ikke har flyttet sig i sin spiseforstyrrelse.

To andre klienter arbejdede med et mål hver. I begge tilfælde noget, de gerne ville gøre for at få en ny og positiv aktivitet ind i deres liv.

Den ene ville gerne prøve at arbejde på en hundekennel. Hun fulgte planen og fik afprøvet aktiviteten en gang. Hun oplevede derefter skuffelse i kontakten omkring aktiviteten og kom derefter ikke tilbage.

Den anden ønskede at lave et værested for personer med spiseforstyrrelser. Vi fik lavet en plan for hvordan hun kunne afprøve aktiviteten i et trygt regi. Hun indså efter at trinene til at etablere dette var beskrevet, at hun ikke havde kræfter og energi til den forpligtelse i sit liv lige nu.

## **Konklusioner**

Som terapeut oplevede jeg, at det var et værdifuldt værktøj til at få klienten til at tage ansvar for egne drømme og forhåbninger. At gøre dem til et mål og afdække vejen. Det gav dem et klarere billede af at det faktisk var muligt at nå målet, hvilke omkostninger det ville have, og om de var parat til at betale disse.

Det fratager terapeuten risikoen for at få en rolle som lyseslukker ved at antyde, at noget vil være for hårdt eller for uoverskueligt for personen, de får selv mulighed for at overskue hele processen og mærke, om de kan og vil gå vejen. Værktøjet støtter klienten i at tage ansvar.

Vi har valgt ikke at gøre dette værktøj til et selvstændigt indsatsområde i vores fortsættelsesproces. Vi vil i stedet vurdere for den enkelte klient, hvornår deres individuelle terapi med fordel kan have denne form.

## PÅRØRENDERÅDGIIVNING

### Baggrund

Pårørende til personer med spiseforstyrrelser er generelt en sårbar gruppe, der i mange tilfælde har stået ude på sidelinien med et stort ønske om hjælp. Ofte har de stået som magtesløse og dybt frustrerede tilskuere til deres nærmestes problem. De pårørende ønsker at hjælpe og støtte deres "kæreste" men mangler den rette viden, indsigt, holdning og forståelse for at kunne gøre dette på den rigtige måde. Her gør Abegg & Bro en stor indsats via rådgivning, kurser og foredrag for at hjælpe de pårørende til større forståelse af, hvordan de hjælper og støtter på bedst mulige måde, samt hvordan de kan ændre deres store følelse af magtesløshed og skyld.

Disse følelser kan afføde såvel opgivelse som fornægtelse, der blokerer for handlekraft og sikkerhed. Det er vigtigt at synliggøre, at de pårørende kun er en enkelt ud af mange mulige årsager til, at en spiseforstyrrelse udvikles. At såvel personlig disposition, som familiedynamik, samspil i de sociale miljøer samt den kulturelle påvirkning spiller en rolle, når en person 'vælger' denne overlevelseshæstrategi.

### Formål

- At give de pårørende forståelse for sygdommen samt for betydningen af deres indsats i helbredelsesprocessen
- At styrke dem i at finde egne ressourcer, egen sikkerhed og fastholde egen livsglæde
- At træne indsigt i, hvordan det kan være hensigtsmæssigt at handle og tænke for stadig at blive bedre til at støtte til et normalt liv
- At eksperimentere og lære af erfaringerne

### Form

Vi har gennemført pårørenderådgivning under forskellige former og kombinationer af disse:

- Pårørenderådgivning med en eller flere pårørende og en terapeut
- Kursus på 3 aftener i gruppe á 8, kombineret med individuelle rådgivninger
- Familierapier med deltagelse af klient og forældre/kæreste/søskende – samt 1-2 terapeuter
- Konferencer med deltagelse af klient/forældre/sagsbehandler – samt terapeut og ernæringsterapeut

### Indhold

Vi udvælger blandt nedenstående emner og supplerer med de pårørendes egne problemstillinger.

- Det følsomme sind, det splittede sind
- de to 'minds' – sygdommens udvikling
- at forstå det splittede sinds funktionsmåde
- at kunne skelne det reelle sind fra det negative sind
- at kunne understøtte det reelle sind
- at turde tro på fremskridt og vise stor tillid
- de mange årsager til en spiseforstyrrelse

Vigtige færdigheder for pårørende:

- At kunne lytte, være nærværende
- At kunne stille spørgsmål for at føre en kærlig dialog
- At kunne sætte tempo og energiniveau, så det passer til (matcher) datter/søns 'modtagefrekvens'

- At kunne stille krav på en kærlig og sikker måde
- At undgå følelsesmæssige udbrud, beklagelser og bebrejdelser
- At kunne udvise langtidstålmodighed
- At kunne håndtere en datter/søn, der regredierer til at være meget lille.
- At kunne sætte egne øjeblikkelige behov til side til fordel for at støtte sin datter/søn
- At tage hånd om egen sårbarhed i andet regi end datterens/sønnens
- At blive opmærksom på egne blinde pletter (undgåelsesreaktioner), bl.a. der hvor kommunikationen bliver vanskelig, tonen anstrengt, så ingen af parterne lytter
- At træne egne færdigheder for at fungere som gode, kontaktfulde rollemodeller. Et eksempel: datter/søn udtrykker sjældent følelser, fordi mor/far har svært ved at udtrykke følelser. Det kan støtte, hvis mor/far lærer at udtrykke sig til en vis grad. Eller begynder at
- forstå betydningen af at udtrykke sig.

### **Pårørenderådgivning i gruppe**

#### **Vi fik bevilling til 3 pårørendeaftener i foråret 05**

De blev tilbudt forældrene til de meget unge i projekt spiseforstyrrelser: konkret deltog 9 forældre repræsenterende 5 børn i alderen 15-20 år. Optimalt har vi 8 forældre i en pårørendegruppe. Aftenerne blev suppleret med individuel rådgivning.

1. gang:      Runde: Præsentation af sygdomsforløb og familiens situation  
Oplæg: De to sind og den særligt store følsomhed/sanselighed
2. gang:      Runde: Hvad har du kunnet bruge fra sidst?  
Oplæg: Hvordan vi ser spiseforstyrrelsen, og hvordan vi arbejder med den, herunder forældrenes bidrag og indsigt
3. gang:      Runde: Hvordan skelner vi det reelle sind fra det splittede sind  
At træne i at se, når det reelle sind er aktivt, støtte, indgå de nødvendige aftaler og vise tillid til at det nok skal gå fremad.

#### **Resultater**

Vi havde de unge samlet til undervisning parallelt med, at forældrene havde pårørende aftener. Det kunne vi udnytte.

De unge gav i undervisningsgruppen udtryk for deres problemer med forældrene – og vi forsøgte at hjælpe dem ved at gøre forældrene opmærksom på deres egen adfærd hhv. de unges behov.

F.eks. var det et problem for flere, at forældrene ikke troede på, at de var ved at blive raske. Når det reelle sind prøvede at formidle deres behov, blev de affærdiget med, at det var det negative sind, der talte.

Flere forældre udtrykte sig til de unge om, hvor svært det var at være forældre til et sygt barn. Vi kunne give dem indsigt i, hvordan dette påvirkede deres barn, og vejlede dem i, hvordan de kunne arbejde med at blive bedre til at overkomme det svære.

Nogle forældrene troede, at det hjalp, hvis de pressede på, de fik den indsigt at pres gør mere syg. I stedet brugte de støtte og forståelse i processen ud af spiseforstyrrelsen.

Nogle forældre indså og indrømmede, at de ikke magtede kvalitetsnærvær. Vi støttede de unge i at gøre sig deres behov klart og foreslå forældrene en lille periodes ”kvalitetstid” hver dag – samtidig fortalte vi forældrene om betydningen af det – og gav dem forslag til, hvordan de kunne gøre det. Forældrene udtrykte deres magtesløshed. Nogle af de unge var skeptiske over for forældrene. Vi kunne støtte forældrene i, hvad de kunne gøre – og vi kunne fortælle de unge om forældrenes engagement i dem.

En far påpegede risikoen ved at lære de unge at sætte egne personlige grænser. Da en anorektisk pige er perfekt til at isolere sig og til at UNDGÅ, må det at lære hende at sætte grænser både ved at fokusere på at hun lærer at udvide sit eget rum *og* tillige tage højde for den negative, destruktive adfærd, der gør at hun er syg og har en syg/skæv livsstil. Faren havde fornemmelsen af, at datteren brugte sine nye færdigheder til yderligere at sætte grænser for det gode, støttende og opbyggende.

Vi fik positivt respons på virkningen af forældreftenerne fra de unge. Selv om virkningen ikke altid holdt.

Forældrene gav udtryk for, at samværet med de andre forældre var mindst lige så vigtigt, som det vi kunne sige som terapeuter. De gav alle udtryk for, at de havde været meget glade for at deltage.

### **Individuel pårønderrådgivning**

Forældre, kæresten og venner får rådgivning i at være hjælper og støtte på den bedst mulige måde. Dette gøres ud fra deres situation og personlige problematik i den nuværende livssituation.

Det skal besluttes, om rådgivningen skal være med forældrene alene – eller om barnet skal deltage. Første gang kan det være vigtigt, at terapeuten el. rådgiveren (som kan være en anden terapeut end datterens/sønnens) møder forældrene alene for at finde ud af, hvordan deres opfattelse er af barnet og situationen. Ved dette første møde gives nogle basisråd og evt. udleveres vores 15 trykte råd.

Undertiden bruges en rådgivning til at støtte barnet/den unge i at kommunikere med forældrene. Det er vigtigt, at der ikke tales hen over hovedet på klienten, men hun/han får en hensigtsmæssig plads i rådgivningen. Det er nyttigt at forberede kommunikationen med forældrene ved at afklare de områder, der er vigtige for klienten at belyse over for forældrene. Dette forarbejde gøres i den foregående individuelle terapi.

### **Fremgangsmåde – overvejelser før individuel pårønderrådgivning:**

Der skal skabes tillid, dvs. meget respektfuld adfærd. Det kræver en stor forståelse for, hvor svært det er, at skulle fortælle om det sværeste i familielivet over for en fremmed. Især når det er områder, hvor man ikke er vant til at udtrykke sig.

Mål: for de pårørende:

- At støtte datter/søn mest muligt
- At se og forstå egne reaktioner og blinde pletter
- At finde de områder, der kan ændres
- At forstå at hjælpe - ikke gøre 'bjørnetjenester'
- At se forskellen på omsorg/omklamring,
- At forstå vigtigheden i faderen rolle kontra moderens rolle i hele processen
- At påtage sig det nødvendige voksenansvar
- At bevare sin voksne rolle, frem for at reagere uhensigtsmæssigt ved vrede, irritation, etc.

Mål for klienten

- Hjælp til at acceptere sig selv som den hun/han er
- Hjælp til at tro hun er værd at elske
- Hjælp til at tro at hun har ret til at eksistere uden at være dygtig
- Hjælp til at holde fast i sit eget reelle sind
- Støtte til at se og holde fast i selv de små fremskridt
- Hjælp til at spise

- Hjælp til at kontakte venner
- Hjælp til at udtrykke hvordan hun har det, tanker, følelser
- Hjælp til at bede om hjælp
- Generelt råd: Gør noget forskelligt og læg mærke til, hvordan det virker. Husk det. Skriv gerne ned for at fastholde de små og store forskelle.

### **Pårørenderådgivning i form af konference**

Klienten fortæller i terapien, at hendes mor blander sig i hendes spisning og kommenterer hendes madvalg negativt, selv om det var udarbejdet i samarbejde med ernæringsterapeuten. Vi havde allerede bedt moren om *ikke* at blande sig, men give ansvaret over til datteren i samarbejde med os som terapeuter.

Da vi fra andre møder vidste, at moderen var svær at få til at lytte, besluttede vi at indkalde hende og datteren til et møde, hvor både ernæringsterapeut og primærterapeut var tilstede.

Formålet var at fastslå,

- at kostplanen er tilstrækkelig,
- at vi har tillid til klienten, og
- at moderen skal undlade at blande sig og at kommentere negativt.

Formålet var også

- at gøre dette lettere for moderen ved at besvare hendes spørgsmål og tvivl vedr. datterens kostplan.
- at hjælpe parterne til at kommunikere på en hensigtsmæssig og rolig måde.
- at udrede evt. misforståelser

Efterfølgende sagde datteren, at det hjalp.

Efter en periode blussede det op igen og denne gang klarede ernæringsterapeuten samtalen med de to alene, og det hjalp straks.

### **Konklusion og fremtid**

Det er umådelig vigtig, at alle omkring klienten samarbejder. At der findes en fælles forståelse, og at der kan indgås aftaler, som overholdes.

Forholdet til forældre er undertiden en del af de vedligeholdende faktorer i spiseforstyrrelsen. Under alle omstændigheder har forældre til hjemmeboende børn en stor indflydelse. Pårørenderådgivning er derfor central. Jo bedre den kan gøres, jo bedre virkning og jo mindre smerte.

Som næste nye tiltag vil vi afholde 8 aftener for pårørende til unge med svære spiseforstyrrelser i et kommende forløb. I denne forbindelse vil vi udvikle et skriftligt materiale, der kan understøtte og fastholde forældrenes forståelse. Der er tale om stærkt følelsesladede emner. Bl.a. derfor tror vi, det kan have betydning, at forældrene efterfølgende hjemme i ro og mag kan studere det generelle i de emner, vi behandler og se, hvordan det passer på deres barn og deres egen situation.

På længere sigt vil vi overveje, om vi skal kunne tilbyde kurser, der træner forældrene i sociale kompetencer og selvforståelse.

### **Erfaringer fra pårørendegruppe i LMS som er kørt parallelt med projektet**

#### **Evalueringsaf deltagelse i gruppen fra et forældrepar:**

”Vi har flere gange spurgt os selv: Har møderne i gruppen overhovedet hjulpet os?

Så i går stillede vi os selv et andet spørgsmål: Hvad nu hvis vi ikke havde deltaget i gruppen?

Ved at stille os selv dette spørgsmål, er vi kommet til erkendelse af, at så havde vi nok stået ret så alene og hjælpeløse i verden med vores problemer.

Vi er, synes vi selv, gode til at snakke åbent med familie og venner om vores datters og vores problemer, men det er nok de færreste i vores omgangskreds, der rigtig forstår det. Nogle lukker helt af, når vi kommer ind på emnet, andre kommer med råd som vi ikke kan bruge som f. eks. at hun bare er forkælet og bare kan tage sig sammen. Andre igen, som ”mosteren”, ser det som et rent fysisk problem - at få puttet tilstrækkeligt med kalorier i hende - man må medgive hende, at det er lykkedes, idet vægten ikke mere er problemet.

I selvhjælpsgruppen er man i en kreds hvor alle har lignende problemer

Hvad har vi så rent konkret fået ud af at deltage i gruppen?

Vi har fået nogle værktøjer, så vi ikke i omgangen med vores datter gør hendes situation værre. Vi kan stadigvæk uagtsomt komme til at træde i ”spinatet”, men er blevet bedre til hurtigt at erkende det, og vi er blevet bedre til at redde ”situationen”.

Ved at se andres problemer er vi bedre blevet i stand til at se vores datters problemer fra andre synsvinkler. Vi har desuden det ydmyge håb, at de andre i gruppen kan have nytte af at høre om vores erfaringer.

I starten fokuserede vi kun på vores datters spiseproblemer. Det var jo hendes vægt der for os var det store problem. Vi har lært, at vi først og fremmest skal støtte hende på det psykiske plan. Det er gået op for os, at det nok er hendes lave selvværd, som er hovedproblemet. Vores opgave er at indgive hende selvtilliden igen – en ret gigantisk opgave – men vi tror, at vi på dette område gør fremskridt – hjulpet af vores datters psykolog. Det er nu lykkedes os at få kontakt med psykologen – med vores datters accept.

Både vores datter og vi er uddannet indenfor sundhedssektoren og har måske derfor en skeptisk indstilling til naturmedicin. Det er nok forklaringen på, at vi overhovedet ikke har fået vores datter til at acceptere de fleste af de kostråd vi har fået i gruppen.

Vi har desuden mødt nogle søde mennesker.

Hvis der er stemning for at fortsætte gruppen, vil vi gerne deltage. Fra tid til anden vil gruppen få behov for terapeutisk bistand.”



## ERNÆRINGSTERAPI

### Baggrund:

Sammenhængen mellem fysiologiske, psykiske og ernæringsmæssige faktorer indgår som en naturlig del af den ernæringsterapeutiske arbejdsmetode. Denne problemstilling er generel og tilbagevendende for det ernæringsterapeutiske arbejde med klienter. Det er oplagt at afprøve denne metode i behandlingen af mennesker med spiseforstyrrelser.

For mennesker med spiseforstyrrelse spiller ernæringen en stor rolle fordi deres sygdom bruger ernæringen som omdrejningspunkt og deres forhold til ernæring ofte er så fordrejet, at de udsætter sig selv for unødige fysiske og psykiske komplikationer som følge af deres psykiske forstyrrelse.

Mennesker med spiseforstyrrelser gemmer i stor udstrækning selv på "nøglen" til at forbedre deres egen situation, og de skal støttes i denne søgen og eventuelle motivation til at komme ud af spiseforstyrrelsen. Det er vigtigt, at mennesker der, som en del af behandlingen for deres spiseforstyrrelse, arbejder med deres psyke, samtidig vejledes med individuelle forslag til en sufficient ernæring – den skal de ikke "opfinde selv". Der er tale om en individuel vejledning, der tager udgangspunkt i klientens fysiske og psykiske symptomer. Der arbejdes ikke med generelle madplaner med faste kalorie grænser.

Det er meget afgørende, at det ernæringsterapien formidler af ekspertviden og råd ikke bliver for autoritær og ensidig, da det kan få klienterne til at lukke af for hjælpen og samarbejdet. Klienten skal lære at tage ansvar for egne basale behov og for sig selv, før behandlingen får blivende effekt. Ernæringsterapeutens langsigtede mål med behandlingen for klienten er, at kunne indtage og optage sufficient ernæring og spise normale portioner. Dette mål er svært for en person med en spiseforstyrrelse at overskue. Derfor er der brug for hjælp til at opstille delmål i form af kortsigtede mål for at ændre de skæve nedbrydende vaner til opbyggende og nærende spisevanerne.

### Formål:

Formålet med projektets ernæringsterapeutiske arbejde er:

- At give en individuel ernæringsrigtig plan for ernæring og kosttilskud med udgangspunkt i klientens fysiske og psykiske tilstand.
- At motivere klienten til at tage ansvar for egen ernæring.
- At støtte klienten i de ressourcer der er omkring egen ernæring.
- At afdække klientens kostvaner /uvanier.
- At øge klientens indsigt i de gode kostvaners betydning for helbredet, samt de fysiologiske konsekvens af den måde de reagerer på mad/ misbruger mad.

### Metode :

De anvendte metoder kan sammenfattes til følgende:

- *Indsamling af 3 dages kost anamnese.* Dette skrives af klienten inden første konsultation. Hvis det ikke har kunnet lade sig gøre prøver terapeut og klient i samarbejde at rekonstruere en 3 dages plan. Det er vigtigt at klienten ved, at der ikke er forventninger til dem om, at det skal være en perfekt madplan, men at det er netop deres plan, der er interessant.
- *Grundigt interview* af hver klient ved start af forløb om deres fysiske og psykiske livsforløb. Dette gøres ved første konsultation for at kunne lægge en ernæringsterapeutisk strategi for klientforløbet og for at få et så godt som muligt helhedsbillede af klienten fra start.

- *Sammensætning af personlig kostplan* ud fra eksisterende viden om ernæring og kendskab til klientens ressourcer i forhold til mad og det at spise. Der udarbejdes ved første konsultation et forslag til en kostplan, som klienten *kan se* en mulighed for at følge. Ofte er den kostplan, som klienten starter med, ikke ernæringsmæssig korrekt, men den danner ramme for det videre arbejde med klienten. Alle klienter får en kostplan, hvor den mad der er mulig at indtage, bliver fordelt over hele dage med 3 hovedmåltider og 2-3 mellemmåltider. Klienten kommer på længere sigt ind i en god rytme med at spise afgrænsede måltider, flere gange om dagen. Dette er ud over at give nogle gode vaner, også vigtigt, for på længere sigt, bl.a. at få stabiliseret blodsukkeret. Gruppen af bulimikere og overspisere bliver bedt om at holde sig fra de fødevarer, de overspiser af, i en periode på 4-6 uger. I de fleste tilfælde var dette mælke- og hvedeprodukter.
- *Undervisning af klienten:*
  - hvor bruger klienten maden i kroppen.
  - hvad er konsekvensen for klienten, når hun/ han ikke får den optimale ernæring. Der tages hensyn til klientens færdigheder og alder i undervisningen.
- *Støtte og opbakning* til klienten kræver empati. At opbygge et samarbejde, så der ikke vækkes modstand, fiasko følelse, løgne m.v. er en specialiseret mestring. Det er vigtigt at være meget opmærksom på sin rolle i forhold til klienten og på, hvordan klienten reagerer på de problemstillinger, der tages op. At berøre emner som fedt, kalorier og kulhydrater skal ”leveres” specifikt, så klienten får en ny indsigt, der fører til, at fokuseringen flyttes fra maden. Det er desuden vigtigt at støtte selv små fremskridt og opmuntre klienten til at arbejde videre med kosten.
- *Inddragelse af pårørende* som støttepersoner på det rigtige tidspunkt og den rigtige måde for klienten, samt at afslutte støtten igen.
- *Bevidst arbejde* på at skabe en gensidig tillid mellem klient og terapeut.
- *Opstilling af mål og delmål* i samarbejde med klienten. Opstillingen af delmål er meget ressourceorienterede, det vil sige jo større ressourcer klienten har, jo større delmål. Målene evalueres og justeres løbende.
- *Oplysninger og behandlingsforslag* opbevares i en journal som ajourføres hver gang der er kontakt med og om klienten. Journalerne er brugt til at sammenfatte de ernærings-terapeutiske resultater i projektet.

## Resultater

Projektets ernæringsterapeutiske resultater er sammenfattet i **bilag 1**.

Ud fra hvert af de ernæringsterapeutiske formål er der opstillet en række spørgsmål for at belyse om det enkelte formål er opnået. Hvert spørgsmål er delt i 3 grupper hvor 1 er ikke opnået; 2 er tildels opnået; 3 er fuldt opnået. “Ik” betyder ikke konsultation.

Klienter med et pointresultat fra 17-35 har ikke profiteret mærkbart af det ernæringsterapeutiske arbejde, klienter med point mellem 36 og 51 har profiteret af deres ernæringsterapeutiske arbejde, men skal stadig arbejde videre med deres kostvaner. Klienter med point 52-54 er inde i en god rytme og er i stand til at varetage deres spiseproblematik på en god og fornuftig måde. De vil være i stand til at søge yderligere ernæringsterapeutisk hjælp, hvis de senere får behov.

Der er gennemført 4 delforløb med ialt 37 klienter. Udgangspunktet for det ernæringsterapeutiske forløb var, at hver klient kunne komme til 5 konsultationer.

Der er 7 af deltagerne, der har deltaget i 2 klientforløb (nr. 1&20, 2&29, 5&31, 12&37, 14&32, 15&36, 17&35 er de samme personer i to forskellige forløb). Nr 6 kom aldrig til ernæringsterapi, nr. 8 og 19 blev indlagt for deres spiseforstyrrelse under forløbet. Nr 11 kom kun til 1 konsultation i alt.

Det maksimale antal point der kunne opnås var 54, heraf er de 24 klient orienteret og de 30 relaterede til ernæringsterapeutens arbejde/ metoden.

I gruppen med 17-35 point er der 13 deltagere ved afslutning af projektet.

I gruppen med 36-51 point er der 19 deltagere ved afslutning af projektet.

I gruppen med 52-54 point er der 5 deltagere ved afslutning af projektet.

Af tabellen kan ses, at formålet at give en individuel ernæringsrigtig plan for ernæring og kosttilskud, med udgangspunkt i klientens fysiske og psykiske tilstand er opfyldt. Ikke alle har fulgt den plan, de har modtaget. I forbindelse med hvor mange gange terapeuten og klienten har set på madplanen er resultatet afhængigt af, hvor mange gange klienten har været til konsultation.

Formålet at motivere klienten til at tage ansvar for egen ernæring er til dels opfyldt. Det er ikke lykkedes fuldt ud at motivere alle klienter til at tage ansvar for egen ernæring. Størstedelen af klienterne har forbedret deres ernæring i forløbet, men er stadig ikke parate til at tage det fulde ansvar for at indtage mad. Det går lidt bedre med at tage kosttilskud. Det skal bemærkes at næsten 30 % følger deres ernæringsplan og har gjort det over længere tid.

Af resultatet kan også ses, at det har stor betydning om klienten var motiveret for, at gøre noget ved sin ernæringsmæssige tilstand.

Med hensyn til at støtte klienterne i de ressourcer, de har omkring deres egen ernæring har det været muligt at støtte og bruge disse i det omfang klienten har haft nogle ressourcer. Det har været muligt for terapeuten at møde klienten i et vist omfang. Resultatet af dette er bl.a. afhængigt af den fælles kemi, om det er lykkedes at få klienten til at komme til flere konsultationer, om terapeutens evne til at være lyttende og klientens motivation for at ændre deres situation.

Formålet at afdække klientens kostvaner /uvaner er opfyldt for så godt som alle klienterne. Det har været nødvendigt at spørge meget direkte ind til specielt uvaner som mængder af tyggegummi, sodavand, brød og mælkeprodukter da disse i mange tilfælde ikke regnes som noget problem, men indtages i umådelige store mængder, hvilket kan have stor indflydelse på deres ernæringstilstand.

At undervise klienten i gode kostvaners betydning for helbredet (fysiologisk konsekvens af den måde de reagerer på mad/ bruger mad) er lykkedes fint. Det, der har været svært, er at få klienterne til at *handle* på deres nye viden. Det ser ud til at jo bedre klienterne er psykisk, jo bedre bliver de til også at tage sig af disse problemer. Hos 1 enkelt var ønsket om at blive gravid drivkraften til at ændre den destruktive spisning.

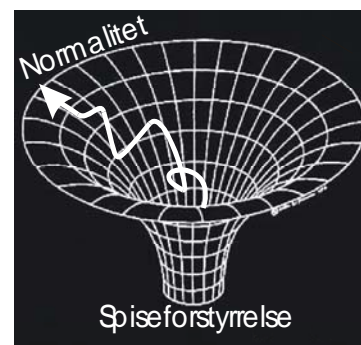
Det ser ikke ud til at der er den store aldersbetingede effekt af ernæringsterapien, dog skal nævnes at de 2 ældste, der har haft spiseforstyrrelse i mere end 20 år, ikke har haft det store udbytte af ernæringsterapien.

### **Diskussion:**

Den ernæringsterapeutiske arbejdsmetode der er blevet brugt i projektet ses i nedenstående figur.

De fleste klienter kommer med det ønske om at være "normale" som alle andre. Og derfor forestiller de sig, at de skal starte med at spise normalt dag 1. Det er for mig at se et helt urealistisk mål for de fleste. Hvis man forestiller sig, at de svært spiseforstyrrede befinder sig i bunden af "brønden" skal de i starten kravle op af nogle meget stejle kanter før brønden begynder at flade ud altså her hvor adfæren begynder at være "normal". I dette stadie, vil det at tage sig sammen til/ blive motiveret til, at opsøge en ernæringsterapeut/ kostvejleder/ diætist være en voldsom udfordring, som kræver store

personlige overvejelser. Når klienten får bestilt tiden og møder op første gang, har klienten fået fodfæste på brøndens side, men det er stadig svært at komme videre op. Når så klienten skal begynde at se på sin kost; vil selv små ændringer være store skridt. Det vil sige, det er sværere f.eks. at tage 1 mandel ind i kosten end at spise 20 mandler senere i forløbet eller at kaste op 1 gang mindre om dagen end senere i forløbet at holde flere dages pause eller drikke 1 glas mælk i stedet for 2 liter. Der vil hos de fleste være flere tilbagefald til bunden af "brønden", men her gælder det for ernæringsterapeuten om at kunne motivere, fastholde og rose klienten så vejen tilbage til det netop indvundne terræn er kortest mulig. Klienten erobre en ny platform og få en masse gode oplevelser



at tage med sig ud op til toppen af brønden til det normale liv. Erfaringen fra projektet viser, at de fleste af klienterne har haft gode fremskridt ved denne metode, samtidig kan det ses at det er meget individuelt hvor store skridt den enkelte kan tage. Jeg mener at dette har meget med den enkelte klientens motivation til at komme vider i sit forløb at gøre, samt den grad af spiseforstyrrelse de starter med i projektet.

Det er tydeligt, at klienterne ikke har det godt med andres kontrol i forhold til deres mad, det er derfor vigtigt at de ikke føler sig presset ind i et behandlingsforløb, men i stedet bliver opfordret/løftet ind.

### **Konklusion og anbefalinger**

Klientens grundlæggende motivation til at ændre sin situation samt antallet af konsultationer, er de faktorer, der spiller størst rolle for udfaldet af ernæringsterapien. Jo større motivation jo hurtigere respons på vejledningen og jo flere gange klienten kommer til konsultationer jo større mulighed for at hjælpe og motivere dem frem. De klienter, der har kunnet følge anbefalingerne, har mærket en hurtig bedring på det ernæringsmæssige og fysiske område.

Det er en god ide at arbejde med motivation og fjernelse af skræmmebilleder om hvad en ernæringsterapeut siger og gør.

Jo bedre ernæringsterapeuten er til, at se klienten og finde deres resurser jo bedre resultat.

Det vil fremover være en fordel at ernæringsterapeuten bliver præsenteret under mindre formelle forhold f.eks. ved foredrag, som besøgende i gruppe terapier eller lignende så terapeuten bliver afmystifiseret.

Det må ligeledes anbefales, at de særlig skrøbelige med en svær spiseforstyrrelse at få et øget antal af konsultationer, især i starten af deres forløb hvor de oftere får tilbagefald.

Ernæringsterapeuten skal være klar på sin egen rolle over for klienten og de øvrige behandlere omkring den enkelte. Det er vigtigt at ernæringsterapeuten med jævne mellemrum sikrer sig, at undervisning og andre beskeder bliver hørt og forstået.

Det er vigtigt at der er et godt samarbejde mellem de behandlere der har med den enkelte klient at gøre, så klienten spares mest muligt for gentagelser.

## MADLAVNING OG SPISNING

### Baggrund

Det er almindeligt kendt for alle, der arbejder terapeutisk med personer i en spiseforstyrrelse, at klienterne er meget madfokuserede. De er dog ofte ikke selv i stand til at varetage de opgaver, der er omkring ernæring, indkøb, madlavning, opbevaring af mad, og det at spise maden.

Personer med anoreksi elsker ofte at lave mad til andre, og er rigtig gode til det, men spiser den ikke selv. Personer med bulimi laver ikke så meget mad, enten fordi de ikke kan eller også fordi det tager for lang tid. I stedet spiser de overdådige måltider af ofte usunde fødevarer (især mælkesand og brød).

Som terapeuter ser vi, at der i de ambulante behandlingsforløb mangler en fokusering på at hjælpe til en bedre forståelse og oplevelse af, hvad det vil sige at købe ind, tilberede og spise et godt sundt måltid, som ikke er påvirket af ugeblade, men af hvad der er godt for netop den individuelle, i f.h.t fysisk ernæring og psykisk tilstand.

Vi har derfor valgt at lave en madgruppe, der arbejder med disse problematikker under terapeutisk vejledning. Klienterne tilbereder maden i socialt samspil samtidig med, at de får bearbejdet de psykiske vinkler der dukker op.

### Formål

Det overordnede mål er, at deltagerne bliver i stand til at dække deres ernæringsmæssige behov. På denne baggrund er det formålene med forløbet:

1. At øge deltagerne evne til at forstå og handle ud fra sig selv, når de er sammen med andre
2. At få ideer til let, næringsrig og levende mad, som deltagerne også selv kan lave derhjemme bagefter
3. At øge deltagerne evne til selv at varetage de forskellige funktioner omkring indkøb, tilberedning og indtagelse af mad
4. At øge deltagerne evne til at skabe positive relationer til andre – og ved hjælp af god kommunikation løse de vanskeligheder der kan opstå

### Forudsætninger

Gruppen har max 6 deltagere.

Det forudsættes, at klienterne kan spise og er motiveret for at lære.

De forskellige madopskrifter er beskrevet i kursusmateriale, som en hjælp til at klienterne praktiserer det lærte imellem madlavningsaftenerne, og når gruppen er slut.

### Metode

#### For terapeuterne:

Følgende problemstillinger skal terapeuten være opmærksom på under processen:

- Terapeutens rolle er at være nærværende, observerende, støttende og vejledende på en måde, så klienterne føler sig forstået og set.
- Terapeuten spørger klienterne om forventninger og tanker før processen starter og registrerer hver klients psykiske og fysiske tilstand.
- Terapeuten skaber en tryk stemning med f.eks. rolig musik, varm te, stearinlys.
- Det er vigtigt, at terapeuten spørger ind til problemstillinger, så klienten forholder sig til sig selv i de svære aktuelle situationer, der fremkommer.
- Det er vigtigt at terapeuten ikke overtager styringen fra klienten, men ser det fra klientens side samtidig med at terapeuten hele tiden bevarer sin faglige identitet

- Terapeuten skal acceptere, at det er svært for klienten at være i situationen
- Der er ofte stor nervøsitet i forbindelse med spisningen: negative tanker og følelser
- At skabe rammer så spisningen fungerer optimalt
- Fokus på grænser før, under og efter spisningen
- Vigtigt med positive argumenter for at indtage den nødvendige næring.
- Terapeuten spiser normalportioner sammen med klienterne, for at være et forbillede.
- Terapeuten er forbillede for, at klienterne taler indbyrdes i en venlig og hjælpsom tone.

De praktiske opgaver fordeles og justeres ind efter individuelle behov og ønsker. Klienterne sættes til at samarbejde, så ressourcestærke klienter støtter de klienter, der har det svært med at lave mad. Maden er fortrinsvis efter tallerkenfordelingen: ¼ fedtsyrer, ¼ proteiner, ¼ grøntsager og ¼ stivelseholdige kulhydrater, desuden gluten- og mælkefri, samt gennemgående økologisk.

### **For Klienterne:**

Det er vigtigt, at klienterne lærer /genindlærer at se egne behov f.eks. lærer at bede om hjælp, når der er noget de ikke kan – forstå, lærer at spise af det ”forbudte” frem for at gå hjem og overspise m.v.

### **Gennemførelse**

**Første delforløb** havde 5 deltagere. Det var 3 overspisere, 1 med bulimi og 1 med anoreksi. 3 var meget stabile, 2 var skiftevis syge, glemte datoen eller blev ophængt af arbejde/børn.

**Andet delforløb** havde 6 deltagere, se nedenfor.

### **Resultater :**

Resultaterne i bilag 2 er fremkommet ud fra ernæringsterapeutens vurdering af den enkelte deltager i andet delforløb.

Af bilaget ses det, at målene for madgruppen alle er nået.

Resultater 0-20 har ikke fået synderligt meget ud af at deltage i madgruppen og vil have svært ved at bruge det, de har lært i deres nuværende situation; 21-30 har fået en del ud af at være i madgruppen, men har stadig brug for vejledning og støtte for at kunne få deres daglige optimale ernæring; 31-35 point i denne gruppe ligger de klienter, der har fået det optimale ud af madgruppen, og som vil kunne bruge dette fremover i deres videre liv.

Det skal nævnes, at 1 deltager deltog i 15 minutter første gang, hvorefter hun meldte fra.

Deltager nr. 2 startede først ved 4 gang og ville formentlig have scoret flere point, hvis hun havde deltaget i hele forløbet.

Deltager nr. 4's spiseforstyrrelse var ved gruppestart så svær, at hun faktisk faldt uden for madgruppens deltagelseskrav.

Deltagerne opnåede en god forståelse for hinanden og levede sig meget ind i hinandens problemer omkring det at tilberede, spise og fordøje maden. De udviste et godt samarbejde ved madlavningen, og der var plads til, at de klienter der ikke kunne lave mad, fik mulighed for at lære af de andre. Der var en varm og åben stemning i gruppen. Deltagelsen i gruppen var meget stabil for de 5 af klienterne.

Denne gruppe gik samtidig i ”Efterværn” gruppeterapi, og klienterne kom til at kende hinanden rigtig godt. De aftalte indbyrdes at mødes uden behandlere, så umiddelbart blev deres personlige

netværk udbygget i projektperioden. Dette gjorde dog, at en deltager i gruppeterapien, der ikke deltog i madlavningen, følte sig lidt udenfor.

Enkelte klienter har taget meget til sig og ændret deres daglige destruktive mønstre, andre har set og lært, men har stadig svært ved at sørge for sig selv. Derfor har de også svært ved at lave mad til sig selv.

Klienterne fandt ud af, at det kunne være hyggeligt at sidde og spise sammen med andre.

Klienterne opdagede, at de kunne lave mad, der ikke behøvede at provokere deres spiseforstyrrelse, og som samtidig smagte godt og var nemt at lave.

Gruppen viste generelt stor nysgerrighed for at prøve at smage nye fødevarer bare de ikke var for "fede".

Klienterne i første delforløb syntes ved evalueringen, at de havde været for "pæne og søde" ved hinanden. De satte ikke ord på de områder, hvor de gennemskuede hinandens hvide løgne.

De områder, hvor klienterne ikke fik sagt fra i gruppen under madlavningsprocessen og spisningen, kunne senere bearbejdes i den individuelle terapi. Det tværfaglige samarbejde gjorde, at terapeuterne kunne følge op og arbejde videre med disse "aktuelle" problematikker sammen med klienterne.

### **Diskussion:**

Dette er en gruppe af klienter, der nemt bliver påvirket af stemninger. Det kan f.eks. ødelægge et helt møde, hvis der ikke er en rar stemning lige fra mødets start.

De forskellige grupper af spiseforstyrrede kan virke provokerende på hinanden. Klienter med bulimi føler sig grådige og tykke, når de ser de tynde og lidt spisende klienter med anoreksi, der kan blive provokeret til helt at lade være med at spise, når de ser hvor meget de andre spiser. Det er vigtigt at terapeuten er sin rolle bevidst, hele tiden vejrer stemningen, retter op, støtter, forstår og korrigerer uden dog at virke bestemmende og manipulerende. Det hele på en sikker og venlig måde

Gruppen af klienter er meget vidende omkring kalorier i mad. Det er meget vigtigt, ikke at tale om kalorier, og i stedet dreje snakken over på, hvad de forskellige næringsstoffer bliver brugt til i kroppen samt få droslet fikseringen på den ydre krop ned, så klienternes opmærksomhed bliver flyttet til noget opbyggende, frem for det nedbrydende i altid at ville være anderledes/ se anderledes ud end de er/gør. De er sammen i gruppen for at støtte hinanden i den rigtige retning – ind i livet – at genvinde livsappetit – og komme ud af spiseforstyrrelsen.

Det virkede godt i gruppen, og de enkelte kom frem med deres erfaringer. Det viste sig, at det var en god ide at klienterne gav hinanden de rigtige råd og efterfølgende, at de fik en faglig forklaringen på, hvorfor disse rigtige råd virkede. At give indbyrdes dårlige råd = anorektiske råd er direkte destruktivt for behandlingsforløbet og ikke "in" hos os.

Første delforløb blev gennemført af en psykoterapeut, mens andet delforløb blev gennemført af ernæringsterapeuten. Vægtningen i de to forløb blev lidt forskellig, idet psykoterapeuten var meget optaget af at "samle" gruppen og arbejde med deltagerens forventninger, de indre barrierer for spisningen, deres indbyrdes kommunikation ol. - mens ernæringsterapeuten lagde vægten lidt mere på forståelsen af, hvad de forskellige næringsstoffer bliver brugt til i kroppen. Herudover var der naturligvis et stort område, som begge vægtede højt.

### **Konklusion og anbefalinger:**

Det er en god ide at lave madgrupper med klienter, der har en spiseforstyrrelse. Det giver et godt fundament for klienten til at komme videre med sit liv. Klienterne får afprøvet, hvor langt de kan udvikle sig med hensyn til det at lave mad og selv spise den, i selskab med andre i et meget trykt miljø.

Klienterne får desuden mulighed for at afprøve, hvordan ernæringsterapien er bygget op og får mulighed for at diskutere med ligesindede, de faldgruber der er.

Det er meget vigtigt, at alle deltagerne i gruppen opfylder de krav, der er opsat, da en for dårlig deltager vil kunne påvirke de andre på en u hensigtsmæssig måde.

Det er vigtigt at køkkenet er velfungerende, og der er de materialer tilstede, der skal bruges.

Der bør ikke være udefrakommende forstyrrelser, da det er en meget svær situation at være i for klienterne, da de let lader sig påvirke af uforudsete forandringer .

Kursuslængden på 8 gange var fornuftig. Det behøver dog ikke at være mere end 7 gange, for at kunne nå gennem de grundlæggende emner.

Ernæringsterapi er en god faglig baggrund for at køre madlavningsgrupper, da det styrker integration af informationerne fra ernæringsterapien, hvilket ofte er en stor opgave for klienterne.

Det er en nødvendighed, at ernæringsterapeuten løbende får information og tilbagemeldinger fra de andre terapeuter, der er tilknyttet klienten for at være på forkant med eventuelle problematikker, der opstår undervejs.

Der var interesse i den sidste gruppe for at fortsætte med at lave mad sammen under kyndig vejledning f.eks. en gang om måneden. Det har ikke været praktisk muligt at realisere det, men vi har det med i overvejelserne til et senere tidspunkt.

Der er både fordele og ulemper ved at kunne have madgruppe med anorektikere for sig og de to andre spiseforstyrrelser sammen, hvis antallet tillader det.

Når de deltager sammen kan de inspirere hinanden og udvide hinandens oplevelse af, hvad der kan lade sig gøre. Fordi de kan lide hinanden kan de bruge hinanden som løftestang.

På den anden side ville det være mere tilfredsstillende for deltagerne med adskilte grupper på den måde at forløbet i højere grad ville være tilpasset deres særlige forudsætninger. Samtidig ville det forenkles terapeutens opgave væsentligt.



## PSYKOMOTORISK AFSPÆNDNING

### Baggrund

Kroppen er det første det lille barn oplever verdenen med. Kroppen og bevægelse af den er den første form for identitet, der eksisterer. En identitet uden sprog eller kognitiv refleksion. Det er kroppen vi i starten af livet lærer og erfarer igennem, og derved skabes et *kropsjeg*.

Erfaringen viser, at hvis det lille barn ikke bliver tilstrækkeligt kropsligt stimuleret, eller hvis de kropslige erfaringer ikke integreres i personligheden, opbygger den enkelte en identitet eller et jeg, der ikke er baseret på kropslige sansninger. Jeg'et får altså derfor heller ikke forbindelse til de vigtige kropslige signaler, vi alle skal bruge for at orientere os og handle hensigtsmæssigt i hverdagen.

Når mennesker udvikler en spiseforstyrrelse er en af de bagvedliggende faktorer ofte, at klienten ikke kan mærke sin krop og dens signaler.

Ofte vil et manglende *kropsjeg* medføre, at kroppen er i en konstant form for stress, og skadelige hormoner som cortisol vil langsomt nedbryde kroppen og gøre, at der er meget chok og kaos i kroppen.

### Formål

Klienterne bliver i kropsterapien trænet i at sanse og tolke kroppens signaler således, at de kan handle hensigtsmæssigt på disse. Den enkelte lærer at mærke, hvad der er rart, og hvad der ikke er rart. De lærer at mærke kropslige behov som sult, tørst, hvile samt behov for tryk, omsorg og nærvær. At mærke dette er forudsætningen for, at den enkelte kan handle på disse behov og dermed tilegne sig nye måder at være i livet på.

Klienten skal i kropsterapien lære, hvordan det mærkes når kroppen er rolig og i balance, og hvordan de selv kan opnå disse tilstande uden for behandlingslokalet.

Hvis man giver kroppen hvad den har brug for, vil den indre fysiologiske stress også blive mindre. Det registreres både kropsligt, følelesmæssigt og mentalt.

### Fremgangsmåde

Klienterne kan vælge at komme i gruppeterapi eller i individuel psykomotorisk behandling.

Klienten vil både i gruppen og i de individuelle sessioner opbygge en kropsbevidsthed, som er fundamentet for et *kropsjeg*. Dette sker gennem øvelser, samtale og afspændingspædagogisk behandling, hvor klienten bliver trænet i at sanse egen krop, at øge rummelighed i kroppen samt at tolke kroppens signaler.

Jo stærkere *kropsjeg* desto større er evnen til at håndtere stress og hverdagens udfordringer, og jo hurtigere kan man genfinde balancen, når stressniveauet er blevet mindre.

Klienten bliver trænet i at mærke egne ressourcer og udbygge disse i hverdagen. Ressourcerne kan være mangfoldige og bl.a. indeholde kroppen, netværk, kreativitet, familie og oplevelser.

I al træning er kroppen og hvad den enkelte ressource gør ved kroppen omdrejningspunktet.

Nyere videnskabelige undersøgelser viser, at når vi mærker noget, der er rart i kroppen, ændres hele vores biokemi, således at både hjerte, hjerne og hormoner får et mere stabilt og harmonisk samspil.

Både i gruppen og i individuelle sessioner tages forskellige temaer op. Temaerne som grænser, grounding, struktur, centrering, følelser, kontakt, forsvarsmekanismer.

### Gennemførelse

Der har været 1 klient fra projektet i gruppe.

Der har været 6 klienter, som har haft individuelle forløb af kortere eller længere varighed.

### **Evaluering og konklusion**

Jeg har erfaret, at alle klienter har oplevet, at de har fået en bedre fornemmelse af egen krop. Alle har fået nye redskaber, som de bruger i hverdagen eks: at trække vejret dybt, at tage fysisk kontakt til egen krop, at fokusere på at opleve større ro i hverdagen.

Jeg oplever, at stort set alle har kunnet bruge kropsterapien som et værktøj, de fremover kan arbejde videre med.

Erfaringen viser, at det tager tid at opbygge et kropsjeg, men jeg oplever, at klienterne allerede efter de første 6-8 behandlinger så småt kan begynde at genkende og integrere det lærte. Derfra udvides og nuanceres processen.

Alle har fået en øget kropsbevidsthed, og de fleste har fået et helt nyt forhold til kroppen. Stort set alle har fået mere ro i deres liv.

Alle har fået flere ressourcer i hverdagen og arbejder fortsat med, hvilke andre de kan inddrage. Alle er blevet bedre til at tolke kroppens signaler og handle hensigtsmæssigt derpå.

### **Konklusioner for kropsterapi: Individuel og i gruppe**

Individuel psykomotorisk afspænding er evalueret med 3 fra personer i Spiseforstyrrelser og 5 fra personer i Efterværn, og kropsgruppe med 3,33 for personer i Spiseforstyrrelser og 4 for personer i Efterværn.

Det er et indsatsområde, som vi overvejende har brugt i efterværn, og det ser ud som det især er personer i de successive forløb, der har profiteret.

Vi konkluderer ud fra evalueringsresultaterne og vores generelle opfattelse, at kropsterapien ofte kræver, at deltagerne er et stykke henne i deres behandling. Herigennem får de en platform til arbejdet med kroppen, der ofte opleves som meget provokerende.

## ZONETERAPI

### Baggrund

For mennesker med spiseforstyrrelser er det væsentligt at træne kontroltab, kropskontakt og afspænding. Denne træning kan foregå ved at anvende zoneterapi, hvor klienten støttes til at få en oplevelse af ”given sig hen” samt kontroltab ved at tillade krops- og øjenkontakt i interaktion med zoneterapeuten. Desuden trænes klienten til at have ejerskab af her og nu situationer, samt en øget bevidsthed om, hvad der foregår i klientens krop altså en øget bevidsthed om de fysiske processers styring af den mentale dysfunktion, som spiseforstyrrelsen er udtryk for.

Ud fra antagelsen om fordele ved tværfagligt samarbejde indgår zoneterapien, som en hjørnesteen i den samlede behandling. ( med den samlede behandling menes det tværfaglige samarbejde i Abegg & Bro konceptet)

### Formål

Formålet med den zoneterapeutiske behandlingsform er at understøtte klientens personlige udvikling og er en ikke - invasiv lindrende og helbredende metode, der skaber mulighed for psykoneuroimmunologisk påvirkning ved bl.a. at afslappe nerve- og hormonsystemet, lymfe- og immunsystemet samt fordøjelsessystemet. Disse mål opnås ved at have fokus på følgende:

I) At øge klientens selvforståelse og styrke selvværdet gennem træning i kontroltab /en ”given sig hen” og dermed styrke klientens regenerationsevne.

II) At arbejde detaljeret på klientens ejerskab af her og nu situationer gennem en fysisk kontakt og kontakten til egne kropsreaktioner.

III) At understøtte reetablering af de underudviklede dele af personligheden gennem træning i en øget bevidsthed om de fysiske processers styring af den mentale dysfunktion, som spiseforstyrrelsen er udtryk for.

IV) At afhjælpe følgen af fysiske gener ved at have spiseforstyrrelse.

Til eksempel: fordøjelsesproblemer som mavekramper, forstoppelse, øget krampetendens i arme og ben og muskelspændinger i skulder – og nakkeområde.

V) At forebygge følgesygdomme såsom tandskader, ophør af menstruation, osteoporose, nyrepåvirkning samt vitale skader af fordøjelsessystemet.

### Metode

De anvendte metoder kan sammenfattes til følgende:

- Klienterne visiteres telefonisk, hvorefter der modtages journal i form af støttebeskrivelse samt møde i den tværfaglige gruppe, hvor der udveksles viden og erfaring fra det terapeutiske arbejde med klienten.
- Klienter der modtager zoneterapi har en svær spiseforstyrrelse og intensiteten af behandlingen balanceres efter sværhedsgrad.

De anvendte metoder understøtter terapeuternes klientarbejde:

- Ved at udbygge forståelsen for klientens fysiske væren i her og nu situationer
- Ved at udbygge forståelsen for klientens kapacitet til at mestre kontroltab.

### **Intern evaluering og konklusion.**

Området er evalueret til henholdsvis 3 og 5 i de to projektperioder, med et gennemsnit på 3,5.

Desuden er det evalueret til 3 i et fortsat forløb over begge projektperioder. For de 5 deltagere giver det et gennemsnit på 3,4.

Centeret har primært henvist særlig skrøbelige klienter til denne behandlingsform, og det er således nogle af de somatisk dårligste og mest undervægtige klienter, som har modtaget zoneterapi.

Baggrunden for dette valg er, at formen er meget fysisk afgrænset i forhold til personer med dårligt forhold til egen krop og meget psykisk afgrænset, da der ikke samtales så meget. Dette giver klienten fred fra at skulle forholde sig til en ny person og dennes udtalelser.

Vi oplever, at det er en væsentlig aktivitet, og vil også fremover henvise netop denne målgruppe, som vil indgå i næste projektperiode under målgruppen 'Svære Spiseforstyrrelser'.

## **KULTURELLE ARRANGEMENTER (EKSTERNE OG INTERNE):**

### **Baggrund**

Kulturelle arrangementer (eksterne og interne):

Isolation og social tilbagetrækning er et kendt symptom i en spiseforstyrrelse. Ligeledes indsnævres fokus ofte til emner, der relaterer til mad, krop eller faglig præstation. Derfor har vi tilbudt en række kulturelle arrangementer for efterværnsgruppen.

Disse er en anledning til meningsfuldt socialt samvær, og de kan åbne øjnene for nogle af mulighederne i omverdenen for inspiration og nærende oplevelser. Deltagerne kan opleve, hvad netop de har det særlig godt med.

### **Formål**

Dette er et led i generobringen af livets kvaliteter og få appetit på livet og livsglæden.

Udfordringen bliver at turde stå frem som et individ (i gruppen) i det offentlige rum, at søge inspiration samt at få livsbekræftelse via disse aktiviteter. Det vil støtte den sociale fællesskabsfølelse.

Inspirationsaftener med oplæg vil som interne kulturelle arrangementer stille større udfordringer til deltageres medvirken.

### **Fremgangsmåde**

Der er planlagt 5 kulturelle arrangementer for Efterværnsgruppen.

Ved hjælp af et spørgeskema med mulighed for afkrydsning af forskellige typer aktiviteter og egne forslag, afsøges den aktuelle gruppes ønsker. Derefter laver terapeuten sammenstilling og planlægger 5 aktiviteter, der matcher de flestes behov. Der laves en oversigt som uddeles til gruppen.

Der er i princippet mødepligt, men tilbagemelding er under alle omstændigheder ønskværdig pga. billetbestilling etc.

Terapeuten mødes med deltagerne og efterfølgende samles vi og deler kort indtryk.

### **Gennemførelse af 1. forløb**

Vi gennemførte 5 arrangementer og supplerede endvidere med en julestue.

Der var fra præsentationen stor lyst og interesse for indsatsen. Alle de valgte aktiviteter blev modtaget meget positivt. På den aktuelle dag var der ofte stort mandfald.

De valgte arrangementer var

1 teatertur

1 musical (teateret aflyste)

1 foredrag om drømmetydning

1 aften med maleterapi

1 biografur

1 julestue

Vi havde forestillet os, at der ville være størst interesse for de ekstraordinære oplevelser ud af huset og startede derfor med dem som en appetitvækker, men det var her, der var flest, der meldte fra.

Konklusionen er, at det var for skræmmende. Faktisk var det mest populære arrangement julestuen for denne gruppe.

### **Evaluering efter 1. forløb**

Når Efterværnsforløbet som helhed bliver for 'tætpakket' dvs. når der er 2 eller ligefrem 3 aktiviteter i en uge, bliver det for belastende for dem, der har arbejde og studie, og de falder fra.

Vi har valgt at være meget tolerante over for dette og ikke presse for deltagelse.

Der vil så være en tendens til, at de aktiviteter de vælger fra, bliver de kulturelle arrangementer og madlavning. Ud fra den erfaring har vi et ønske om at strække anden projektperiode ud over et længere tidsrum.

### **Gennemførelse af 2. Forløb.**

Vi startede grundet erfaringerne med to interene arrangementer.

Drømmetydning med kendt terapeut.

Påskeklip

Musical

Bowling

Maleterapi.

### **Evaluering efter 2. forløb**

Der var generelt større deltagelse og større tilfredshed med arrangementerne i 2. forløb.

Det var stadig den aktivitet, klienterne syntes de bedst kunne udeblive fra, og det skete i mindre grad.

### **Interen evaluering og samlet konklusion for begge forløb**

Klienterne evaluerede denne aktivitet lavest i forhold til, hvad der har haft indflydelse på deres udvikling: i gennemsnit 2,1. Måske skal vi sige heldigvis, da det jo er at betragte som et supplement til den terapeutiske intervention.

Første efterværnsgruppe var gennemgående ældre end den anden og deltagerne havde i højere grad egen familie eller omgangskreds.

Endvidere var terapeuten, der kørte aktiviteterne, mindre kendt for deltagerne, hvor deltagerne i andet forløb i høj grad havde denne terapeut som primær terapeut. I øvrigt var de som nævnt yngre og kan måske derfor forventes at være mere interesserede i en gruppeidentitet.

Mens deltagerne fra Efterværn havde meget blandede følelser omkring indsatsområdet, så efterlyste deltagerne i projekt spiseforstyrrelser paradoksalt nok denne slags samvær – igen især de unge. Dette viser os, at personer med spiseforstyrrelser længes efter det sociale fælleskab og en større bevægelsesfrihed, selv om de ofte ikke magter det, når det kommer til stykket.

### **Fremtiden**

Vi har om muligt fået en endnu større forståelse af, hvor 'farligt' det er for denne klientgruppe at bevæge sig ud i det sociale rum, hvis de ikke lige præcis ved, hvad der skal ske og med hvem.

Vi vil derfor fortsat vægte denne træning; og flytte fokus lidt fra det kulturelle til det sociale i aktiviteterne.

Baseret på disse betragtninger og konklusioner vil vi til næste år udbyde indsatsområdet til alle gruppe af klienter. Vi laver færre tilbud og vægter: 1-2 eksterne arrangementer, en julestue og et enkelt andet interent arrangement.

## **TEMABESKRIVELSER**

### **Baggrund fra ansøgningen**

Det enkelte klientforløb er unikt, men der er temaer, der går igen, og der er modeller og teknikker, der er velegnede under forskellige forhold. Vi beskriver et antal temaer, som vi kan se har væsentlig betydning for spiseforstyrrelserne - og vi beskriver erfaringer med bearbejdningsmetoder.

I forbindelse med beskrivelsen af den metode, som vi anvender, har vi afdækket et antal temaer, som mange med spiseforstyrrelse og deres pårørende har brug for at forstå hhv. at opnå færdigheder i. Vi har afprøvet betydningen af at arbejde med disse temaer i første omgang i forbindelse med individuel terapi, undervisning og gruppeterapi. I den sidste del af projektet er kropsbehandling blevet tydeligere inddraget – og vi har planer om yderligere uddybning i næste projekt.

### **Tema: Den store følsomhed**

#### **Beskrivelse**

Mange, om ikke alle, med en spiseforstyrrelse har et særligt empatisk, følsomt sind. Klienten kan ikke skærme sig af fra omverdenen. De sanser f.eks., når de kommer ind i et rum, hvordan alle i rummet har det. Andres kritik og alle negative ord borer sig dybt ind. Spændinger i familien gør dem helt ulykkelige – og de er tilbøjelige til at påtage sig ansvaret for at løse dem. Krig, nød og elendighed på TV gør dem helt ulykkelige. De tager verdens ondskab og smerte på sig, føler med verden. Man kan sige, at de er 'overansvarlige'.

De mange stimuli fra omverdenen er svære at håndtere. Vore klienter 'glemmer' sig selv og egne behov, følelser og udviklingsbehov for at tage vare på omverdenen. Når de er så meget ude i omverdenen og føler med den, har de svært ved at orientere sig inde fra deres egen kerne, deres behov og værdier. De bliver meget optaget af, hvad andre mener om dem og deres adfærd går ud på at blive accepteret og undgå afvisninger. Deres individualisering og modning går mere eller mindre i stå.

Den store følsomhed kan gøre det svært for forældre at møde deres barn følelsesmæssigt på barnets præmisser, så det bliver roligt, tilfreds og tillidsfuldt. Barnet afviser det forældrene giver, fordi det ikke føles rigtigt.

Da forældrene i barnets opfattelse ikke kan være forkerte, så laver barnet den fortolkning, at det selv er forkert. Vore klienter føler sig ikke set og mødt, de føler sig forkerte og har ofte en stor skyldfølelse (evt. ubevidst) over, at de ikke kan gøre deres omgivelser lykkelige. Samtidig føler de sig utaknemmelige

#### **Baggrund**

Personlig disposition: den store følsomhed. En vis del af befolkningen vil til enhver tid være mere følsom end flertallet og dermed disponeret for at udvikle dysfunktion, misbrug og uhensigtsmæssige forsvar.

#### **Intervention**

Det har betydning for vore klienters selvforståelse, at vi kan fortælle dem om det følsomme sind. At vi kender det og kan sige, at det er der ikke noget galt med. De fleste har følt sig anderledes og forkerte hele deres liv. Det betyder noget for deres identitetsopfattelse, deres selvaccept, og det kan begynde at smelte deres ensomhedsfølelse og isolation. Det er befriende at høre og senere erfare, at

det følsomme sind kan vendes til en stærk ressource, der kombinerer en centreret personlighed med stor indlevelsesevne og evne til medfølelse. Ressourcen bliver frigivet, når de svære sider af det følsomme sind er gennemarbejdet: når personen lærer at afgrænse sig, får fokus indad til egne behov og værdier og får udviklet et alderssvarende følelsesliv.

Vi begynder grupper med denne teori og med at lade den enkelte fortælle om, hvad det betyder i deres eget liv. På denne måde skaber vi en oplevelse af fællesskab, der ofte går på tværs af spiseforstyrrelsens art, sociale forskelle og alder.

## **Tema: Det splittede sind**

### **Beskrivelse**

I forbindelse med udviklingen af en spiseforstyrrelse forstørres den indre kritiker, som de fleste kender, og bliver til en dominerende, destruktiv side i personligheden. Den er negativ, nedgørende og sætter mange regler op for, hvad personen skal hhv. ikke må. Overtrædes disse regler martrer den negative del personen med skyldfølelse og dårlig samvittighed.

Den oprindelige sunde del, der ved og føler, hvad egne behov er, hvad der gør glad og tilfreds, mister plads og kan føles svag eller være helt væk. Vi kalder det for det reelle sind, eller den oprindelige del, den personlighed der var før spiseforstyrrelsen.

En vigtig del af opgaven under helbredelse af spiseforstyrrelsen er at genfinde og styrke den oprindelige, sunde del og udmarve den negative del ved at bevidstgøre og realitetsteste den - så den oprindelige del til slut kan genvinde magten over den negative del.

Vi arbejder med den negative del ved at lade klienterne dele en side i to kolonner, nedskrive de negative tanker i den ene kolonner og arbejde med at formulere virkeligheden i den anden. F.eks. Jeg kan aldrig gøre noget rigtigt => sommetider gør jeg noget rigtigt, f.eks. der og der.

### **Intervention**

Når vi arbejder med det splittede sind i grupper, oplever klienterne, at de ikke er ene om at have den store indre kritiker og blive tyranniseret, og at vi sammen kan skelne og arbejde på den negative del. Det bidrager med selvaccept og håb. Den enkelte kan have mere indre frihed til at arbejde med de andres negative udsagn, hvilket i næste omgang giver øvelse til at arbejde bedre med deres egen. Vi lader klienten sætte "navn"/indre billede på, hvordan den negative del føles (kan være skizofren lignende uden at være det). Det viser sig at være godt, at den forstørrede indre kritiker har et navn udadtil, der passer med den indre oplevelse.

Vi arbejder med at styrke det reelle sind gennem at styrke selvværdet. Herudover taler vi om, hvordan personen var før spiseforstyrrelsen satte ind. Det kan være godt at inddrage familiefotos. Det negative sind skaber en tung, negativ, depressiv stemning – og alt hvad der letter stemningen er med til at styrke det reelle sind. Vi finder således ressourcer i personen og den personlige historie til modvægt for traumet.

At skelne og svække det negative sind

- At nedskrive den indre dialog
- At realitetsteste tanker/ udsagnene fra det negative sind
- Gestaltterapeutisk stolearbejde mellem det reelle sind og det negative sind



- At fordømmelser, konklusioner udskiftes med accept og forståelse for det, der faktisk skete
- At styrke det positive sind gennem at være stedfortræder for 'den indre gode mor'
- At træne klienten i at være sin egen 'indre gode mor'
- At 'fodre' det positive sind med argumenter: f.eks. basisrettighederne.

At løfte stemningen og dermed styrke det reelle sinds muligheder

- Stedets atmosfære: smukke, rene, genkendelige, varme, lyse og rolige rum
- Et ærligt, sikkert og nærværende samvær i terapisituationen
- At terapeuterne ser det enkelte menneske – og ikke bare en 'spiseforstyrret'
- At terapeuterne tør være sammen med klienterne om det, der er i nuet
- Visualiseringsøvelser med afspænding, omsorg, indre næring, sol/lys,
- At klienterne trækker et englekort, får lagt horoskop, clairvoyance (alt der kan være med til at opbygge og synliggøre identitet)
- Opløftende, beroligende musik

### **Tema: Lavt selvværd, lav selvtillid**

#### **Beskrivelse**

Stort set alle klienterne kommer med et lavt selvværd. Vi ser det sådan, at det følsomme sind har medført, at klienterne føler sig forkerte, ikke forstået, ikke mødt – hvilket giver et lavt selvværd. Dette er ofte forstærket af mobning og andre dårlige erfaringer i relationerne.

Mange er meget dygtige personer, men de stræber efter at være perfekte, for selv at føle sig gode nok – og det perfekte findes som bekendt ikke eller kun i glimt, derfor bliver det, det umulige liv de stræber efter. En ond cirkel er startet.

Klienterne ender med at kæmpe **mod** at mærke deres **følelser**, f. eks. følelsen af mindreværd, frem for at lære at leve **med** deres **følelser**. Dette gør de bl.a. ved at overkontrollere, ved at sulte sig og følelserne væk, overmotionere - eller overspise for derefter at rense sig med opkastning. De overspiser for at dulme de overvældende følelser

#### **Intervention**

Selvværd er en vigtig faktor som modvægt mod det negative sind. Vi arbejder på mange måder med at opbygge selvværd:

- Klienterne formulerer, hvilke mål de har for terapiforløbet, så vi har en fælles målsætning at arbejde ud fra.
- Klienterne formulerer, hvad de gerne vil opnå i deres liv: 'Hvad er det gode liv for mig'. Det giver energi og motivation at se fremad mod noget positivt – og få tanken, at det har jeg selv indflydelse på kan ske. 'Jeg kan påvirke mit eget liv'
- Vi spejler klienterne i deres følelser og tanker, så de kommer i bedre kontakt med sig selv
- Vi bekræfter dem i, at det er ok at de er, som de er. At acceptere og rumme dem, give dem nærvær og opmærksomhed.
- Vi ser på deres historie sammen med dem, så de forstår mere om, hvad de har med i bagagen og hvorfor det er gået som det er – og føler sig accepteret i det
- I grupper er klienterne sammen med nogle i en tilsvarende situation og kan spejle sig i dem og få deres accept og sympati

- I grupper bruger vi teori om basisrettigheder fra assertionstræning, der formulerer menneskers ret til at have og udtrykke deres behov, tanker og følelser på en ligeværdig måde. Det er en meget fremmed tankegang for mange, men ved at vi bruger rettighederne på mange situationer, sker der en åbning og tilegnelse: jeg er værdifuld, som den jeg er.
- Undervejs i forløbet arbejder vi ofte med klientens verdensbillede, som del af: hvad tror du er meningen med dit liv? Mening giver håb, meningsløshed skaber depression. En del af vore klienter har en spirituel tilgang til livets mening, som ikke er blevet mødt i hjem, skole mv. Her er vi i stand til at give dem opbakning og støtte dem i at udforske deres forståelse af meningen med deres liv. Nogle har bare ikke nogen forestilling om en mening af nogen slags. Det respekterer vi også.
- Gennem massage og let kropsberøring i forbindelse med den individuelle terapi støtter i klienterne i at få bedre kropskontakt og mere accept af deres egen krop
- Gennem drømmerejser, visualiseringer og indtuninger støtter vi klienterne i at komme i kontakt med dybere dele af sig selv, for at hente ressourcer, indsigter, følelser, håb og tro ...

Målet er at styrke klienternes selvværd ved at de:

- Formulerer ”Hvem er jeg”
- forholder sig til egen livshistorie og spiseforstyrrelsens determinerende, udløsende og vedligeholdende faktorer
- formulerer egne værdier og overbevisninger
- kender egne ressourcer
- trænes i at acceptere egne begrænsninger, selvaccept
- trænes i at kunne mærke egne behov og reaktioner
- trænes i grænsesætning
- forholder sig til De basale rettigheder
- trænes i at kunne gennemskue automatiske forsvarsreaktioner hos sig selv og andre
- trænes i at trække projektioner hjem
- trænes i at forbinde hoved og krop: tænke, mærke og handle
- forholder sig til meningen med livet, livets store spørgsmål
- træner kommunikationskompetencer

## **Tema: Manglende objektivitet**

### **Beskrivelse**

Som en del af den negative selvopfattelse, tager vore klienter meget let ting der sker i omverdenen personligt. De er ofte præget af, at deres opmærksomhed er fokuseret på andre med negative forestillinger om, hvad de andre tænker om dem. Klienterne kan være bange for at såre eller at være til besvær og derigennem risikere at blive afvist.

### **Intervention**

Vi træner klienterne i at se, hvornår de er subjektive, og hvornår de er objektive.

Hvis nogen står i en gruppe sammen og ler, så vil vore klienter nemt tro, at det er dem, der bliver leet af. Vi kan sammen se på, hvor sandsynligt det er.

Vi kan også hjælpe klienterne til at kunne afprøve deres fortolkninger ved at spørge de mennesker, som de tillægger bestemte holdninger eller meninger, hvordan det ser ud for dem.

Der er en stærk tendens til, at tidligere dårlige erfaringer med situationer og mennesker bliver projiceret ind i nutiden og ødelægger muligheden for nye positive erfaringer.

Vi viser klienterne disse mekanismer og søger sammen med dem at realitetsteste deres fortolkninger og forventninger.

Vi søger at åbne for nye fortolkninger og derigennem nye handlemuligheder og nye erfaringer. Vi træner klienterne i at sætte ord på det, der sker. Og vi træner dem i at turde kommunikere deres tanker og følelser ud til deres omgivelser på en mere hensigtsmæssig måde, så der kommer kontakt frem for fortolkninger og afvisninger.

Vi træner klienternes forståelse af kommunikationsprocessens forskellige elementer herunder, hvordan deres tidligere emotionelle og mentale erfaringer fra langtidshukommelsen går ind og farver deres opfattelse af, hvad der sker i de forskellige situationer.

Vi træner deres skelneevne mellem registrering og fortolkning.

Vi træner dem i at genkende deres egne fortolkningsmønstre - og i at gennemskue dem i nuet.

## **Tema: At sætte grænser**

### **Beskrivelse**

Mange af vore klienter har svært ved at mærke og sætte deres grænser. De har en lille forståelse af, hvem de er, og hvilke behov de har.

### **Intervention**

Vejen til at sætte grænser består i første omgang i at vide noget om egne grænser og efterhånden at kunne mærke i nuet, når de bliver overtrådt. En anden del er at finde en måde at sige til og fra på, som den enkelte kan gå ind for og derved bevare eller styrke sin selvrespekt i situationen.

Begge dele træner vi i individuel terapi, i kropsterapi, i undervisning og i gruppeterapi ved at arbejde med konkrete situationer fra klienternes eget liv – eller fra samværet i gruppen. Vi spørger ind til, hvad de mærker – og vi afprøver forskellige måder at reagere på og deres virkning udad og indad. Vi bruger eksplicit eller implicit teorien fra assertionstræning omkring ligeværdig kommunikation. Vi arbejder både med at sige nej til det du ikke vil – og med at sige ja til det du gerne vil. Og at udvide grænserne for det, de kan sige ja til og have det godt med det.

Når mennesker bliver bedre til at sætte deres grænser, så har det en stor effekt på deres selvrespekt og selvværdsfølelse.

I forbindelse med grænsesætning arbejder vi også med at styrke det bevidste forsvar og bevidstgøre det ubevidste, automatiske forsvar.

**Det bevidste forsvar** kan med fordel tage udgangspunkt i personens dybe motivation for at sætte en bestemt grænse. Jeg har mine grunde: grundene formuleres enkelt, klart i et sprog der passer til de personer, forsvaret skal bruges overfor. Humor kan være en god ingrediens.

**Det ubevidste forsvar** er et mønster, der bruges til at undgå at komme i kontakt med smertefulde indre tilstande – eller til at få sin vilje. 'Det bedste forsvar er et angreb' er et mønster der skal beskytte. Surhed kan bruges til at manipulere omgivelserne og få sin vilje: det er ikke til at holde ud at være sammen med en, der er sur, så vi må hellere føje hende. Det er vigtigt at kunne gennemskue andres automatiske forsvar, så klienten ikke blive offer for dem. Og det er vigtigt at gennemskue sine egne, så klienten kan træne dialog frem for automatik.

Det negative sind er jo eminent til at sætte destruktive grænser. Så opgaven er at træne personen i at sætte grænser og være opmærksom på, om det bliver udnyttet af det negative sind eller det styrker personen og relationerne.

En anden stor opgave er at kunne åbne grænserne og tage imod det, der er nærende og inspirerende. At sætte sig ud over gamle erfaringer og få tillid til, at det kan være anderledes.

Redskaber til at styrke afgrænsning

- At arbejde fysisk med rummet omkring personen og i forhold til andre.
- At skabe psykisk råderum og mulighed for at sige fra gennem undervisning i personlige basisrettigheder.
- At lade klienten visualisere og evt. tegne en kappe, de kan omgive sig med.
- At visualisere et gyldent æg, som de er inde i, og som tillader alt det gode at gå igennem og holder det onde ude.
- Realitetsteste omkring ansvar: Gå konkret ind i situationen, hvordan kan det være dit ansvar at børn sulter i Afrika?

## **Tema: Den manglende alderssvarende følelsesmæssige udvikling**

### **Beskrivelse**

Der er ofte et stort følelsesmæssigt potentiale gennem den store empati. For at skabe en harmonisk person må den mentale udvikling og den følelsesmæssige udvikling understøtte hinanden.

Formår/forstår barndoms miljøet (hjem, institutioner, skole mv.) ikke at understøtte både den følelsesmæssige udvikling og den mentale udvikling, bliver personligheden og identiteten skæv.

Den unge får en skæv livsstil, hvor det ydre vægtes (og vejes) frem for den indre store følelsesmæssige bevidsthed. Deres identitet stemmer ikke overens med de indre følelser og bevidsthed. De føler sig mærkelige og anderledes. For den ene kategori sker der det, at de splitter de store (uforståelige) følelser fra, fordi de ikke har fået lært, hvordan de kan leve med dem. Disse bliver meget mentale og mangler føling med deres krop.

Den anden kategori splitter den mentale del fra og lever i de svære følelser. De får indlæringsproblemer i skolen og skæve relationer. De ved en masse men udtrykker sig ikke og lever ”med hovedet under armen”

### **Intervention**

Vi støtter den følelsesmæssige udvikling gennem mange af de tilsvarende tiltag som under selvværdsopbygningen. Vi støtter på alle måder at personen kommer ind til, hvem hun virkelig er, og hvad hun virkelig føler. Hun lærer, at hendes følelser er rigtige og virkelige. Senere i forløbet understøtter vi muligheden for at eksperimentere. Prøve nye ting for at se, hvad der tænder og kan blive basis for ny udfoldelse og udvikling. At opdage nye sider af sig selv.

## **Tema: Den afgørende beslutning**

### **Beskrivelse**

Undertiden kan vi finde ind til, at klienten har truffet en beslutning, som førte hende ind på spiseforstyrrelsens vej. Det er vores erfaring, at denne beslutning ofte er truffet i ni-tiårsalderen. Situationen har været for overvældende, så klienten vælger en vej væk fra ansvarlighed over for at løse sine problemer direkte – og vælger at håndtere dem med en spiseforstyrrelse. Det er naturligvis

sjældent en bevidst beslutning, og den er ikke frivillig. Den tricker der udløser spiseforstyrrelsen kan godt komme en del senere.

### **Intervention**

Voice dialog

Ændre uhensigtsmæssig beslutning til mere hensigtsmæssig fremad rettet beslutning gennem nedenstående arbejdsstrin:

- Hvad er problemet
- Hvilket eksempel er det værste/påvirker mest
- Mønsteret i tanke, følelse, adfærd
- Hvad er låsen – eller den onde cirkel
- Hvad siger erfaringen
- Hvad er den underliggende beslutning – her er vi nået til
- Anerkende forsvaret
- Give dig selv forståelse for, hvorfor du har haft brug for at tage denne beslutning/bruge dette forsvar
- Reformulere med realisme
- Tag en ny beslutning om hvordan du vil takle dit liv. Mærk efter at den er realistisk
- Formuler en positiv selvbekræftelse til at konfirmere den ny beslutning

### **Tema: Den fraværende far – manglende handlekraft**

#### **Beskrivelse**

Vi vil som det første pointere, at der i vores teorier og holdninger ikke findes forkerte forældre eller forkerte børn. Vi forstår situationen som en forkert udvikling, vi sammen kan rette op på.

En stor del af klienterne fortæller om deres fraværende far, der er og opleves fraværende, fysisk eller psykisk. Han er dybt involveret i arbejdet, meget rejsende, har mange fritidsinteresser, tager minimalt del i opdragelsen, har en ny familie efter deres skilsmisse, har et alkoholmisbrug, har været incestuøs, er åndsfraværende, eller er meget uforstående og derfor afvisende i f.h.t spiseforstyrrelsen, og kommer derfor til at virke afvisende i relationen til barnet.

Klienterne længes efter at have en forstående, støttende og retningsgivende far, som de ved, og føler vil stå bag dem, når de svære episoder i livet ryster dem. De mangler den maskuline styrke og handlekraft som model for, hvordan de kan opnå succes i livet. De mangler den rationelle tankegang til at supplere den følelsesmæssige sansning. De mangler faren som mur til at spille deres holdninger op imod, for der igennem at udvikle integritet til de voksnes verden.

#### **Intervention**

Indre arbejde: I terapierne arbejdes med at klienten bliver mere klar over egen rolle i f.h.t far. Især hvilke ønsker og forhåbninger klienten ikke før har fået givet udtryk for, eller ikke føler bliver modtaget, for derefter at finde andre udtryksmåder. Det kan være at skrive breve ”til ” far (som han ikke læser) om svigt, sorg, vrede, skyld, m.v. Brevene koncentrerer sig til et enkelt, klart og indiskutabelt brev, hvor kun det allervigtigste fremhæves.

Vi bruger visualiseringer til at opnå følelsen og en indre oplevelse af det, der virker umuligt at opnå mellem datter/søn og far. Det kan være den rette kærlighed, omsorg, tryghed, forståelse m.v.

Vi arbejder med at sætte grænser for det, der fremmer den skæve livsstil og bede om det, der støtter udviklingen af glæde, ro, overblik, sikkerhed, selvværd m.v.

## SYSTEMATISK KOMPETENCEUDVIKLING

### Baggrund

Den enkelte terapeut/underviser skal forholde sig til, hvilke kompetencer de bruger i deres arbejde, og tage stilling til stærke sider og udviklingsområder, dvs. områder hvor de har et ønske om udvikling.

Vi havde planer om at afdække udviklingsområder, opstille mål og handlestrategier i samarbejde med en coach blandt kollegerne. Det svarer til den fremgangsmåde, vi benytter til klienterne under efterværn.

Vi antog, at samarbejdet, hvor den enkelte er åben omkring sine svage sider, ville kunne bidrage væsentligt til et tillidsfuldt kollegialt forhold, der igen kunne bidrage til at skabe en varm og tryk atmosfære for klienterne.

Vi ville registrere udviklingen af kompetencer under forløbene og lade erfaringerne med kompetenceudvikling indgå i den endelige rapport.

### Gennemførelse

Vi har gennemført følgende kompetenceudviklende aktiviteter for forskellige grupper af samarbejdspartnere:

- Foreløbig afdækning af terapeuternes funktionsbetingelser i mødeform
- Målsamtaler som træning før arbejdet med klienter
- Ekstern supervision hos Karen Kaae: samarbejde og klienter
- Supervisionsdage hos Peter Kofoed vedr. klienter inkl. undervisning
- Ekstern supervision hos Ulla R Weeke primært omkring vores samarbejde
- Kursus i arbejdet med chok/traumebehandling ved Ulla R Weeke 2 dage
- Terapeutkursus med Peggy Claude Pierre 2 dage + pårørendekursus 5 timer
- Klient supervision med Peggy Claude Pierre (Karen)
- Therasas ophold ved Peggys Claude Pierres center 10 dage i forbindelse med ledsagelse af klient, der påbegyndte behandling der.
- Kursus i kraniosakral terapi Lars Højgård. 2x2 dage
- Kursus med Finn Skårdesrud. 1.dag.
- Introduktion til afspænding, meditation, breath terapi (åndedræts-) V. Dmitri Klimov, 3t.

Ikke alle har deltaget i alle aktiviteter, og der har været erfaringsdeling efterfølgende skriftligt eller i forbindelse med tværfaglige møder.

I perioden har vi arbejdet med at udbygge og formulere vores forståelse af spiseforstyrrelsernes årsager, deres fremtrædelsesformer samt de vedligeholdende faktorer. Det er sket dels i forbindelse med det tværfaglige samarbejde, kurser og supervision dels i forbindelse med klientarbejdet, arbejdet med pårørende samt via foredrag.

Arbejdet med at afdække de kompetencer, vi bruger i vores terapeutiske arbejde, er foregået indirekte gennem en beskrivelse af vores metode, der udtrykker hvordan vi tænker, og hvad det er for en proces, vi gennemfører.

### Konklusion

Ideen med at bruge hinanden som coach kom ikke til at fungere efter hensigten. De to forløb, vi gennemførte, virkede godt, men det viste sig svært at prioritere denne aktivitet højt nok i hverdagens

travlhed med at få det hele til at fungere. Vi havde også en oplevelse af, at det var sårbart. Det er krævende at forholde sig helt objektivt til en kollega i en presset situation. Så var det nemmere at sætte timer og dage af til eksterne kræfter, hvilket vi havde megen glæde af at gøre. Det er vores konklusion, at det er bedst at bruge ekstern supervision/støtte til kompetenceudvikling i et travlt miljø.

Vi er blevet opmærksomme på, at vi har et fælles arbejdsgrundlag, og at vi samtidig er meget forskellige som mennesker og derigennem giver vores klienter noget af det samme men også noget, der er forskelligt. Under visitationen forsøger vi at vurdere, hvilken terapeut der passer bedst til hver enkelt klient. I forbindelse med klienternes deltagelse i forskellige aktiviteter får de adgang til at samarbejde med en eller flere af de andre terapeuter og kan høste fordele af det. Vi er også indstillet på terapeutskift, hvis det er klientens ønske, selv om det kræver ny terapeutisk alliance. Terapeutiske alliancer skabes gennem den tværfaglige indsats naturligt til flere forskellige terapeuter under forløbet.

### **De fælles kompetencer, der kendetegner vores arbejde**

Klar forståelse af spiseforstyrrelserne gør, at klienterne føler sig meget set og mødt, som personer og på det udviklingsniveau, de er i deres spiseforstyrrelse.

Vi benytter mange visuelle modeller, der illustrerer centrale problemstillinger og kan skabe forståelse hos klienterne.

Analytiske evner til forståelse af den enkelte klient.

En stor evne til nærvær, varme, opbakning, spejling. Kontaktevne. Tålmodighed. Vi lægger stor betydning i, at vi som terapeuter er venlige af sind, åbne og imødekommende.

En vedholdende interesse for klientens person og udvikling.

En opmærksomhed på at kombinere hjemmearbejde med arbejdet under sessionerne, at aktivere og ansvarliggøre klienterne for udvikling af deres personlighed og deres liv som helhed.

Projektets terapeuter har i vid udstrækning arbejdet terapeutisk med egen tendens til spiseforstyrrelser. Alle har ved et tilbageblik personlige erfaringer med, at spisningen i perioder er mere eller mindre forstyrret. Det gør sig også gældende i f.h.t sensitivitet og den følelsesmæssige intelligens, dødsenergi og angst for at leve. Disse indre kompetencer vækker klienternes tiltro til terapeutens faglige indsigt og personlige empati.

### **Fremtiden**

I det næste projekt har vi valgt at strukturere den gensidige kompetenceudvikling som nogle teamaftener for de tilknyttede terapeuter. Til en aften vælger vi et tema fra vores behandling af klientgruppen og gennemdrøfter temaets baggrund samt udveksler erfaringer og arbejdsmetoder. Herigennem får vi inspiration og ny viden samtidig med at vi får en forståelse af, hvordan de andre i teamet arbejder med klienterne.

Temaer: f.eks. overansvarlighed/ uansvarlighed, grænser, selvværd.

Herudover har vi planlagt nogle undervisningsgange med højaktuelle temaer for at støtte rollerne som terapeut og team samt nogle supervisionsdage, begge dele med ekstern terapeut. Emner: stress, om at passe på sig selv, splitting.

## TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

### Baggrund

Vi har i dag i samfundet en tilbøjelighed til at dele op for at blive specialister og kunne gå i dybden inden for et område, som vi kan magte. Gennem denne praksis opnås meget – og der går meget tabt. Klienterne lever deres liv på en måde, så det fysiske, det psykiske og det sociale fungerer samtidig og i stadig udveksling.

### Formål

Det er vores mål gennem et hensigtsmæssigt samarbejde at kunne kombinere informationer fra de forskellige fagområder, vi har involveret, og benytte de forskellige midler disse fagområder hver især har til rådighed til at gennemføre individuelle forløb med størst mulig virkning. Vi sigter både mod den fysiske helbredelse og psykisk livskvalitet.

Vi dokumenterer de tværfaglige erfaringer til gavn for andre.

### Fremgangsmåde

For at skabe et sådant tværfagligt samarbejde har vi holdt en række møder for at undersøge, hvilket udbytte vi på forhånd kunne se, der kan komme ud af samarbejdet, og hvordan det skal tilrettelægges for at sikre dette udbytte.

Under forløbene holdes møde mellem de tre primærterapeuter og ernæringsterapeut ca. hver 14. dag, hvor vi sammen gennemgår klienternes udvikling og benytter vores forskellige faglighed til at skabe et samlet billede og en optimal indsats over for klienterne. Gennem drøftelserne udbygger vi samtidig vores indsigt i hinandens fagområder.

I sidste delforløb søgte og fik vi en tillægsbevilling, således at vi kunne tilknytte en kropsterapeut og en zoneterapeut til projektet. Disse deltog i 2-3 møder, hvor vi tværfagligt gennemgik netop de klienter, som de havde i behandling.

### Vores forventede udbytte

Ernæringsterapeut:

Når ernæringsterapeuten har læst klientens journal kan hun lige fra starten skabe et dybt tillidsforhold, fordi klienten straks føler sig set og forstået.

Hun kan hurtigere komme til at arbejde lige der, hvor klientens problemstillinger ligger – og med en dybere forståelse af den psykiske baggrund for de fysiske symptomer.

Ernæringsterapeuten kan videregive oplysninger om fysiske og psykiske observationer, der kan støtte terapeuterne i deres arbejde. *Hvor* skrøbelig en bestemt klient er på det fysiske område f.eks. Hun kan give oplysninger til madlavning om, hvilken mad det vil være godt at lære klienterne at lave, samt bidrage med ernæringsmæssig viden.

Terapeuter:

Gennem samarbejdet med ernæringsterapeut udbygger terapeuterne løbende deres forståelse af:

- Hvorledes bivirkninger af spisevanerne kan vanskeliggøre, at klienterne får udbytte af terapien
- Hvornår ernæringsterapeuten kan bidrage til at løse bestemte situationer
- Hvad der er god kost og relevant kosttilskud under forskellige forhold
- Den psykiske betydning af intolerance over for forskellige fødeemner



Madlavningsterapeut:

I madlavningssituationen viser den enkelte klient i hvilken grad hun magter en lang række forskellige færdigheder i en praktisk situation. Disse indsigter kan viderebringes til klienternes terapeut, som supplement til det, klienten fortæller.

Primærterapeuterne kan fortælle madlavningsterapeuten om, hvordan deres klienter bedst tager mod støtte, og hvor og hvor meget de mener, at det er godt at udfordre dem.

## Resultater

Resultaterne er formuleret som svar på 3 spørgsmål:

1. Hvilket udbytte tror du dine klienter har haft af, af du har deltaget i et tværfagligt samarbejde?
2. Hvilket udbytte har du selv haft af det tværfaglige samarbejde, fagligt og personligt?
3. Hvad synes du selv, at du/din specielle faglighed har bidraget med til det tværfaglige samarbejde?

Vi har valgt at gengive besvarelsene således, at primærterapeuternes besvarelse samles til én, mens de øvrige terapeuters besvarelse gengives særskilt.

### De 3 primærterapeuter:

1. Klienters udbytte) Vi oplever, at klienterne i vid udstrækning har haft gavn af det tværfaglige samarbejde. Vores samlede viden og forståelse omkring klienten øges, så vi ser den enkelte person bedre.

Klienterne giver udtryk for, at det er rart vi er orienteret, så de ikke skal gentage så meget.

Det er også vigtigt, at vi ikke står alene, men at der er flere til at støtte, så er de mere sikre på, at vi ikke vil forlade dem. Det gør igen, at de kan være mere ærlige og ligefremme omkring alt det negative, belastende, dødsenergien; det de bærer på alene og skåner deres omgivelser for. Nu kan de hælde endnu mere ud, og det er en helbredende faktor.

Klienter bliver stoppet i overspringsmanøvrer, som f.eks. det at zappe mellem forskellige støttepersoner uden fastholdelse. ”I siger alle sammen det samme” siger de nogen gange lidt ærgerligt - samtidig gør det dem trygge.

Det har været nødvendigt og muligt at støtte nogle klienter i deres samarbejde med ernærings-terapeuten, hvor de ellers havde givet op.

Alt i alt er det meget tilfredsstillende at være en del af et team, hvor vi oplever, at vi sammen formår at bakke klienterne op på et bredt og højt fagligt og menneskeligt niveau.

2. Terapeutens udbytte) Fagligt er vi både blevet inspireret af de andres faglighed – og skærpet og bekræftet i, hvordan vi håndterer vores egne indsatsområder og prioriteringer. Vi er blevet bedre til at se det principielle, de gentagne mønstre bag de konkrete situationer og finde ind til arbejds punkterne.

Vi har suget til os af de andres faglighed, men vi har været knapt så gode til at udveksle erfaringer indbyrdes i forbindelse med det tværfaglige samarbejde. Det er så sket i forbindelse med supervision både gensidig og ekstern.

Vi har alle følt os støttet ved at være en del af dette fællesskab. Det har været udviklende at spejle os i hinanden med ligheder og forskelligheder og få del i de andres oplevelser og erfaringer.

Det har været inspirerende at opleve udviklingsprocessen omkring projektet. Nye ideer og initiativer får form, langsomt men sikkert. Presser vi i forkerte retninger, stopper processen, og det lykkes ikke.

3. Terapeutens bidrag) Som terapeutgruppe rummer vi mange ressourcer, der løbende kommer projektet og det tværfaglige samarbejde til gode. Stor erfaring med behandling af spiseforstyrrelser; denne kan bruges i design af grundforløbene og behandling af klienterne, samt når nye terapeuter skal køres ind i samarbejdet. Det er vigtigt, at alle terapeuterne får en god forståelse af spiseforstyrrelsernes opståen, udvikling og behandling.

Vi formidler gerne vores viden til andre og er motiveret for at trænge ind til kernerne og afdække, hvordan vi bedst forstår og behandler klienterne, samt opsamler fagligheden til senere brug.

### **Ernæringsterapeut:**

1. Klienters udbytte) Jeg tror, at det tværfaglige samarbejde har givet mine klienter en større tryghed ved i det hele taget at skulle gå til ernæringsvejledning (den første gang) da primær terapeuten i mange tilfælde har taget brodden af angsten, idet de har vist lidt om, hvordan jeg arbejder.

Følelse af samhørighed behandlerne imellem (det er rart at I (vi behandlere) siger det samme, det er sikkert at komme til jer alle) = tryghed for klienten

Et hurtigere forløb p.gr.af den bredere støtte og opbakning om de samme områder (vi har arbejdet med det samme område samtidig).

2. Terapeutens udbytte) Mit udbytte af det tværfaglige samarbejde:

Det har været godt nogen gange at have lidt forhåndsviden om klienterne, så jeg bedre har kunne undgå - og forstå noget af deres modstand mod at arbejde med maden.

Det har været en hjælp til at holde min arbejdsgejst oppe ved svære klienter, som ikke er blevet meget bedre, at jeg har kunne diskutere eller bare få luft omkring den enkelte klient

Jeg synes, jeg har fået en bredere forståelse af klienterne ved vores samarbejde, hvilket gavner både klienterne og mig i mit daglige arbejde med klienterne.

Fagligt er jeg blevet udfordret ved at skulle kunne argumentere og forklare, for at mit budskab er blevet forstået. Jeg er desuden blevet nødt til at være opsøgende for ny viden, så samarbejdet har vel gjort, at jeg er blevet bedre til at holde mig ajour med ny viden.

Jeg har fået en større psykologisk indsigt i klientkategorien og har lært nogle metoder til at komme længere med min del af klientbehandlingen.

3. Terapeutens bidrag) Jeg synes, at jeg gennem det tværfaglige samarbejde har kunne give mine samarbejdspartnere nogle input/ andre vinkler til deres videre arbejde med klienterne.

Personligt synes jeg, at jeg har givet støtte og opbakning til mine samarbejdspartnere.

Jeg synes, jeg har kunnet give ny viden og inspiration til de andre faggrupper

### **Kropsterapeut**

1. Klienters udbytte) Jeg oplever, at mine klienter har fået meget ud af, at jeg er med i et tværfagligt samarbejde fordi:

- jeg via det tværfaglige samarbejde ved, hvad de andre terapeuter laver rent fagligt. Det gør, at jeg kan indgå i samtaler om, hvad der foregår i de andre terapier, når klienten har brug for spejling og kontakt til dette
- det tværfaglige samarbejde gør, at jeg er orienteret om, hvilke temaer den enkelte klient behandler i de andre terapier. Det gør, at jeg hurtigere kan genkalde forsvarsmekanismer, temaer og gennemskue sammenhænge. Dermed bliver jeg også bedre i stand til at hjælpe.
- det tværfaglige samarbejde giver klienten en fornemmelse af tryghed og ro, og at ” de voksne snakker sammen og nok skal tage ansvaret”. Hvilket de fleste klienter ikke er vant til.

2. Terapeutens udbytte) Jeg oplever selv at få stort udbytte af at være med i det tværfaglige samarbejde fordi:

- jeg har fået en indsigt i de andres faglighed og dermed en større forståelse for, hvor vigtigt det er at arbejde helhedsorienteret, men også lært nye måder at anskue klienterne på
- jeg har kunnet spejle mig i gruppen og genkendt temaer og problematikker. Det har været udviklende og givende for mig og har hjulpet til at se andre problematikker og givet andre handlemuligheder.
- det har været vigtigt at kunne dele følelser og frustrationer med andre, der kender til klienterne og har erfaringer at dele ud af
- min faglige identitet er blevet styrket og afgrænset. Det er blevet klart, hvad jeg kan, og hvorfor kroppen er vigtig i behandlingen af mennesker med en spiseforstyrrelse.
- jeg er en del af et team og står derfor ikke alene med denne målgruppe.

3. Terapeutens bidrag) Jeg oplever, at jeg bidrager med min specielle faglighed fordi:

- jeg ser klienten ud fra et psykomotorisk udviklingsperspektiv og registrerer meget omkring musklernes tonus og de grundlæggende kropslige tilstande. Jeg undersøger klientens kropsjeg, som er fundamentet for individets identitet og ressourcer. Jeg oplever, at jeg hermed bidrager med en viden, som de andre kan bruge i deres faglighed i kontakten med klienten, men også når de skal reflektere og tage beslutninger om klientens fremtidige behandling.
- jeg undersøger klientens nervesystem og stress i kroppen. Dette har altid stor betydning for humør, følelser, mental tilstand, psykosomatiske sygdomme og ubalancer mv. Viden om nervesystemets tilstand kan hjælpe med at gøre behandlingen så optimal som muligt både ernæringsmæssigt, psykoterapeutisk og pædagogisk.
- jeg undersøger klientens ressourcer og prøver at udbygge disse. Ressourcer er vigtige at inddrage i behandlingen af spiseforstyrrelser, da de forløser chok og opbygger klientens selvværdsfølelse. Når en ressource er fundet og integreret kan den ofte bruges igen og igen af alle terapeuter.

Generelt oplever jeg, at min viden om kroppen og dens sammenhænge bidrager til at samle det store puslespil en klients helbredelsesvej ofte er.

Gennem det tværfaglige samarbejde er min viden tilgængelig for de andre, ligesom deres er tilgængelig for mig.

### **Zoneterapeut**

1. Klienters udbytte) En klient har udtalt, at det var en lettelse at vide, at jeg fra starten var orienteret om hendes baggrund, og hvorfor hun er i behandling

En klient, der har modtaget zoneterapi gennem 2 år, udtrykker, at det er godt at have ” et fristed”, hvor der er mulighed for at kunne slappe af, mærke spontan velvære og ro i kroppen og at være i kontakt uden at skulle snakke.

Ved den kropslige behandling får jeg mulighed for at observere og rapportere om kroppens fysiske tilstand og evt. følgesymptomer til den tværfaglige gruppe. Fx: der kræves en tættere lægelig kontakt.

Jeg tager ansvar for, at der er spist lidt før behandlingen.

Der har mest været fokus på den passive kropsterapi. Det kan skyldes, at de klienter, der har modtaget zoneterapi, har været den særligt skrøbelige gruppe, der ikke har haft resurser til at arbejde med mere langsigtede mål for behandling, fx at få menstruationen tilbage.

2. Terapeutens udbytte) Forudsætning: Jeg har haft 4 klienter henvist fra en primær terapeut, hvor der har været telefonisk kontakt, tilsendt journal i form af støtteskrivelse samt møde i tværfagligt plenum, hvor der udveksles erfaringer om klienterne. Jeg har endvidere deltaget i workshops med specialist i spiseforstyrrelser og choktraumeterapi.

Fagligt har det lært mig om, hvor vigtigt det er, at der er kendskab til, hvad en zoneterapibehandling kan tilbyde klienterne, både almen viden og som her i gruppen, hvor det er en del af team-behandlingen.

Personlig har det udviklet og skærpet min forståelse for brobygningen mellem parallelprocesser i forhold til klienternes tendens til at skabe splitting, og hvordan dette udmønter sig i den konkrete hverdags samarbejde. Og ikke mindst hvilke processer, der kan give den enkelte terapeut tryghed til at gøre en forskel.

3. Terapeutens bidrag) Zoneterapi gives traditionelt som et enkeltstående behandlingstilbud til klienter, der opsøger privatpraktiserende zoneterapeuter eller via tilbud som sundhedspleje på arbejdspladsen.

At implementere zoneterapi i et tværfagligt team, hvor der er en primærterapeut, ernæringsterapeut, gruppeterapeuter, mm giver en anden ramme at udøve behandlingen i. Her er for klienterne flere tætte relationer og kontaktpersoner, og det er min erfaring, at der er stort behov for ikke at skulle relatere til mig med deres spiseforstyrrelse som omdrejningspunkt / fokus.

Behandlingsmæssige pointe for zoneterapi:

Der er behov for containment, at klienterne fornemmer, at jeg er orienteret om deres generelle funktionsniveau og har erfaring med at møde dem i deres spiseforstyrrelse, og at vi sammen kan styre udenom, og at de kan tillade sig at slappe af og evt. være i kontakt med de forbudte temaer samtidigt med at en anden person er til stede.

Det betyder, at kommunikationen er på det nonverbale plan, og derudover kan der være behov for at udtrykke sig. Fokus er på **ikke - invasive lindrende og helbredende tiltag**, der skaber mulighed for psykoneuroimmunologisk påvirkning (sammenhængen mellem krop, tanker, følelser, energi og helbred). Der i dag er meget fokus på de selvhelbredende resurser, og hvordan vi kan styrke disse processer.

## **Konklusion og fremtiden**

Det er vigtigt for klienterne og for os, at vi har et velfungerende tværfagligt samarbejde.

Vi tilknytter nu kropsterapeut og zoneterapeut fra begyndelsen af vores fortsættelsesprojekt, ligesom der tilgår en kunstterapeut, en krops- psykoterapeut og en socialrådgiver.

Det er ikke muligt at fortsætte den model, vi begyndte med, hvor vi alle deltog på tværfaglige møder. Derfor vil vi søge erfaringer med en ny model: Hver primærterapeut holder tværfagligt møde med de terapeuter, der behandler deres klienter – og primærterapeuterne gennemfører sammen en række møder, hvor de udveksler erfaringer og rådfører sig med hinanden.

Den faglige udveksling mellem alle projektets terapeuter gennemføres på temaaftener og ved kursusdage og workshops.

## **EKSTERNT SAMARBEJDE**

### **Samarbejde med læger og sundhedssystem**

Vi har mange klienter der gennem de år en spiseforstyrrelse ofte varer har modtaget såvel offentlige som private tilbud. Vi har glimrende samarbejde med en del privatpraktiserende læger, men i forhold til sundhedsvæsenets institutioner som sygehuse, fungerer samarbejdet desværre meget sporadisk.

Det ville være hensigtsmæssigt hvis institutioner med lange ventelister på f.eks. 3 måneder kunne henvise til private tilbud, da alt peger på at en tidlig indsats er det mest effektive. I øjeblikket skal klienterne selv finde frem til private tilbud og i de fleste tilfælde selv finansiere behandlingen. I nogle tilfælde ville det være hensigtsmæssig med en glidende overgang fra privat til offentligt regi, hvor man nu skærer skarpt. Vi synes stadig der er meget at udvikle i samarbejdsfeltet.

### **Praktiserende læge**

Omkring konkrete klienter kontakter vi praktiserende læge og præsenterer os, projektet og vores samarbejde med klienten.

Da begge parter er underlagt tavshedspligt er det en formel henvendelse, hvor vi siger, at der foreligger et behandlingsforhold, og hvad vores indsats indbefatter.

Vi redegør således for, hvad vi gør og hvad vi ikke gør. At vi ikke vejer, og at vi på ingen måde kan tage eller vil anfægte det lægelige ansvar.

Vi tilbyder endvidere at tilsende foldermateriale om vores tilbud.

Nogle læger er meget interesserede i at konferere og andre meget afvisende. Det er typisk yngre læger, der er mest imødekommende.

Det er især væsentligt omkring klienter med sværere spiseforstyrrelser.

Det er et krav fra vor side til klienterne at de har kontakt med lægen og at lægen tager det lægelige ansvar i form af vejninger, blodprøver, medicinering mm.

### **Sygehuse**

Vi søgte indledningsvis samarbejde med sygehuse i regionen, men oplevede ingen respons på vore henvendelser. I forhold til sygehusvæsenet oplever vi almindeligvis en total afvisning af samarbejde, konference mm. Deres udmelding til klienterne er, at det er dem eller os. Mulighed for at supplere hinanden ses kun meget sporadisk, hvor vi har modtaget anerkendende støtteskrivelser vedr. klienters brug af kropsterapi og Efterværn hos os.

Vi oplever, at et samarbejde kunne være brugbart for nogle klienter, hvilket da også har vist sig i et enkelt tilfælde, hvor en klient indlagt på psyk. Afd. I i Ballerup til vægtøgning, supplerede med terapi hos os, da afsnittet ikke havde et psykologisk tilbud.

Vi mener det i nogle tilfælde kunne være formålstjenligt med overgangsordninger, hvor man anerkender værdien af, at en eksisterende terapeutisk alliance kan bære tillid med ind i en indlæggelse. Både vores spiseforstyrrelses- og efterværnstilbud søges af klienter, som ikke kan klare den lange ventetid til offentlige tilbud. Et samarbejde kunne formaliseres i form af en henvisning, hvilket ville give bedre mulighed for dækning fra det sociale system.

### **Samarbejde med sociale myndigheder**

Vi har meget forskellige erfaringer med samarbejde med kommunernes socialcentre. Dette svinger fra møder hvor kompetente sagsbehandlere eller teamchefer deltager, til kontorer, især i København, hvor det ikke er muligt for hverken klient eller os at få nogen form for kontakt med en sagsbehandler, hverken personligt eller telefonisk. Ansøgning skal foreligge skriftligt,

sagsbehandling kan være meget langvarig og afslag gives i sager med alvorlig sygdom uden at sagsbehandleren har mødt klienten eller os. Det samme gælder lægekonsulenter, som indgår i behandling af ankesager. Man plæderer for, at offentlige tilbud skal benyttes, og klienten henvises til institutioner som allerede har sagt, de ikke kan behandle.

Som nævnt har vi også mange gode erfaringer, hvor sagsbehandler er meget engageret, vidende og tager ansvar for at opdatere sin indsigt i klientens situation.

Vi har også eksempler på samarbejde med familierådgiver og kontakt-støtteperson.

## **Foredrag i ind- og udland**

### **Rusland**

Vi har holdt 2 foredrag i Moskva om vore behandlingsmetoder og –resultater for forskellige målgrupper. Det ene sted var en psykiatrisk afdeling primært for de ansatte. Det andet sted var et medicinsk akademi, hvor deltagerne primært var 2. års studerende og deres lærere. De var meget interesseret i et længere undervisningsforløb.

Vi har endvidere givet et interview til en journalist fra damebladet Glamour.

### **Island**

Vi har deltaget som oplægsholder på en konference om spiseforstyrrelser i Island. Temaet var forståelsen af spiseforstyrrelsens årsager og konsekvenser. Målgruppen var bred, da temaet er ret nyt på Island. Endvidere var der supervision af initiativtagerne til rådgivning og oplysningsarbejde.

### **Dansk konference**

Vi har deltaget som oplægsholder i Nordisk Campbell Center / Socialforskningsinstituttets seminar med overskriften: **Evidence-informed Policy and Practice in the field of Social Work and Welfare**, d. 10. november 2005.

Målet med seminaret var at demonstrere for nordiske praktikere (f.eks. politikere, administratorer, undervisere og frontmedarbejdere) inden for social- og velfærdsområdet, hvad evidensinformeret politik og praksis handler om samt, hvordan de kan anvende det i deres daglige arbejde. Endvidere var det et mål at skabe kommunikation og samarbejde mellem praktikere og forskere.

## **INTERN EVALUERING**

### **Baggrund**

For at styrke eller skabe motivation hos klienten er det vigtigt at de oplever, at dagsordenen er deres egen. Derfor skaber vi en terapeutisk alliance ud fra en personlig målsætning, som klienten formulerer i behandlingens opstart.

Den interne evaluering efter 10-12 gange skal sikre, at alliancen fornyes. Samtidig undersøger vi, om klienten får sine forventninger indfriet. Hvis det ikke er tilfældet, afdækker vi hvordan vi bedre kan arbejde henimod målet.

Forud for projektstart undersøgte vi, hvad der fandtes af evalueringsværktøjer, og om de kunne bruges i vores sammenhæng. I den forbindelse kontaktede vi Overlæge Christian Rokkedal, Center for spiseforstyrrelser i Risskov og Overlæge Mette Waadegaard, Stolpegård. Førstnævnte sted anvender EDE, der er meget detaljeret omkring det fysiske område, men kun perifert berører den psykiske og slet ikke den sociale udvikling. Det værktøj, der bruges på Stolpegård, var ikke tilgængeligt for os. På den baggrund valgte vi at udvikle vores eget evalueringsværktøj, der kunne belyse udviklingen både på det fysiske, psykiske (mentalt og følelsesmæssigt) og sociale område.

### **Formål**

At klienten tager ansvar og kan orientere sig i forløbet i forhold til ønsker og forventninger.

At terapeuten får indsigt i, hvilken indsats der virker bedst.

At klient og terapeut afstemmer deres oplevelse af forløbets effekt og muligheder og dermed styrker alliancen.

At kunne tilrette og nyorientere indsatsen.

At indhente resultater til metodeudviklingsprojektet.

### **Planlagt fremgangsmåde**

#### **1. Personlig Målsætning.**

a. Vi beder en ny klient formulere sine mål, arbejdsplaner og forventninger for et behandlingsforløb.

Dette sker først i samtale og siden hen opfordres personen til at formulere det skriftligt. Dette giver ofte en større følelse af alvor og forpligtelse.

Samtidig styrker det alliancen, at personen føler sig taget alvorligt.

b. Vi laver en startprofil i form af en række kvantitative spørgsmål om følelsesmæssige, fysiske og sociale forhold. Endvidere om motivation og tro på processen.

Vi orientere om, at der er to planlagte evalueringer.

#### **2. Midtvejsevaluering**

a. Vi taler om, hvordan det går med de personlige mål

b. Klienten udfylder selv en kvantitativ profil som ved start.

c. Klienten udfylder selv en kvalitativ vurdering af behandlingens virkning i forhold til klientens udvikling samt virkningen af de enkelte indsatsområder, som bedømmes kvantitativt.

d. Klient og terapeut vurderer i fællesskab, om forløbet skal justeres, om nye mål er realistiske.

#### **3. Slutevaluering**

a. Vi taler om hvordan det går med de personlige mål

b. Klienten udfylder selv en kvantitativ profil som ved start og midt.

- c. Klienten udfylder selv en kvalitativ vurdering af behandlingens virkning i forhold til klientens udvikling samt virkningen af de enkelte indsatsområder, som bedømmes kvantitativt.
- d. Klient og terapeut vurderer i fællesskab hvor langt personen er kommet i sin proces, og hvad der skal ske fremover. Hvilken form for støtte klienten har er brug for for at komme videre med sit liv på de følelsesmæssige, fysiske og sociale områder.

### **Gennemførelse**

Vi har gennemført ovennævnte procedure, så vidt muligt.

Forhindringer har været, når klientens tilstand af forskellige årsager, som umodenhed, krise, affekt, selvmordstanker gjorde det upassende at lave en spørgeskema procedure, som trods alt kan synes lidt upersonlig eller 'forsøgskanin-agtig'.

Endvidere har vi selv i nogle tilfælde forpasset tidspunktet, fordi metoden er uvant. Derfor mangler der enkelte evalueringer i nogle af sagerne.

Klienterne profiterer meget af evaluering, da de pga. af deres negativitet overfor sig selv og deres livsmuligheder, kan have svært ved at tage fremskridt og små sejre til sig. De vurderer gennemgående sig selv lavt, og synes derfor ofte 'at der ingenting' er sket. Det er vigtigt, at terapeuten justerer denne opfattelse ved at spejle deres udvikling.

Omvendt vurderer de det uden for dem selv højt, f.eks. terapeuten og kan have faser, hvor alt er så fantastisk, og 'jeg har det enormt godt'. Da kan det være vigtigt at spejle, at der er nødt til at ske fysisk konkret udvikling i form af adfærdsændring for, at vi kan tale om varig udvikling.

### **Konklusion:**

Vi synes intern evaluering er nødvendig for at orientere sig i processen sammen med klienten

Med hensyn til brugen af skemaer har det været lærerigt og interessant, og vi har også oplevet denne konkretisering som brugbar for klienterne. Men det er blevet for langt, og nogle klienter har også følt det overvældende eller ubehageligt. Det er blevet for svært at holde fast i det essentielle pga. omfanget. Derfor har vi udviklet en meget kortere form for evalueringsskema.

Den interne evalueringens resultater er blevet bearbejdet statistisk af Konsulentkompagniet og fremgår derfor systematisk af den kvantitative del af den eksterne evalueringsrapport.



## FREMTIDEN

Vi oplever, at det er lykkedes at leve op til vore mål med projektet og gennemføre behandling på tilfredsstillende vis. Meget er blevet bekræftet og en del er blevet tydeligere for os under forløbene.

Vi har til hensigt at formidle erfaringerne fra projektet til andre fagfolk gennem foredrag, artikler supervision, og evt. efteruddannelsesforløb.

Projektets resultater er også dokumenteret i ekstern evalueringsrapport udarbejdet af Konsulentkompagniet: ”Spiseforstyrrelser og Efterværn” Et metodeudviklingsprojekt i arbejdet med spiseforstyrrelser.

Vi har søgt og fået bevilling til at fortsætte metodeudviklingen på følgende baggrund:

### 1. Konsolidering og nuancering af de resultater vi har opnået

Vi vil gerne gennemføre endnu to perioder, hvor vi tager udgangspunkt i de gjorte erfaringer og udbygger og underbygger dem. Vi tror det er vigtigt at være meget velargumenteret og have et solidt basismateriale, når vi skal formidle vores resultater til en verden, der til dels har divergerende opfattelser af arbejdet med mennesker med spiseforstyrrelser.

### 2. Særligt sårbare, ny målgruppe, nye indsatsområder

Vi vil gerne udbygge forløbene med en ny målgruppe, særligt sårbare. Vi har erfaringer med denne målgruppe, og den er i klemme i dagens behandlingssystem. Projektet suppleres på denne baggrund med en formiddagsgruppe med kreative aktiviteter, mens zoneterapeut og kropsterapeut integreres yderligere i terapeutgruppen, således at disse indsatsområder tilbydes alle de klienter, der kan have udbytte af dem. Der tilknyttes en socialrådgiver til projektet.

### 3. Væksthus, fleksibilitet og tilpasning til den enkelte

Vi har ikke glemt væksthustanken, hvor terapeuten og den enkelte klient kan sammensætte den kombination af indsatser, som giver klienten de bedste muligheder for at komme ud af sin spiseforstyrrelse.

Vore erfaringer gør, at vi vælger at lave mindre pressede rammer omkring forløbene. Såvel klienter som terapeuter kan komme i klemme, når virkeligheden ikke passer til ‘modellen’, og det bør undgås. Vi vil i det kommende projekt søge at gennemføre ét delprojektforløb om året i stedet for to. Dette kan igen sikre, at der bliver mere tid og rum til en formidling udadtil.

Når vi har resultaterne fra disse to perioder håber vi, at vi er rustet til at gå mere aktivt ud i den brede offentlighed med vores erfaringer.

|  |   | Klient navn         |    |    |    |    |     |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |                     |    |    |    |    |    |    |    |             |    |    |    |    |    |    |                           |    |             |     |                           |             |                           |             |                    |     |     |
|--|---|---------------------|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|----|----|---------------------------|----|-------------|-----|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|--------------------|-----|-----|
|  |   | Spiseforstyrrelse 1 |    |    |    |    |     |    |    |    |    | Efterværn 1 |    |    |    |    |    |    |    | Spiseforstyrrelse 2 |    |    |    |    |    |    |    | Efterværn 2 |    |    |    |    |    |    | Score Spiseforstyrrelse 1 |    | Efterværn 1 |     | Score Spiseforstyrrelse 2 |             | Efterværn 2               |             | Total score formål |     |     |
| Formål   | Spørgsmål   | 1                   | 2  | 3  | 4  | 5  | 6   | 7  | 8  | 9  | 10 | 11          | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19                  | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27          | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34                        | 35 | 36          | 37  | Score Spiseforstyrrelse 1 | Efterværn 1 | Score Spiseforstyrrelse 2 | Efterværn 2 | Total score formål |     |     |
| At give en individuel ernæringsrigtig plan for ernæring og kosttilskud, med udgangspunkt i klientens fysiske og psykiske tilstand.       | Er der opstillet en plan?   | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | i.k | 3  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3                         | 3  | 3           | 3   | 3                         | 3,0         | 3,0                       | 3,0         | 3,0                | 3,0 |     |
|  | Har klienten fulgt planen?  | 2                   | 2  | 3  | 1  | 1  | ik  | 2  | 1  | 2  | 3  | ik          | 1  | 1  | 3  | 1  | 3  | 2  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2           | 2  | 2  | 2  | 3  | 1  | 3  | 2                         | 2  | 3           | 1   | 1                         | 1,9         | 2,0                       | 1,9         | 2,0                | 1,9 |     |
|  | Hvor mange gange har vi snakket om planen?  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | ik  | 3  | 3  | 3  | 3  | 1           | 3  | 3  | 2  | 1  | 3  | 2  | 3  | 1                   | 1  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 1  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2                         | 1  | 1           | 1   | 3,0                       | 2,3         | 2,4                       | 1,9         | 2,4                |     |     |
|  | Er klienten blevet opfordret til at ændre kostvaner?  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | ik  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3                         | 3  | 3           | 3   | 3                         | 3           | 3,0                       | 3,0         | 3,0                | 3,0 | 3,0 |
|  | Foreligger der en vurdering af klientens fysiske og psykiske tilstand ved start af behandlingen | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | ik  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3                         | 3  | 3           | 3   | 3                         | 3           | 2,9                       | 3,0         | 3,0                | 3,0 | 3,0 |
| At motivere klienten til at tage ansvar for deres egen ernæring.   | Har klienten fulgt den foreslåede plan?   | 2                   | 2  | 3  | 1  | 1  | ik  | 2  | 1  | 2  | 3  | ik          | 1  | 1  | 3  | 1  | 3  | 2  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2           | 2  | 2  | 3  | 1  | 3  | 2  | 2                         | 3  | 1           | 1   | 1,9                       | 2,0         | 1,9                       | 2,0         | 1,9                |     |     |
|  | Tager klienten sine kosttilskud?  | 2                   | 2  | 3  | 1  | 3  | ik  | 2  | 1  | 3  | 3  | ik          | 1  | 1  | 1  | 1  | 3  | 3  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 3  | 1  | 2  | 2           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 1  | 1                         | 2  | 1           | 1   | 2,2                       | 1,9         | 2,0                       | 2,0         | 2,0                |     |     |
|  | Har klienten selv bidraget til deres kostplan?  | 2                   | 2  | 3  | 1  | 1  | ik  | 3  | 1  | 3  | 2  | 2           | 1  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2           | 3  | 3  | 3  | 1  | 2  | 2  | 2                         | 3  | 2           | 1   | 2,0                       | 2,3         | 2,0                       | 2,1         | 2,1                |     |     |
|  | Har klienten fastholdt kostændringer over længere tid?  | 2                   | 2  | 3  | 1  | 1  | ik  | 2  | 1  | 3  | 3  | ik          | 1  | 1  | 1  | 1  | 3  | 2  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 3  | 2  | 1  | 1           | 3  | 3  | 3  | 1  | 3  | 2  | 2                         | 3  | 1           | 1   | 2,0                       | 1,7         | 1,9                       | 2,1         | 1,9                |     |     |
| At støtte klienterne i de ressourcer de har omkring deres egen ernæring.   | Har det været muligt at finde nogle ressourcer hos klienten                                     | 2                   | 2  | 3  | 2  | 1  | ik  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2           | 2  | 1  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2           | 3  | 3  | 3  | 1  | 2  | 3  | 2                         | 3  | 2           | 1   | 1,9                       | 2,3         | 2,1                       | 2,2         | 2,1                |     |     |
|  | Har det været muligt at bruge klientens ressourcer?   | 2                   | 2  | 3  | 1  | 1  | ik  | 2  | 1  | 3  | 3  | 2           | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 2  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 3  | 1  | 2  | 2           | 3  | 3  | 3  | 1  | 2  | 2  | 2                         | 3  | 1           | 1   | 2,0                       | 1,8         | 2,0                       | 2,0         | 1,9                |     |     |
|  | Var klienten motiveret for at gå i ernæringsterapi?   | 2                   | 3  | 3  | 1  | 2  | IK  | 1  | 1  | 3  | 3  | 1           | 1  | 1  | 1  | 1  | 2  | 1  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1           | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 1  | 1                         | 3  | 1           | 1   | 2,1                       | 1,4         | 1,7                       | 2,0         | 1,8                |     |     |
|  | Har det været muligt for mig at møde klienten eller har vi snakket forbi hinanden?              | 2                   | 3  | 3  | 1  | 1  | ik  | 2  | 2  | 3  | 3  | 1           | 1  | 1  | 1  | 1  | 3  | 2  | 3  | 1                   | 1  | 3  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2           | 3  | 3  | 3  | 1  | 3  | 2  | 1                         | 3  | 1           | 1   | 2,2                       | 1,6         | 1,8                       | 2,0         | 1,9                |     |     |
| At afdække klientens kostvaner /uvaner.  | Er klientens kostvaner afdækket?  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 2  | ik  | 3  | 3  | 3  | 3  | ik          | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3                         | 3  | 3           | 2,9 | 3,0                       | 3,0         | 2,9                       | 2,9         |                    |     |     |
|  | Er klienterne blevet bevidst om deres Kostvaner/ uvaner?  | 3                   | 3  | 3  | 3  | 3  | ik  | 3  | 3  | 3  | 3  | ik          | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 1                   | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2                         | 3  | 3           | 2   | 3,0                       | 2,7         | 2,6                       | 2,8         | 2,8                |     |     |
| Øge klienternes indsigt i gode kostvaners betydning for helbredet. ( fysiologisk konsekvens af den måde de reagerer på mad/ bruger mad). | Har klienterne fået en rimelig indsigt i hvad en god ernæring betyder for helbredet?            | 3                   | 3  | 3  | 1  | 2  | ik  | 3  | 3  | 3  | 3  | ik          | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 1                   | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 1  | 3  | 3           | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2                         | 3  | 3           | 2   | 2,7                       | 2,9         | 2,4                       | 2,7         | 2,6                |     |     |
|  | Har klienterne fået indsigt hvilke konsekvenser deres mad vaner har for deres krop?             | 3                   | 2  | 3  | 2  | 2  | ik  | 2  | 1  | 3  | 3  | ik          | 3  | 2  | 1  | 3  | 2  | 3  | 3  | 1                   | 3  | 3  | 1  | 2  | 3  | 1  | 2  | 3           | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2                         | 3  | 3           | 2   | 2,3                       | 2,4         | 2,2                       | 2,7         | 2,4                |     |     |
|  | Har klienten handlet på den indsigt de har fået i forhold til deres fysiske problemstillinger   | 1                   | 2  | 3  | 1  | 1  | ik  | 2  | 1  | 3  | 3  | ik          | 1  | 1  | 1  | 1  | 2  | 3  | 3  | 1                   | 2  | 3  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1           | 2  | 2  | 3  | 1  | 3  | 1  | 2                         | 3  | 1           | 1   | 1,9                       | 1,7         | 1,6                       | 1,9         | 1,8                |     |     |
| Total Score Klient   |   | 43                  | 45 | 54 | 32 | 34 | i.k | 42 | 33 | 51 | 52 | 18          | 35 | 34 | 36 | 33 | 50 | 46 | 54 | 26                  | 41 | 54 | 29 | 39 | 48 | 35 | 41 | 41          | 51 | 49 | 54 | 34 | 51 | 41 | 37                        | 51 | 34          | 29  | 43                        | 38          | 41                        | 42          |                    |     |     |
| Alder  |   | 39                  | 22 | 25 | 23 | 27 |     | 25 | 15 | 29 | 23 | 36          | 42 | 30 | 27 | 38 | 18 | 29 | 30 | 15                  | 40 | 23 | 22 | 23 | 21 | 19 | 20 | 29          | 16 | 23 | 23 | 27 | 27 | 31 | 22                        | 29 | 38          | 43  |                           |             |                           |             |                    |     |     |
| Antal konsultatione  |   | 5                   | 5  | 5  | 2  | 5  |     | 5  | 5  | 5  | 5  | 1           | 5  | 5  | 2  | 1  | 3  | 3  | 3  | 2                   | 1  | 3  | 4  | 3  | 5  | 5  | 5  | 5           | 6  | 1  | 5  | 5  | 5  | 2  | 3                         | 2  | 3           | 3   |                           |             |                           |             |                    |     |     |

|  |  | Klient navn |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |
|--|--|-------------|----|----|----|----|----|-----|--|--|--|--|--|
|  |  |             |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |
| Formål   | Spørgsmål  | 1           | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |     |  |  |  |  |  |
| At øge deltagernes evne til at forstå og handle ud fra sig selv, når de er sammen med andre.   | Har den enkelte deltager fået forståelse for sine egne handlinger når hun er sammen med andre i          | 3           | 3  | 3  | 2  | 3  | ik | 2,8 |  |  |  |  |  |
|  | Kan den enkelte deltager forstå sine egne reaktioner i forhold til det at være i gruppen?                | 2           | 3  | 3  | 1  | 3  | ik | 2,4 |  |  |  |  |  |
|  | Kan den enkelte deltager ændre sin adfærd i forhold til gruppen på trods af svære situationer?           | 2           | 2  | 3  | 1  | 3  | ik | 2,2 |  |  |  |  |  |
| At øge deltagernes evne til at skabe positive relationer, venskaber – og ved hjælp af god kommunikation løse de vanskeligheder, der kan opstå. | Har den enkelte deltager formået at skabe positive relationer til andre i gruppen?                       | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | ik | 3,0 |  |  |  |  |  |
|  | Har den enkelt deltager bevaret kontakten til en eller flere andre efter kontakten er formidlet?         | 2           | 2  | 2  | 2  | 2  | ik | 2,0 |  |  |  |  |  |
|  | Er den enkelte deltager blevet i stand til at løse de vanskeligheder der kan opstå i venskaber – ved god | 2           | 2  | 3  | 1  | 2  | ik | 2,0 |  |  |  |  |  |
| At få ideer til let, næringsrig og levende mad som deltagerne selv kan lave også der hjemme.   | Har den enkelte deltager fået ideer til let lavet og næringsrig mad?                                     | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | ik | 3,0 |  |  |  |  |  |
|  | Har deltagerne afprøvet opskrifterne der hjemme?   | 2           | 2  | 3  | 2  | 2  | ik | 2,2 |  |  |  |  |  |
|  | Har deltagerne lavet mad derhjemme?  | 2           | 1  | 3  | 1  | 3  | ik | 2,0 |  |  |  |  |  |
|  | Har madlavningskurset forbedret deltagernes egen kost i dagligdagen?                                     | 2           | 1  | 3  | 1  | 3  | ik | 2,0 |  |  |  |  |  |
| At øge deltagernes evne til selv at varetage de forskellige funktioner der er omkring indkøb, tilberedning og indtagelse af mad.               | Kan den enkelte deltager varetage de enkelte funktioner omkring et måltid til sig selv?                  | 3           | 3  | 3  | 3  | 3  | ik | 3,0 |  |  |  |  |  |
|  | Varetager den enkelte deltager selv at sørge for måltiderne så de er ernæringsrigtige?                   | 2           | 2  | 3  | 1  | 3  | ik | 2,2 |  |  |  |  |  |
| Total Score Klient   |  | 28          | 27 | 35 | 20 | 33 | ik |     |  |  |  |  |  |
| Alder  |  |             |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |
| Antal konsultationer   |  |             |    |    |    |    |    |     |  |  |  |  |  |

altal poien i alt =36