

PSYKOTERAPEUTISK REHABILITERING AF FORÆLDRE TIL UNGE MED ANOREKSI

– ET CASESTUDIE

Af Anne Maj Nielsen¹

I artiklen beskriver jeg i autoetnografisk narrativ et caseeksempel på, hvordan børns og unges alvorlige sygdom kan påvirke forældres trivsel og psykiske tilstand, og hvordan psykoterapi med forældre kan bidrage til rehabilitering med betydning for deres livskvalitet, ressourcer som forældre og dermed for den syge. Enlige forældre er særligt udsatte for at blive nedslidt ved børns alvorlige sygdom, og caseeksemplet er fire års kybernetisk psykoterapi med en enlig mor til en teenagedatter med anoreksi. Caseeksemplet udfolder jeg dels i kybernetisk systemperspektiv med fokus på dynamikker og forandringer i forældrens og den syge unges situation mellem familie- og behandlingssystemer og dels med fænomenologisk fokus på intra- og interpersonelle ofte ubevidste levede erfaringer, motiver, standarder og dynamikker og deres betydning for handlemuligheder i situationen. Sygdoms- og behandlingsforløbet medførte langvarige forandringer hos moderen – livet blev udspændt mellem angst og håb, med lav stresstærskel, udmattelse, ensomhed og sorg. Arbejdet i terapien gav mulighed for selvregulering gennem forståelse af egne behov og standarder for motiverende omsorg og omsorgsfuld kontrol i behandling af datterens sygdom og ressourcer til selvorganisering med forandring i betydningsfulde familierelationer og muligheder i forhold til behandlingssystemet.

Nøgleord: kybernetisk psykoterapi, rehabilitering, forældre til syge børn og unge, anoreksi, systemteori, fænomenologi.

Keywords: cybernetic psychotherapy, rehabilitation, parents of seriously ill children, anorexia nervosa, systems theory, phenomenology.

¹ Anne Maj Nielsen, cand.psych., ph.d., lektor i pædagogisk psykologi, DPU, Aarhus Universitet. E-mail: amn@edu.au.dk <https://orcid.org/0000-0003-4747-1750>

Indledning

Når børn og unge bliver livstruende syge, er det en stor belastning for forældre og familie, samtidig med at forældrene har brug for alle ressourcer til at tage sig af det syge barn og forsøge at få hverdagen til at fungere i familien og med eventuelt arbejde (Koivula et al., 2019). Selv når sådanne forløb fører til bedring i barnets lidelse, kan forældre få alvorlige tegn på belastninger i form af udmattelse, tab af livsglæde og oplevelse af afmagt, stress, angst og/eller depression. Forældre, der lever sammen, kan være den vigtigste gensidige støtte til at håndtere belastningen ved et alvorligt sygt barn, mens enlige forældre vurderes at være særligt udsatte i tilfælde af deres børns livstruende sygdom.

Jeg har søgt, men ikke fundet undersøgelser af, hvordan forældre under eller efter sådanne belastende sygdoms- og behandlingsforløb kan genvinde balancen i livet som forældre. Denne artikel er et casebaseret bidrag til et rehabiliteringspsykologisk perspektiv på, hvordan børns alvorlige sygdom kan påvirke forældres trivsel og psykiske tilstand, og hvordan psykoterapi med forældre kan bidrage til rehabilitering med betydning for deres ressourcer som forældre og for det samlede familiesystem.

Artiklen er baseret på mine erfaringer fra psykoteraapeutisk arbejde og præsenterer et caseforløb, der som udgangspunkt handlede om en enlig forælders stress og kamp for at holde en alvorligt syg teenager i live. Blandt forældre i Danmark er der hvert år i perioden 2017-2021 registreret ca. 150.000 enlige mødre og 35.000-36.000 enlige fædre (Danmarks Statistik, 2021). En af disse mange enlige mødre er casens hovedperson, som i artiklen har fået navnet Kamma. Gennem fire års egenterapi skabte Kamma store forvandlinger hos sig selv og i vigtige nære relationer i familiesystemet med betydning for hendes syge datter. Sygdommen i casen er den mest udbredte spiseforstyrrelse blandt unge i Danmark: anorexia nervosa (Sundhedsdatastyrelsen, 2020²).

I artiklen introducerer jeg først viden om behandling af spiseforstyrrelser og rehabilitering af hverdagslivet med særligt fokus på viden om forældre. Derpå gør jeg rede for casestudiets teori og metodetilgang, beskriver caseforløbet og udfolder forløbets forandringer, dels i kybernetisk systemperspektiv og dels intra- og interpersonelt i fænomenologisk og kybernetisk-psykologisk perspektiv. Til slut reflekterer jeg over psykoterapi som bidrag til rehabiliteringspsykologi.

2 Datagrundlaget er fra 2010-2018. I hele perioden er anoreksi den mest forekommende spiseforstyrrelse blandt børn og unge i alderen 8-17 år.

Behandling og rehabilitering af spiseforstyrrelse – unge og forældre

Spiseforstyrrelser omfatter en vifte af forskellige tilstande, herunder anoreksi, bulimi, ”andre former” samt ”uspecificerede spiseforstyrrelser”, og det er et stigende antal børn, unge og voksne, der rammes i Danmark (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Ud af alle nye patienter blandt børn og unge i 2010 og 2018 var ca. 91 % piger og 9 % drenge,³ og i begge grupper havde 59 % anoreksi, der er den mest udbredte diagnose (ibid.) I 2018 havde 1.180 børn og unge diagnosen anoreksi (ibid.), der skønnes at ramme mellem 0,4 % og 1 % af unge kvinder i Danmark (Ilsvard et al., 2019, p. 31).

Spiseforstyrrelser behandles med kombinationer af ernæringskontrol, medicin og forskellige former for terapi, såsom familiebaseret terapi, kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi (Coelho et al., 2019; Hamlin, 2020; Muzi et al., 2021; Wilson et al., 2007). Undersøgelser af indsatser, både individuelt og på familieniveau, fokuserer på indsatsernes virkninger med hensyn til bedring af den unges spisemønster, og i behandling af anoreksi lægges der vægt på at opnå normal vægt og BMI.

I den familieterapeutisk meget anvendte Maudsley-metode anbefales forløb på 10-20 gange med deltagelse af alle familiemedlemmer gennem tre faser. I første fase instrueres forældrene i at tage fuld kontrol med spisningen hos den unge med anoreksi og kontrollere dennes vægt. Når den unge begynder at acceptere forældrenes autoritet med hensyn til mad og spisning, vejledes forældrene i at reducere deres kontrol, og gradvis får de mere viden om og instruktion i at støtte den unges aldersrelevante autonomi (Wilson et al., 2007). Virkningerne af denne behandlingsform diskuteres, og Wilson et al. (2007) anfører, at der er fundet bedre virkninger ved terapi med den unge anoreksi-ramte for sig og hendes forældre for sig, og de efterlyser yderligere undersøgelser af dette. Et særligt aspekt af Maudsley-metoden, nemlig terapeutisk arbejde med at forbedre forældres gensidige kommunikation, forståelse af hinandens og andre familiemedlemmers perspektiver og derigennem udvikle mere balanceret gensidig tillid og omsorg, bliver fremhævet i Didericksen et al. (2018). En anden metode (der har mange træk tilfælles med Maudsley-metoden) er ”familiebaseret behandling” (Family-Based Treatment, FBT): Også her arbejdes der med tre faser, først normalisering af spisning og vægt, derpå gives den unge igen selvbestemmelse over sin spisning, og afslutningsvis omfatter behandlingen lidt arbejde med ungdomslivets udviklingsmæssige temaer (Coelho et al., 2019).

Det er ikke lykkedes mig at finde undersøgelser af behandlingsindsatser, der alene er rettet mod forældre til unge med spiseforstyrrelser med henblik på at rehabilitere deres trivsel og hverdagsliv. Der er dokumenteret eksempler på forældres oplevelse af stress, afmagt, sorg, udmattelse og udbrændt-

3 Nonbinære køns kategorier indgår ikke i statistikken.

hed i forbindelse med anoreksi hos barn/ung og på forældre, som må tage orlov fra arbejde for at passe den unge og holde situationen ud (Coelho et al., 2019), og der er undersøgelser af, hvordan gensidig støtte i parforhold kan bidrage til trøst, stressreduktion og håb (Koivula et al., 2019). Dette kan være særlig vigtigt for forældre til unge med spiseforstyrrelsen anoreksi, der angiveligt kan opleve sig umyndiggjort og afmægtige i forhold til behandlingssystemet (Jørring, 2009; Rasmussen, 2003). I forhold til den problemstilling er enlige forældre særligt udsatte, medmindre de har mulighed for andre former for relationel støtte.

Dette casestudie er et eksempel på, hvordan psykoterapi med en enlig forælder kan bidrage til rehabilitering af forælderen selv, med betydning for dennes og den anden forælders ressourcer som forældre, for det samlede familiesystem og dermed også for den unge.

Teori og metode

Familie som system

Begreberne behandlingssystem og familiesystem er anvendt ovenfor ud fra et kybernetisk systemperspektiv, der giver mulighed for at forstå sammenhænge mellem forandringer i en forælders forholdemåder, dynamiske forandringer i familien og ikke mindst den unges spiseforstyrrelse. Systemteori om familieliv og børns udvikling er inspireret af generel systemteori og kybernetisk teori, der foreslog forståelse af organismers udvikling som dynamiske samspil i åbne systemer med forskellige komplekse kvaliteter (Cox & Paley, 2003; Drack & Pouvreau, 2015). I kybernetisk systemperspektiv er familiesystemer karakteriseret ved dels 1) At være samlede helheder med særlig orden, så familien som helhed er mere omfattende og har andre kvaliteter end dens ”dele”, dvs. at familien som helhed kan ikke forstås blot ved at kombinere kvaliteter ved de enkelte deltagere. 2) En hierarkisk struktur, dvs. at familien består af en række subsystemer, der i sig selv har særlige systemkvaliteter. 3) Tilpasningsdygtig selvorganisering, dvs. at en familie er et åbent, levende system, der kan tilpasse sig forandringer eller udfordringer (Cox & Paley, 2003, p. 193). Systemteori er anvendt til at undersøge, hvordan forskellige forhold i både familiens eget system og dens subsystemer af deltagere har betydning for børns udviklingsmuligheder, og hvordan fx psykologer, rådgivere eller lærere i andre sociale systemer med betydning for familier og børn kan arbejde hensigtsmæssigt (Barckmann, 2021; Cox, 2010; Sink, 2019).

I bestræbelsen på at udvikle en systematisk begrebsbrug og teori til undersøgelse af menneskers udvikling i kontekster som familiesystemer har Urie Bronfenbrenner foreslået en terminologi, som giver mulighed for at analysere, hvordan *processuelle* forandringer hos en *person* i dennes *livssammenhæng over tid* kan bidrage til forandringer i det samlede familiesystem, som er forbundet med andre systemer (i caseeksemplet er fx uddannelsessystem

og behandlingssystem vigtige) (Bronfenbrenner, 1998). I Bronfenbrenners model har personens karakteristiske kvaliteter både betydning for form, indhold og retning i de proksimale (nærmeste) processer, og personens kvaliteter er også det udviklingsmæssige resultat. Dvs. at karakteristiske personkvaliteter både betragtes som indirekte medskabende og som resultat af udviklingen i familiesystemet (ibid.). Der kan vise sig konfliktsfulde og modsætningsfulde oplevelser af mening forbundet med personens deltagelse i aktivitet med krav eller værdier, der afviger fra personens livshistorisk erfarede standarder, eller deltagelse i sociale sammenhænge med indbyrdes forskellige værdier og standarder (Pedersen & Bang, 2016; Nielsen & Petersen, 2021). Denne teori om menneskelig udvikling med vægt på aktiv deltagelse og gensidige samspil med personer, genstande og symboler i den umiddelbare hverdag gennem tid indgår også i den kybernetiske psykologi, som terapien i casen er baseret på (Vedfelt, 2017). I artiklen fokuserer jeg på forbindelser mellem personen i udvikling – i casen er det klienten – og de betydningsfulde systemer og relationer i hendes aktuelle livssammenhæng.

Caseeksemplet er et terapiforløb baseret på kybernetisk psykologi, der er en teori om, hvordan forskellige bevidsthedstilstande kan bearbejde information med forskellige grader af kompleksitet (Vedfelt, 2014; Hansen, 2016). I denne tilgang opfattes kropslige fornemmelser, sanselige impulser, følelsetilstande, fantasiforestillinger eller drømme som forskellige former for information, der medierer noget med betydning for personen i dennes aktuelle livssituation (Nielsen & Petersen, 2021; Vedfelt, 2017). I det terapeutiske arbejde inddrages den slags information i praksis ved at tilbyde klienten forskellige udtryksformer, fx bevægelse, tegning eller beskrivelse, og fx drømme eller fantasier kan undersøges gennem associationer, sanselige fornemmelser og symboliserende udtryk. Forvandlinger i terapien kan bestå i ændrede tilstande og opfattelser, der kan stimulere klientens selvregulerende og selvorganiserende udviklingsprocesser, fx fra anspændt til afslappet, bekymret til rolig eller ensidigt optaget til mere nuanceret undersøgende eller pludselig ny forståelse. Sprog og fortællinger er vigtige medierende redskaber i terapien ligesom kropslige og sanselige praksisser og udtryk. Terapeuten bestræber sig på i samarbejde med klienten at undersøge den oplevede nutid i lyset af erfaringsmønstre og de ressourcer, der kan være til rådighed eller kan udvikles for klienten – såvel personligt som i relationer og forskellige aktivitetssammenhænge i livet.

Autoetnografisk metode

Materialet til denne artikel er blevet til gennem autoetnografisk metode. Begrebet autoetnografi består af de tre bestanddele: auto, etno og grafi (Barts, 2015). ”Auto” betyder ”selv” og udtrykker det etnografiske jeg i form af en personlig og introspektiv stil (ibid.). Her undersøger forskeren sig selv gennem observation og refleksion, med henblik på at kunne anvende personlige erfaringer til at fremanalysere generelle betragtninger (ibid.). ”Etno”

betyder ”kultur” og repræsenterer ekstrospektionen, hvor fokus er rettet mod andre personer, og konteksten for deres handlinger og erfaringer (ibid.). I denne kontekst indgår man som forsker selv som medskaber af feltet, idet man bringer subjektive erfaringer i anvendelse (ibid.). ”Grafi”-delen refererer til den videnskabelige proces, hvorigennem personlige fortællinger, erfaringer og observationer omdannes til videnskabelig viden (ibid.). Begrebet udtrykker på den måde en vekselvirkning mellem intro- og ekstrospektion, der gør de kropslige erfaringer til omdrejningspunktet for forskningen (ibid.). Dette svarer til en fænomenologisk dobbelt opmærksomhed på den andens udtryk og egne fornemmelser, der opleves i interpersonelle samspil som kropslig resonans (Fuchs, 2017). Interkropslig resonans bliver til i samspil og opleves som affekt, impulser og følelser, der samtidig skaber intrakropslig resonans, dvs. dynamiske, ubevidste processer i det kropslige hukommelsessystem (Fuchs, 2011).

Som forskende terapeut har jeg bestræbt mig på at huske kropslige fornemmelser, og hvordan det anvendte medierende redskab (fx tegning og associationer til drømme) virkede i det terapeutiske samspil, så jeg efterfølgende kunne beskrive det så sanseligt som muligt. De sansemæssige beskrivelser havde til formål at skabe et materiale, der kunne beskrive hver enkelt session uden allerede i beskrivelsen at fortolke normativt eller med en bestemt teori (Nielsen, 2018). Beskrivelserne havde karakter af autoetnografi, der tilstræber sanselig beskrivelse af levede situationer, så vi kan fornemme og forstå, hvordan situationerne udfolder sig og bevæges i aktiviteter og samspil mellem proksimale proceserfaringer og sociokulturelle betydnings-systemer (Ellis & Bockner, 2003). Samtidig var min opgave som terapeut rettet mod at undersøge og skabe forståelse i samarbejde med klienten, og det arbejde var informeret af de teoretiske grundforståelser ovenfor. Dette er grundlaget for beskrivelserne af caseeksemplet.

Beskrivelserne af hver session var til støtte af min hukommelse og overvejelser om det videre forløbs muligheder, og samtidig var hver ny session bestemt af, hvad klienten bragte ind i samspillet, ligesom opsamlingen af det væsentlige i hver session var det, klienten selv oplevede som det vigtigste denne dag. Det betyder, at klienten undervejs bidrog til at formulere de indholdsmæssige temaer i forløbet. Temaerne i beskrivelsen af caseeksemplet er således resultat af et samarbejde og ikke defineret ud fra teorier eller kriterier for temaer, men ud fra klientens oplevelser (Spry, 2001). Eksempler på situationer med betydningsfulde temaer beskriver jeg i artiklen, som jeg oplevede dem gennem samarbejdet med klienten, så de har karakter af et autoetnografisk narrativ (Ellis & Bockner, 2003). I fremstillingen af casen skifter jeg derfor form – fra den hidtidige ikke-personlige beskrivelse fra et neutralt ”no-where” – til beskrivelse af klienten Kammas⁴ livssituation, intentioner,

4 Alle personnavne er ændret.

oplevelser og følelser, som jeg forstod dem gennem terapiforløbets samarbejde. I casebeskrivelsen præsenterer jeg også udsagn som direkte citater, disse er baseret på min hukommelse og bekræftet af Kamma ved hendes gennemlæsning af artiklen. Temaerne beskriver jeg i artiklen, som de trådte frem i lyset af den kybernetiske psykologis grundforståelser og begreberne om levede kropslige ubevidste erfaringer, sociokulturelle medierende redskaber i symboler og sprog, praksisser og meningssystemer – til belysning af forløbets virkninger intra- og interpersonelt og i forhold til familiesystemet og andre systemer i Kammas livsverden.

Etik og samtykke

Ved den sidste session foreslog Kamma, at vi afsluttede forløbet, da hun oplevede sin situation som god og stabiliseret. Hun henvender sig, hvis hun får behov. Undervejs i forløbet har hun omtalt betydningen af at møde andre pårørende og deres beretninger om svære forløb som det, hun selv var igennem. Ved slutningen af den sidste session spurgte jeg, om hendes forløb måtte anvendes som grundlag for en artikel, og det gav hun samtykke til. Kamma har godkendt udkastet til artiklen i dens næsten færdige form med enkelte kommentarer – de er indarbejdet i teksten.

Alle personoplysninger i casefremstillingen er slørede, fx med ændrede aldre og navne.

Casen

Først beskriver jeg Kammas livssituation, begyndelsestilstanden, og hvad hun ønskede at arbejde med. Så præsenterer jeg betydningsfulde temaer og udvalgte eksempler til illustration af, hvordan terapiforløbet fik betydning i Kammas livssituation.

Livssituation

Kamma er ved terapiens begyndelse sidst i 40'erne og bor alene med datteren Ea på 15 år. Ea har haft alvorlig anoreksi i ni måneder efter at have været udsat for mobning i sin klasse gennem flere år. Ea er netop begyndt i en institution med dagbehandling af anoreksi og skoleundervisning i hverdage ca. 40 km fra deres hjem og 50 km fra Kammas arbejdsplads. I weekender er Ea hjemme. Det er længe siden, Ea har været i sin sædvanlige skole, hun har ad to omgange været indlagt på grund af for lav vægt, og begge gange har Kamma efterfølgende passet hende hjemme. Kamma kommenterede på omtalen af fase 1 i Maudsley-metoden: ”Blot til orientering fik vi ingen som helst instruktion i startfasen på hospitalet. Fik blot besked på at tage orlov fra dags dato og guide min datter gennem måltiderne de næste to-tre måneder. De vurderede, at jeg var ressourcestærk, så at indlæggelse

kunne undgås i denne fase”.⁵ Kamma havde siden været på nedsat tid i sit administrative job for at passe Eas mange behandlingsaftaler.

Eas far, Finn, flyttede fra Kamma få måneder efter Eas fødsel, og Ea har haft jævnlig kontakt med ham, men ikke boet hos ham med stabilt samvær. Ved terapiens begyndelse har Ea nægtet at se Finn i næsten et år. Kamma fortæller med sorg om Finns svigt af dem. Kamma er alene om at spise med Ea de nødvendige fem-seks gange om dagen, når Ea ikke er på dagbehandlingsstedet (kaldes herefter DB).

Efter skilsmissen flyttede Kamma tilbage til provinsbyen, hvor en del af hendes familie bor, så der er ca. 50 km mellem hendes og Finns bopæl. Kamma flyttede tilbage, i håb om at hendes mor ville være en hjælp og støtte for Kamma som eneforælder, men hverken Kammas mor, søster eller andre familiemedlemmer har hjulpet med Ea: ”Du klarer jo dig selv,” siger mor ifølge Kamma, der fortæller det med sorg og undren. Kammas vigtigste støtte har været elskeren Carl gennem det seneste år. Han lytter tålmodigt, trøster og kommer med råd, når Kamma er ulykkelig over situationen. Kamma håber, at de kan få et fælles liv, selvom han lægger vægt på at kunne have et uændret liv med sine halvstore børn. Kamma er meget aktiv i den smule fritid, hun har: Hun løber både alene og med en gruppe, og det er i den sammenhæng, hun har mødt Carl. Kammas tidligere sociale liv med veninder, koncerter og rejser har ikke været muligt siden sygdomsudbruddet.

Begyndelsestilstanden

Kamma ringede til mig i foråret 2017 og fortalte med klar og fattet stemme om stress, udmattelse og rådvildhed i forbindelse med hendes teenagedatters alvorlige anoreksi: ”Jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre – er det noget, du kan hjælpe med?”

Det var et vigtigt udgangspunkt, at hvis Kamma kom i terapi hos mig, så ville det være Kamma og hendes oplevelser af situationen, der kom i fokus. Hvorvidt arbejdet kunne skabe forandringer hos Ea, kunne vi ikke vide. Kamma ville gerne prøve, og sådan begyndte et forløb, der kom til at strække sig over fire år og 94 sessioner. I det første år kom Kamma en gang om ugen, i år 2 og 3 ca. hver 14. dag, og i år 4 ca. en gang om måneden.

Temaer i terapien

Gennem terapiforløbet viste der sig komplekse samspil mellem ressourcer og belastninger i Kammas liv, som fik betydning for hendes tilstande og muligheder, både i hendes egen livskvalitet og som omsorgsperson for Ea.

5 Denne kommentar skrev Kamma ved omtalen af Maudsley-metoden i et tidligere afsnit. Kommentaren viser Kammas oplevelse af situationen og af behandlingssystemet ved sygdommens begyndelse. Jeg har derfor flyttet den hertil.

Udspændt mellem angst og håb

Det grundlæggende tema i hele Kammas forløb var en tilstand udspændt mellem angst og håb. Angst for Eas liv og for at miste hende, der blev aktiveret, hver gang Ea igen havde tabt 100 gram, og håb, som blev næret, når Eas vægt ganske langsomt steg uge for uge, eller hendes humør blev lidt bedre. En anspændt tilstand, hvor håbet var livgivende, men skrøbeligt, og hvor angst på et øjeblik kunne fylde alt.

Tillid og afmagt

At Kamma var udspændt mellem angst og håb, viste sig som en grundlæggende anspændt tilstand, der svingede mellem Kammas håbefulde tillid til, at behandlingssystemets tiltag og Kammas opbakning til dem ville gøre Ea rask, og Kammas tvivl og følelse af afmagt, da vigtige led i behandlingstilbuddet svigtede.

Håb og handlekraft

Kammas håb og ressourcer til fortsat aktiv støtte af Ea blev næret, når Kamma oplevede at blive forstået og støttet – det kunne være af personer i nære relationer eller i behandlingssystemet, ligesom det kunne være i oplevelser af kontakt med Eas ressourcer, fx humor, kreativitet eller fælles glæde ved en oplevelse.

Stress og udmattelse

Gennem terapiforløbets fire år blev det tydeligt, hvordan udspændingen mellem angst og håb, der i sig selv var belastende, sammen med hverdagens mange og forskelligartede opgaver med at passe arbejde, hjemmet, behandlingsaftaler og sørge for transport, blev en overvældende og langvarig stressor, der fremkaldte typiske stressreaktioner hos Kamma. Kamma fik vanskeligt ved at koncentrere sig og ved at sove, blev irriteret og rasende og mistede mod og energi. Gennem det lange forløb blev hun meget udmattet og kunne til tider ikke andet end sidde stille eller sove, når hun endelig var alene.

Behov for ro, hvile og omsorg

I forløbet beskrev Kamma en stadig mere grundlæggende træthed og et voksende behov for ro og hvile. Kamma kæmpede med sine erfaringer og forventninger om at være den, der skulle klare alt for Ea og sig selv. Det var en stor indsats at bede om hjælp og aflastning, så hun kunne drage omsorg for sine behov for ro og hvile, hvilket blev mere og mere nødvendigt gennem det lange forløb.

Ensomhed og sorg

Svingningerne mellem håbefuldt handlekraft og angstfuld afmagt var en belastende og slidsom tilstand, som Kamma var alene med. Spisningen med Ea

kunne i en lang periode kun foregå hjemme og uden besøg af andre, og dermed blev Kammas situation ensom. Hun oplevede, at andre, fx i familien, ikke kunne holde ud at høre om hendes hverdag, og hun følte sig afskåret fra de almindelige oplevelser og bekymringer med børn, som andre var optaget af. Kamma beskrev oftere og oftere, at hun mærkede tristhed, modløshed og var ked af det. Efterhånden samlede det sig i sorg over alt det, der ikke blev en del af livet med Ea, over mistede håb, Eas tabte ungdomsliv og Kammas savnede omsorg fra nære andre.

Samspil mellem ressourcer og belastninger

Disse tilstande var både forbundet med sygdommens belastninger, med de ressourcer og tilbud, der var til Ea i behandlingssystemet, og med andre forhold i Eas og Kammas livsverden.

I et systemisk perspektiv viste der sig at være dynamiske og foranderlige samspil mellem forskellige systemer: Behandlingssystemets tilbud var i nogle perioder en vigtig ressource i kampen mod sygdommen og i andre perioder kilde til frustration og afmagt. Familierelationerne i Kammas og Eas liv var også vigtige ressourcer og kilder til skuffelse, frustration og sorg hos Kamma. Kærlighedsforhold var en vigtig ressource, der viste sig skrøbelig og ustabil, mens venskaber var mere stabile, men mindre nærværende i særligt belastende dele af forløbet. Nedenfor ser jeg nærmere på nogle af disse systemers bidrag, som veksler mellem ressourcer for håbefuldt handlekraft og angstfuld afmagt. Derefter fokuserer jeg på, hvordan nogle af Kammas levede ubevidste erfaringer gav særlige udfordringer og potentialer i hendes kamp mod sygdommen gennem hendes involvering og forholdemåder i de forskellige systemer i hendes livsverden.

Systemernes bidrag

I Kammas beskrivelser af hendes livsverden var det grundlæggende omdrejningspunkt hendes lille familie med Ea. Kamma beskrev, hvordan denne livsverden omfattede et dejligt og trygt hjem, Eas skolegang, Kammas job, hendes fysiske aktivitet i fritiden, en dejlig (hemmelig) elsker, en kreds af veninder gennem mange år og Kammas mor, søskende og ene søsters to børn. I denne livsverden var Eas skole et vigtigt delsystem, hvor det senere viste sig, at hun gennem flere år havde oplevet systematisk mobning, herunder et overfald i skolens kantine. Kamma erindrede, hvordan hun chokeret opdagede, at Ea var blevet meget tynd, og at det var vanskeligt at få kontakt til lægen og sat en behandling af Ea i gang.

Fra hverdagens til sygdommens aktiviteter og systemer

Efter chok og Kammas akutte indsats for at få sat en behandling i gang fulgte det lange behandlingsforløb, som greb forandrende ind i Kammas

livsverden. Eas måltider skulle planlægges, så hun kunne spise fem-seks gange om dagen på faste tider alle ugens dage. Kammas weekender blev forvandlet til lange rækker af måltidsovervågninger – hun måtte instruere Ea i hver enkelt bevægelse med hånden, albuen, armen – ofte også fysisk understøtte bevægelsen – for at spise, når sygdommen var stærk. Og Ea ville ikke, sagde, at hun ikke kunne! Kamma begrundede for Ea, at hun ikke presede på spisning for at genere Ea, men fordi hun elskede hende – og søgte at motivere Ea med, at det er nødvendigt for at blive rask.

Ea ville ikke ud blandt andre mennesker, og Kamma bestilte tøj til at prøve hjem, så Ea havde det som en mulighed i et par uger, og Kamma glædede sig, når Ea en sjælden gang tog en ny beklædningsgenstand i brug. Da Ea var begyndt i antidepressiv behandling, fik Kamma hende med til frisør og ud at købe lækkert tøj – for første gang i næsten et år. I samme periode måtte Kamma selv til behandlingssystemet og fik beroligende medicin for at kunne sove.

Netværkssystem erstattes af behandlingssystem

Ea kunne ikke spise, når der var andre i hjemmet, så Kamma kunne ikke have familie eller veninder på besøg ud over korte intervaller mellem Eas måltider. Kamma blev afsondret fra de sociale systemer i sin sædvanlige livsverden, og hendes tidligere muligheder for at gå ture, løbe og mødes med elskeren blev også stærkt begrænsede. De systemer og sociale netværk i Kammas hverdagsliv, som hidtil var kilde til fornøjelse, afslapning og social forbundethed, blev erstattet af behandlingssystemets professionelle: læger, psykiater og psykolog på hospitalet og leder og medarbejdere på DB. Kamma læste om og blev vejledt i, hvordan sygdommen anoreksia nervosa fungerer og skal behandles, og hvordan hun skulle være ”spisestøtte” for Ea.

Tillid til behandlingssystemet og motiveret handlekraft

Ved terapiens begyndelse havde Kamma tillid til DB og følte sig set og hørt af institutionens leder. Kamma fulgte anvisninger til behandlingen og sov bl.a. meget lidt, fordi Ea søgte at gå lange ture om natten for ikke at tage på. I session 3 var Kamma meget træt af spisningen med Ea og frustreret over, at Ea skulle være hjemme, fordi hun ikke kunne overskue at tage med DB og de andre unge på dagsudflugt til en forlystelsespark, så Kamma måtte arrangere anden spisestøtte. Ugen efter var Kamma frustreret over, at hverken hospitalets psykolog eller sygeplejerske havde fulgt op på, at Ea ved vejningen havde tabt sig. Igen var Kamma handlekraftig og fik arrangeret, at den ugentlige vejning fremover skulle ske på DB. På dette tidspunkt havde Kamma flere tegn på stress og begyndte også at involvere Finn i omsorgen for Ea (hvordan det lod sig gøre, ser vi nærmere på i afsnittet om intra- og interpersonelle ressourcer). Finn er i et andet familiesystem, ligesom Kammas mor og søskende også er selvstændige familiesystemer, der har stor betydning gennem deres fraværende omsorg i Kammas og Eas familiesystem.

Kamma handlede for at reducere situationens stressbelastning og søgte det kommunale system om aflastning to weekender om måneden, ligesom hun fik aftalt, at Ea kunne være hos sin far en aften om ugen, når hun spiste på DB. Det gav Kamma adgang til at have lidt tid for sig selv og hendes nærende netværkssystemer med Carl og venner. I denne periode fik hun Ea screenet for depression og aftalte med DB, at kontaktpersonen ville følge Ea på hospitalet for at få resultatet af screeningen, så Kamma kunne passe sit arbejde. Lægen på hospitalet anførte dog i journalen, at der ikke var en forælder til stede, og i session 9 talte Kamma om følelsen af meget uretfærdig kritik, for hun søgte at planlægge opgavefordelinger i en tæt pakket hverdag med behandlingsaktiviteter og arbejde.

Kammas motiverede handlekraft var forbundet med håb og tillid til behandlingssystemets tiltag, men denne tillid blev udfordret i mødet med systemets manglende interesse for Kammas forsøg på at få hverdagen til at hænge sammen, fx ved at fordele nogle opgaver til professionelle. Nogle af behandlingssystemets aktører i forskellige systemer så ud til at forvente bestemte bidrag fra Kamma som forælder til en syg ung. Det gjorde det svært at fordele aktivitetsbidrag til aktører i andre delsystemer og stadig blive betragtet – og betragte sig selv – som en god forælder. Denne systemerfaring betød, at Kamma efterfølgende selv påtog sig vigtige kontakter på tværs af behandlingssystemerne eller forsøgte at aftale dem som Finns ansvarsområde.

Svigt i behandlingssystemet

DB og aflastning fungerede godt i ca. halvanden måned, men midt i september var Kamma, Finn og hans kone til møde på DB. Kamma fortalte, at:

DB oplyste, at de i sidste uge glemte både mellemmåltid og P-drik – og de har opdaget, at Ea i en periode har gået ture 25 timer om ugen, det er alt for meget. Ved sidste vejning var hun helt nede på 49,3 kilo, hendes sunde vægt er 53-55 kilo. Hvordan kunne de lade det ske, hvorfor har ingen opdaget, at hun gik så meget? Og hvordan kan de glemme et måltid? En af dem skulle følge Ea til kontrol på hospitalet, og det var de også lige ved at glemme – Ea sms'ede til mig og spurgte, om det ikke var i dag? Så måtte jeg spørge på DB. Der er ingen dialog mellem Ea og personalet, de siger bare, at det går godt. Men det kan jo ikke passe!

På mødet fortalte Finns kone også, at hun flere nætter havde hørt Ea liste ud kl. 4 og gå tur rundt i byen og komme retur kl. 6 – ”Og hun har ikke sagt noget! Hvor lidt kærlighed kan der være?”

Ugen efter forlod Ea DB midt på dagen og ringede til Kamma fra en togperon, Ea sagde bl.a., at det nok var bedst, hvis hun slet ikke var her. Kamma blev meget angst, forlod arbejdspladsen og hentede Ea – og begyndte at søge nye behandlingsmuligheder. Kamma og Finn aftalte, at han blev den

fremadrettede kontakt til DB, Kamma havde mistet tilliden til dem. I session 15 (midt i oktober 2017) fortalte Kamma, hvordan hun sammen med Ea drøftede planlægning af Eas mad og fysiske aktiviteter, og Ea noterede nøje planerne – som DB ikke forholdt sig til. Kamma fortalte, hvordan:

DB i stedet er kontrollerende og ikke inddrager Ea eller mig i dialog. DB meddelte blot Ea, hvordan hendes plan var – mens hun spiste! Det fik hende til at sende mig en strøm af mails om, at Ea ikke kunne være med til det. Men jeg var jo på arbejde og har svært ved at nå det hele! Hun er jo syg, hun skal vide, at jeg bakker hende op – jeg har også sagt til hende: ”Ea, din far og jeg, vi bakker op om al behandlingen for at støtte dig!” Jeg prøver jo at forklare hende tingene i stedet for at skælde ud og true, ligesom på DB, de truer med P-drik, hvis hun ikke spiser nok! På DB har Ea først tabt 1 kg, så 600 g, sidst 100 g – nu **skal** hun til at tage på.

Ugen efter havde Ea yderligere tabt sig 200 g og nærmede sig 48 kg. 47 kg betød indlæggelse, og Kamma havde ikke længere tillid til behandlingssystemets almindelige tilbud.

Kamp for normaliserende alternative systemer

Den kritiske situation og DB's fejl skabte tvivl og mistillid til behandlingssystemet og intens aktivitet hos Kamma for at kunne bruge et alternativt tilbud, der netop var blevet etableret af en erfaren sygeplejerske med andre ideer om motiverende og omsorgsfuld behandling end DB's kontrolfokus. I denne periode følte Kamma sig meget stresset, havde svært ved at sove og var angst for, at Ea ville knække, hvis hun igen skulle indlægges. DB og det almindelige behandlingssystem følte som en modstander, og Finn var blevet en vigtig ressource.

Kamma foreslog, at Ea skulle tilbage i sin skole med den nye spisestøtte. Finn sørgede for en privat psykolog med speciale i spiseforstyrrelser og inddrog dermed et nyt system, som Ea blev glad for. De to nye systemer blev vigtige bidrag, da Ea i november 2017 vendte tilbage til en ny klasse i sin skole og i begyndelsen få timers eneundervisning. Kamma havde oplevet en meget imødekommende og forstående skoleleder, som havde arrangeret særlige aftaler for Ea. Dette blev begyndelsen på Eas tilbagevenden til det almindelige skolesystem, som hun i løbet af de følgende år involverede sig stadig mere aktivt i med høj faglig motivation og præstationer og med voksende deltagelse i sociale fællesskaber. Ea orienterede sig dermed i stigende grad mod almindelige samfundsmæssige mål og aktiviteter for unge. Da hun nærmede sig gymnasietiden, øvede hun sig i at spise mad, der svarede mere til almindelige måltidsstandarder end dem, hun havde etableret gennem sygdomsforløbet.

Kammas trivsel og helbred var fortsat afgørende for Ea, men Kamma var udmattet og sårbar efter de første 15 måneders høje stressbelastning, og for-

an hende lå endnu flere års omsorgsarbejde udspændt mellem angst og håb. Gennem Kammas arbejde i terapien med hendes levede erfaringer i nutiden – i lyset af såvel hendes fortids oplevelser som hendes håb og forventninger til fremtiden – blev vigtige behov, følelser og ressourcer tilgængelige for undersøgelse, ny forståelse og forvandling af hendes tilstande, oplevelser og handlinger.

Intra- og interpersonelle levede erfaringer og ressourcer

Levede erfaringer i nutiden var i terapien hver gang udgangspunkt for arbejdet. I mange sessioner formulerede Kamma, at hun var træt, udmattet og følte stress – og det skabte umiddelbart forandring at møde forståelse og medierende redskaber, såsom spejling til at sænke tempo og stimulere selvregulerende processer gennem kropslig afspænding, fokus på vejrtrækning og plads til at mærke og acceptere de aktuelle følelser. Mere langvarige forandringer blev udviklet gennem terapiens samarbejde, hvor Kammas følelser, fornemmelser, fantasier og drømme bidrog med metaforer og symboler, som vi undersøgte og anvendte sammen med andre medierende redskaber til at stimulere selvorganiserende processer med mulighed for bevidst orientering og forståelse, som i eksemplet herunder.

Sanselige symboler og selvforståelse

I session 1 fortalte Kamma, at hun ønskede at forandre sin nuværende situation med stress, uro, angst og truende håbløshed i forhold til Eas anoreksi: ”Det er, som om livet går forbi, mens jeg sidder stille og skal sørge for, hun spiser.” Kamma havde drømt, at hun fandt en livlig tigerkilling i kælderen, og hun syntes, at sådan en er stærk, vild, dramatisk og smuk – og blød og sensitiv. Jeg foreslog, at hun tegnede tigerdrømmen, og Kamma viste stor glæde over tegningen og associerede til impulsivt socialt samvær, leg og kreativitet – også til at finde gode løsninger på problemer – det anerkender hendes dejlige elsker! Kamma kan ikke genkende de kvaliteter fra sin familie: ”Mine forældre var meget lukkede.” Kamma ser også en tigerunge som et væsen ”der kan være farligt, men det kan den ikke gøre for, den er jo bare, som den er”. Det førte til Kammas indsigt i en dyb tvivl om, om hun havde ret til at have de behov, hun mærkede, og ændring af hendes bevidsthed om denne ret til behov for at føle sig levende, behov for kærlighed og nydelse med elskeren og behov for at blive anerkendt.

I den følgende session var det betydningsfuldt for Kamma, at hun havde lov til at have sine egne behov, hun erindrede den tidlige tid med Eas far, Finn, ”han var ikke klar til at blive far”, og hun fortalte om Carl som en betydningsfuld støtte i den aktuelle svære tid. Oplevelsen af at have lov til egne behov for omsorg og livfuldhed viste sig motiverende for Kammas handlekraft gennem hele forløbet i forhold til den stressbelastende situation, så hun fx søgte aflastning og hjælp til nødvendig selvregulering.

Ubevidste erfaringer og forventninger til ”en far”

Undersøgelse af de situationer, Kamma forbandt med følelsestilstandene, kunne bidrage til forståelse af samspil mellem de belastninger, hun oplevede, og nogle mulige ressourcer til at håndtere dem. Nogle af de mulige ressourcer kunne være vanskelige at få adgang til, fordi de var forbundet med erfaringer, der dannede grundlag for manglende tillid, som vi fx kunne se kom til at gælde for DB og andre led i behandlingssystemet. Som forskning i feltet understøtter, var Eas far, Finn, en sådan potentiel ressource, men forbundet med svære følelser. Arbejdet med Kammas ubevidste intra- og interpersonelle levede erfaringer med ressourcer og forventninger til ”en far” har jeg derfor valgt som eksempel på, hvordan Kammas arbejde i terapien kunne bidrage til forandringer og udvikling hos hende selv med betydningsfulde virkninger også for Ea.

Levede ubevidste erfaringer og forventninger om ”en far” vil typisk være forbundet med proksimale processer i barndommens oplevelser af ”min far”, sådan som han var i familien, herunder i forhold til ”min mor” og ”mig”, og det er igen forbundet med familiens situation i det aktuelle samfund (Køster & Winther-Lindqvist, 2018; Vedfelt, 2017).

Kamma fortalte om en barndom med få økonomiske ressourcer – hun havde fx ikke fint tøj til særlige lejligheder på samme måde som skoleveninderne, men hendes far – og hans forældre – var kreative med håndværk og håndarbejde. Kamma huskede altid at have været glad for at skabe noget selv, fx at lave et billedlotteri til en af hendes små søskende, da Kamma var ca. fem år gammel, og lære den lille på to et halvt at bruge det. Denne lille viste sig i treårsalderen at have et handicap, som krævede deres mors fulde opmærksomhed. Kamma erindrede, hvor dejligt det var at sidde tæt med mor og den lille, før handicappet blev krævende, og forskellen efter, hvor hun følte, at den lille fyldte alt for mor. Kamma blev en dygtig storesøster, der var glad for at gå i skole og for at reparere cykel med far, cykle med ham, spille bold og dyrke anden idræt. Matematik og problemløsning kunne far også hjælpe med, og da Kamma var alene med Ea, var det hendes far, der viste sin kærlighed til dem begge med besøg og kreativ hjælp, fx at bygge et fint legehuse til Ea. Far tog sig af Kamma, ligesom han gjorde af hendes mor. Disse minder viste sig i terapiforløbet, når vi undersøgte Kammas følelser og forventninger til Finn og til Carl, som hun længe håbede ville flytte ind.

Finn var ikke en del af Eas og Kammas hverdagsliv ved terapiens begyndelse. Ea ville ikke se ham, og Kamma havde meget ringe tillid til ham – han svigtede dem ved at forlade dem. I terapiforløbets session 2 mærkede Kamma stærk frustration over at have fået et liv som alenemor – hun havde jo bare ønsket sig en normal familie! Jeg bad hende tegne den ”normale familie”, som viste sig at ligne hendes egen opvækstfamilie. Vi undersøgte Kammas følelser og associationer til familien, og hun mærkede sine forvent-

ninger om, at en far er omsorgsfuld, kærlig og ansvarlig. Han hjælper til med at løse problemer og tager sig af sin familie – det gjorde Finn ikke! Terapirummet gav plads til, at Kamma kunne mærke sine følelser af sorg og skuffelse, der var plads til at græde og anerkende disse følelsers berettigelse. Det gav mulighed for at undersøge og forstå Kammas ubevidste forventninger til Finn og derpå med bevidst opmærksomhed undersøge, hvilke ressourcer Finn tilbød Ea og Kamma, og hvordan de kunne være hjælpsomme. Det stimulerede en ny (selv)organisering i Kammas oplevelse af Finns tilbud om bl.a. økonomisk hjælp og afgrænset deltagelse i spisestøtte, så hun kunne tage imod det som hjælp. Det afstedkom en periode, hvor Finn sendte hende blomster, vin og chokolade, Ea syntes, blomsterne var smukke, og langsomt begyndte Ea at komme i dialog med Finn, der involverede sig mere i behandlingsindsatsen.

Kammas levede og følelsesmæssigt erfarede standarder for kærlighed og familiesammenhold, med forældrene som modeller, stod i kontrast til Finns forholdemåde. Det gjaldt grundlæggende hans svigt af deres lille familie, men viste sig også i meget forskellige prioriteringer og værdier i hverdagen. Det terapeutiske arbejde førte ikke til et konfliktfrit forhold, og Kamma følte gentagne gange, at Finn (igen!) svigtede, men hendes arbejde med disse følelser åbnede mulighed for voksende samarbejde om Ea og i det lange behandlingsforløb for helt nødvendig aflastning af Kamma selv.

Sorg og accept

Som det fremgik under ”systemperspektivet”, åbnede udviklingen af relationen til Finn mulighed for hans bidrag til Eas behandling på mange måder, ikke mindst i form af hendes flytning til en helt ny social sammenhæng, da hun flyttede til gymnasiet i Finns by. Fagligt trivedes Ea godt, men de første halvandet år i gymnasiet var hun dagligt i kontakt med Kamma. Kamma mærkede høj stress, hver gang hun igen fik en sms fra Ea med spørgsmål om mad eller påklædning, og gennem mange, mange terapisesioner arbejdede Kamma med at acceptere sin angst for at miste Ea. I terapiens sidste og fjerde år, hvor Ea havde klaret deltagelse i gymnasiet under covid-nedlukning meget fint, voksede Kammas oplevelser af sorg – sorg over sin families og netværkets manglende omsorg og støtte af hende og sorg over alt det, der ikke blev: ingen konfirmationsfester, ingen store julearrangementer, ingen festlige aftner med venner, ingen veninder eller støjende ungdomsfester inviteret hjem til Ea og Kamma, ingen ungdomsudskejelser som dem, Kamma selv havde oplevet som sjove og livgivende. Kammas levede erfaringer med ungdom og forventede glæder for Ea blev ikke virkelige eller mulige at dele med Ea.

Sorg over de mange tab fik plads, efterhånden som Ea så ud til at trives, samtidig med at håb og angst levede side om side med sorgen – hver gang Ea havde tabt sig lidt, fyldte angsten igen Kammas liv. Da Ea havde sagt ”når jeg bliver rask” efter en samtale hos hendes psykolog, var Kamma angst for

at vise sin overvældende glæde over at høre en fremtidslyst hos Ea. Kamma var angst for at provokere sygdommen, så den igen skulle overtage, og hun mindedes den jul, hvor hun havde lagt et foto med juletræet, sig selv og Ea på Facebook – Ea blev rasende og råbte, at hun så glad ud på billedet: ”Folk kan jo tro, at jeg er rask!!!” Kamma fjernede fotoet, men den levede angst var stadig i kroppen. På lignende måder har Kammas levede erfaringer både før og igennem Eas sygdomsforløb dannet grundlag for Kammas livsverden og orientering. Terapiens fjerde år havde fokus på sorg og accept af situationen – accept af tabet af den ønskede ungdomstid for Ea – og af Kammas ønskede moderskab. Accept af familien, der ikke blev som håbet. Accept af en lav stresstærskel og et forhøjet angstberedskab ved tegn på spiseforstyrrelsen. Accept af færre ressourcer til at handle aktivt og af nødvendig hvile og ro. Accept af Kammas egne behov, herunder længslen efter mors omsorg, som aldrig bliver indfriet. Accept af, at spiseforstyrrelsen for altid er en del af hendes erfaringsverden, og af den ensomhed, der fulgte med, når Kamma svarede ærligt på spørgsmålet: Hvordan går det? ”De kan ikke holde ud at høre om det,” sagde hun stille.

Sammen med det tunge arbejde med alle disse ændrede tilstande har Kamma udviklet en mere dvælende, sanseligt opmærksom forholdemåde. Den omfatter registrering af fornemmelser og følelser, der viser tegn på, at hun bliver stresset, og et repertoire af strategier for selvregulering, så hun kan ændre situationen, fx forlade en anstrengende social sammenhæng eller fremadrettet planlægge anderledes. Hun har forhandlet en arbejdssituation med jævnlige hjemmearbejdsdage, da det giver ro, og efter covid-19 er det blevet en mere almindelig mulighed i samfundssystemet. Kammas nye forholdemåde har hun udviklet gennem stimulering af selvorganiserende processer, ikke alene i hendes terapiarbejde, men også gennem sanselig fordybelse, bl.a. ved at skabe billeder og udstille, og gennem disse aktiviteter har hun skabt nye relationer med mennesker, der ligesom hende glædes ved sanselig fordybelse. Et andet fællesskab end tidligere om noget sanseligt og livsbekræftende uden krav til at være en god forælder – der kan Kamma bare være sig selv.

Opsamlende refleksion

Casen beskriver et eksempel på en mors – Kammas – oplevelser af behandling af sin teenagedatter Eas spiseforstyrrelse anoreksi. Efter at have opdaget sygdommen fulgte 15 dramatiske måneder med chok, angst, håb, vrede, afmagt og anstrengelse for at redde Eas liv og få hende til at trives i samarbejde med behandlingssystemets mange led. Da det ganske langsomt begyndte at gå fremad med Ea, var Kamma meget udmattet. Hendes ressourcer havde været strakt til det yderste, og oplevelsen af, hvordan behandlingssystemet havde svigtet på afgørende punkter, betød et fortsat alarmberedskab og stor forsigtighed med tillid til dette system. Dette alarmberedskab blev

yderligere udfordret af sygdommens karakter, for den langsomme bedring var vanskelig at se i det aktuelle øjeblik: Bedringen var ikke en stabil vægtstigning og øget trivsel, men fortsatte vægtudsving med meget langsom stigning afbrudt af vægttab og et meget stort fokus på mad, spisning, kalorier og vægt i Eas liv og dermed også i Kammas.

I de første 15 måneder kæmpede Kamma for Eas liv og for at sikre hende den bedste støtte. I samarbejdet med DB mødte Kamma en praksis og opfattelse af både sygdommen og den syge, som hun ikke kunne forlige sig med. Hun søgte at udvikle motiveret samarbejde med Ea mod sygdommen, ligesom hun søgte at blive involveret som en motiveret forælder i behandlingen og oplevede DB's praksis som en afvisning af denne standard for godt behandlingsarbejde. Det medførte oplevelser af en belastende kamp i stedet for et samarbejde, og sammen med DB's fejlvurderinger og forglemmelser af aftaler om Ea følte det som behandlingssystemets svigt, og tilliden til dette system smuldrede.

Kammas erfaringer med problemløsning gennem bl.a. uddannelse og arbejde, og kendskab til et muligt alternativt spisestøttesystem, var ressourcer, hun aktiverede til at arrangere alternative behandlingstilbud. Det var med store følelsesmæssige belastninger i form af usikkerhed og tvivl om, om det var det rigtige, hun gjorde. Kammas erfaringer med at kunne klare meget selv var en vigtig ressource, og det voksende samarbejde med Finn fik stor betydning for forløbet med det alternative behandlingstilbud, de fik arrangeret. Samarbejdet med Finn rummede stort konfliktpotentialer og var dermed både hjælpsomt og frustrerende. Vanskelighederne kunne til dels forstås ud fra Kammas og Finns forskellige livshistoriske erfaringer og værdier, og i forlængelse heraf deres ofte meget forskellige orienteringer og prioriteringer. Gennem terapiens arbejde med nogle af disse vanskeligheder skabte Kamma nye forståelser og udviklingsmuligheder, både intrapersonelt hos sig selv og interpersonelt i samarbejder med og om Ea.

I deres fælles familiesystem udviklede de meningssystemer med nye forståelser af hinanden og nye forestillinger om standarder for interesse, omsorg, spisning, måltider – og ungdomsliv. Dette kan være vanskeligt, fordi der udfolder sig stærke kulturelle normative kræfter i forestillinger om ungdom, spisning og forældreskab i mediernes kulturelle meningssystemer og i hverdagens kommunikation. Alle disse kræfter kan et terapeutisk forløb ikke sætte ud af spil, men det giver mulighed for, at Ea og hendes forældre kan forholde sig mere bevidst til oplevelser af virkningerne af disse meningssystemers kræfter i form af følellestilstande og tanker.

Psykoedukation om teenageres udvikling og Kammas arbejde i terapien med at have ret til egne behov dannede sammen med Finns støtte grundlag for deres fælles organisering af det særlige spisestøttetilbud, hvor Ea blev mere inddraget i beslutninger om kostens sammensætning og tilrettelæggelsen af selve spisesituationerne. Det gav Ea mulighed for langsomt at udvikle sine motiver og ansvar for sin spisning og vægt. Hendes vej ind i teenagelivet om-

fattede ligesom hos andre unge også kritik af forældrene og forskellige former for modstand mod deres planer. I denne del af udviklingen var det en hjælp for Kamma, at Finn var medforælder, og Ea fik mulighed for at opleve sin far som både ressourcefuld, med interesse for hende og samtidig som en forælder, der kan kritiseres – ligesom hun som andre teenagere gjorde med sin mor.

Et af Kammas store spørgsmål var, hvorvidt hun kunne være årsag til, at Ea var blevet ramt af anoreksi. I forløbet viste det sig, at Ea havde været udsat for alvorlig mobning i skolen i længere tid, før anoreksien brød ind i hendes liv, sammen med voldsom selvkritik. Undersøgelser viser sammenhænge mellem mobbepraksisser, lavt selvværd og spiseforstyrrelse (Colmsee et al., 2021), og en undersøgelse af anoreksi-ramte unge har vist, at lidelsen i 67 % af tilfældene optrådte efter en alvorlig traumatiserende relationel hændelse, hvilket mobning hører under (Lock & Nicholls, 2020). Det var en hjælp for Kamma med viden om, at også andre systemer i Eas livsverden måtte inddrages for at forstå sygdommen.

Sammenlignet med forskningen i familiebaseret terapi er der forhold i casen Kamma, der ligner nogle af de muligheder, som blev fremhævet af Wilson et al. (2007), nemlig at behandling af forældre for sig og anoreksi-ramte for sig viste gode resultater. Det samme gælder betydningen af at udvikle hensigtsmæssig kommunikation mellem familiens medlemmer og herunder støtte deres muligheder for at forstå hinandens perspektiver (Didericksen et al., 2018). Det er særlig vigtigt, fordi det ser ud til, at forældres uenigheder og eventuelle konflikter om både børn, spisning og andre forhold er forbundet med større risiko for spiseforstyrrelser og ringere bedring i disse tilstande (Criscuolo et al., 2020).

Sygdommen anoreksi i casen belastede Kamma med angst for Eas liv og for at miste hende, behandlingsforsøgene omfattede mange tidskrævende møder med fagpersoner, som læger, psykiatere, psykologer m.m., og Kammas hverdag blev fyldt af udmattende spisesituationer med Ea. Kamma beskrev det slidsomme arbejde med at få Ea til at spise en lille bid ad gangen og Kammas følelse af, at livet gik forbi, mens de sad bøjede over bordet og langsomme måltider. De kontrollerende og udmattende spisesituationer og bestræbelser på at følge behandlingssystemets anvisninger (der ligner første del i Maudsley-metoden og i Family-Based Treatment, FBT) gav mening og var en ressource for Kamma i tillid til behandlingssystemet. Da dette system på vigtige punkter svigtede, bristede Kammas tillid og motivation for at følge systemets anvisninger. Behandlingssystemet blev belastende ligesom arbejdet på at arrangere alternative behandlingsmuligheder.

Ud fra casen er det væsentlige resultat i et behandlingsperspektiv, hvordan Kamma gennem fire år arbejdede på at motivere Ea og arrangere hendes omverden med tilbud, der kunne gribe og støtte Eas motiver, livslyst og handlemuligheder, så Ea selv kunne få mulighed for at håndtere spiseforstyrrelsen. Det skete bl.a. ved at arrangere et normaliserende alternativ med fokus på forståelse og motiverende omsorg til forskel fra det etablerede be-

handlingssystemets fokus på kontrol. Den motiverende omsorg indbefattede stadig kontrol af vægt, og det vil være interessant at undersøge, hvordan muligheder for motiverende omsorg og omsorgsfuld kontrol kan indgå i behandling af spiseforstyrrelser og muligvis nuancere eller være alternativ til de trin, der anbefales i Maudsley-metoden og FBT.

Kammas terapiforløb begyndte med fokus på stress, angst og fortvivlelse over anoreksiens angreb på hendes og Eas liv og hverdag. Terapiforløbet kom til at handle om meget mere end det, for anoreksien var ikke alene en sundhedsmæssig og praktisk udfordring, den var også et angreb på de håb og ønsker, Kamma havde for både Eas liv og hendes eget moderskab. Sygdommen var en kraft, som grundlæggende forstyrrede Kammas både bevidste og ubevidste forventninger til hverdagen og fremtiden, en dynamik, der også ses hos unge med livstruende syge forældre (Winther-Lindqvist, 2018). Sygdomsforløbets oplevede virkninger for Kamma så vi i temaerne:

- udspændt mellem håb og angst
- handlekraft næret af håb og tillid
- afmagt, når tilliden brister
- stress og udmattelse
- behov for ro, hvile og omsorg
- ensomhed og sorg.

Psykologisk rehabilitering – til en ændret livssituation

Efter Kammas fireårige psykoterapi og store arbejde med at forholde sig til sine oplevede udfordringer forbundet med de stadige udsving mellem angst og håb og organisere et mere velfungerende hverdagsliv ser hendes egen, Eas og Finns situation mere balanceret ud. Det betyder ikke, at angsten for tilbagefald er væk, og Kamma er fortsat nødt til at være opmærksom på stress-symptomer, som efter dette lange forløb kommer ved mindre belastninger end tidligere. Overordnet er situationen dog nogenlunde ”rehabiliteret” i den forstand, at Ea trives i uddannelse næsten på lige fod med sine jævnaldrende, og Kamma også trives med sin hverdag. I det lys foreslår jeg, at vi ser på individuelle psykoterapi-tilbud til forældre i forbindelse med børns alvorlige sygdom som potentielle og vigtige psykologiske rehabiliteringstiltag, der kan åbne muligheder for forældres ”agens” i forhold til situationer, der kan opleves næsten umulige at håndtere – med virkninger både for den forælder, der er i terapi, og for hele familiesystemet. Det kan være et nødvendigt supplement til de mange gode råd til pårørende fra fx Komiteen for Sundhedsoplysning (Dansgaard, 2016), der i sig selv illustrerer, hvor mange opgaver og stressorer alvorlig sygdom kan bringe ind i familien.

Artiklen er et psykologisk bidrag til, hvordan vi skal forstå ”agens” i forhold til forestillinger om rehabilitering, et spørgsmål, som adresseres i forhold til anoreksi af Skiveren (2021, p. 54) således:

... nok er den anorektiske krop indlejret i et diskursivt og kulturelt felt, der påvirker den, men disse påvirkninger løber samtidig igennem et indre landskab af både sociale, psykiske og biologiske former for agens, der gør dem svære at forudsige.

Den teori og metode, jeg har anvendt, handler ikke specifikt om anoreksi eller om "anorektikeren", men tilbyder begreber og perspektiver til at forstå, hvordan praktisk psykoterapi-arbejde kan bidrage til, at omsorgspersoner til alvorligt syge kan forstå, forholde sig til og drage omsorg for egne behov og stimulere selvregulerende og selvorganiserende processer og dermed potentielt "agentialt" forandre deres oplevede situation og følelser, belastninger, ressourcer og muligheder.

Casen Kamma peger på forhold, der kan være relevante for rehabilitering af andre forældre til børn med anoreksi:

- A) Forældre kan opleve behandling af deres barns anoreksi som en opslidende tilstand udspændt mellem angst og håb og som en kamp for at sikre deres barn den bedste støtte og behandling. Hvis behandlingssystemet ikke lever op til deres standarder og forventninger, og der fx sker svigt i behandlingen, bliver kampen for barnets behandling belastende, og forældrene kan opleve tvivl og afmagt
- B) Forældres indbyrdes forhold og forventninger til sig selv, hinanden og til deres netværk er funderet i ofte ubevidste levede erfaringer, værdier, normer og kulturelle fremstillinger af forældreskab og standarder for omsorg. Både ubevidste og bevidste standarder og forventninger kan belaste relationerne med oplevelser af ensomhed og manglende interesse, forståelse, støtte, omsorg og samarbejde som resultat, ligesom begrænsede ressourcer til at vise forståelse og yde omsorg kan belaste relationerne
- C) Netværk og systemer i forældres øvrige liv har stor betydning for deres bidrag til barnets behandling og for deres egen rehabilitering. Sociale netværk, arbejdspladser og kolleger og aktører i behandlingssystemet kan give hjælp og støtte, mens konflikter eller svigt i disse systemer kan bidrage til øget belastning og fx stress hos forældrene
- D) Forældre kan opleve udmattelse, sænket stresstærskel og øget alarmberedskab forbundet med omsorgsopgaverne og den konstante spænding mellem angst og håb. Også når barnet kommer i bedring, kan forældre derfor have behov for egen rehabilitering
- E) Forældres krævende opgave som primær omsorgsperson for et barn med anoreksi kan sandsynligvis blive mere hensigtsmæssig for barnets behandling og mere overkommelig for forældre, hvis de bliver tilbudt støtte til at håndtere eller blive aflastet fra nogle af de konkrete stressende forhold i den belastende situation.

Tak:

Til "Kamma" for afgørende bidrag, uden hvilke denne artikel ikke havde været mulig.

Til reviewere for meget hjælpsomme, kritiske og konstruktive kommentarer og forslag.

Referencer

- Baarts, C. (2015). Autoetnografi. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder* (2. udg., pp. 169-181). København: Hans Reitzels Forlag.
- Barckmann, C. (2021). Udvikling og opdagelser i systemisk tænkning. *Psyke & Logos*, 42(1), 73-89. <https://tidsskrift.dk/psyke/issue/view/8368>
- Bronfenbrenner, U. (1998). Growing chaos in the lives of children youth and families: How can we turn it around? In J.C. Westman (Ed.), *Parenthood in America. Proceedings of the conference held in Madison, Wisconsin, April 19-21, 1998*. <https://parenthood.library.wisc.edu/Bronfenbrenner/Bronfenbrenner.html>
- Coelho, J.S., Beach, B., O'Brien, K., Marshall S., & Lam, P.-Y. (2019). Effectiveness of family-based treatment for pediatric eating disorders in a tertiary care setting. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(2), 105-115. <http://dx.doi.org/10.1037/cpp0000273>
- Colmsee, I.-S., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low self-esteem as a risk factor for eating disorders – a meta-analysis. *Zeitschrift für Psychologie*, 229(1), 48-69. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000433>
- Cox, M.J. (2010). Family systems and sibling relationships. *Child Development Perspectives*, 4(2), 95-96. <https://doi-org.ez.statsbiblioteket.dk:12048/10.1111/j.1750-8606.2010.00124.x>
- Cox, M.J., & Paley, B. (2003). Understanding families as systems. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 193-196. <https://doi-org.ez.statsbiblioteket.dk:12048/10.1111/1467-8721.01259>
- Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, M.C., Salvo, P., ... Zanna, V. (2020). Family functioning, coparenting, and parents' ability to manage conflict in adolescent anorexia nervosa subtypes. *Families, Systems, & Health*, 38(2), 151-161. <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000483>
- Danmarks Statistik (2021). Husstande og familier – Danmarks Statistik (dst.dk).
- Dansgaard, B. (2016). *LÆR AT TACKLE hverdagen som pårørende*. Komiteen for Sundhedsoplysning. <https://www.laerattackle.dk/hverdagen-som-paarørende/>
- Didericksen, K.W., Berge, J.M., Hannan, P.J., Harris, S.M., MacLehose, R.F., & Neumark-Sztainer, D. (2018). Mother-father-adolescent triadic concordance and discordance on home environment factors and adolescent disordered eating behaviors. *Families, Systems, & Health*, 36(3), 338-346. <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000325>
- Drack, M., & Pouvreau, D. (2015). On the history of Ludwig von Bertalanffy's "General Systemology", and on its relationship to cybernetics – part III: convergences and divergences, *International Journal of General Systems*, 44(5), 523-571. <https://doi.org/10.1080/03081079.2014.1000642>
- Ellis, C., & Bochner, A.P. (2003). Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The handbook of qualitative research* (2. ed., pp. 199-258). California: Sage Publications.

- Fuchs, T. (2011). Body memory and the unconscious. In D. Lomar & J. Brudzinska (Eds.), *Founding psychoanalysis phenomenologically – phenomenological theory of subjectivity and the psychoanalytical experience* (pp. 86-103). New York: Springer.
- Fuchs, T. (2017). Intercorporeality and interaffectivity. *Phenomenology and Mind*, (11), 194-209. <https://oaj.fupress.net/index.php/pam/article/view/7256>
- Hamlin, E. (2020). "Nor any drop to drink": A psychodynamic approach to fluid restriction in eating disorders. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 241-248. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000266>
- Hansen, T. (2016). *Det ubevidstes potentiale*. Frederiksberg: Frydenlund.
- Ilsvard, S., Høstrup, M., Hummelose, K., Stougaard, L., Lanken S.L., & Pilegaard, S.P. (2019). Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd: Målgruppebeskrivelse. Socialstyrelsen. <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/unge-med-spiseforstyrrelser-eller-selvskadende-adfaerd>
- Jørring, N.T. (2009). Først tog Anoreksien magten, så tog hospitalet den. *Fokus*, 37(4), 286-306. <https://www.idunn.no/fokus/2009/04/art01>
- Koivula, K., Kokki, H., Korhonen, M., Laitila A., & Honkalampi, K. (2019). Experienced dyadic emotion regulation and coping of parents with a seriously ill child. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 8(1), 45-61. <http://dx.doi.org/10.1037/cfp0000115>
- Køster, A., & Winther-Lindqvist, D.W. (2018). Personal history and historical selfhood – the embodied and pre-reflective dimension. *Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology* (pp. 538-555). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781316662229.030
- Lock, J., & Nicholls, D. (2020). Toward a greater understanding of the ways family-based treatment addresses the full range of psychopathology of adolescent anorexia nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 10(968). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00968>
- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M., & Lingiardi, V. (2021, April 29). Eating pathology and psychodynamic diagnostic manual (PDM-2) diagnostic assessment: Implications for treatment outcomes in a psychodynamic-oriented residential setting. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000337>
- Nielsen, A.M. (2018). Artikulationsanalyse i fænomenologisk perspektiv. In L. Bøttcher, D. Kousholt & D. Winther-Lindqvist (Eds.), *Kvalitative analyseprocesser* (pp. 63-88). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Nielsen, A.M., & Petersen, F.F. (2021). Affectivity and relational awareness in pedagogy and education: Moments of hesitation in intersubjective encounters. *International Review of Theoretical Psychologies*, 1(2). <https://tidsskrift.dk/irtp/article/view/128018>
- Pedersen, S., & Bang, J. (2016). Historicizing affordance theory: A rendezvous between ecological psychology and cultural-historical activity theory. *Theory & Psychology*, 26(6), 731-750. doi: <https://doi.org/10.1177/0959354316669021>
- Rasmussen, S.A. (2003). Det fjendtlige sprog. *Fokus*, 31, 229-245. Universitetsforlaget.
- Sink, C. (2019) Creating Strong Universal Systems of Support and Facilitating Systemic Change. In Gerrard, B.A., M.J. Carter and D. Ribera (2020). *School-Based Family Counseling – An Inter-disciplinary Practitioner's Guide* (62-98). Routledge. School-Based Family Counseling: An Interdisciplinary Practitioner's Guide (routledge.com)
- Skiveren, T. (2021). Anoreksi og agens: Kropsfilosofiske overvejelser om Cecilie Linds patografi Scarykost. *K&K – Kultur Og Klasse*, 49(131), 39-58. <https://doi.org/10.7146/kok.v49i131.127482>
- Spry, T. (2001). Performing autoethnography: An embodied methodological praxis. *Qualitative Inquiry*, 7(6), 706-732. doi: <https://doi.org/10.1177/107780040100700605>
- Sundhedsdatastyrelsen (2020). Personer med spiseforstyrrelse Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/spiseforstyrrelser/personer-med-spiseforstyrrelse.pdf>

- Vedfelt, O. (2014). Cultivating feelings through working with dreams. *Jung Journal: Culture & Psyche*, 3(4), 88-102. doi: <https://doi.org/10.1525/jung.2009.3.4.88>
- Vedfelt, O. (2017). *A guide to the world of dreams. An integrative approach to dream-work*. Oxfordshire: Routledge.
- Wilson, G.T., Grilo, M.G., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>
- Winther-Lindqvist, D. (2018). Analyse af personperspektiver – ungeliv med alvorligt syg forælder som eksempel. I: L. Bøttcher, D. Kousholt & D. Winther-Lindqvist (red.), *Kvalitative analyseprocesser* (pp. 41-62). Frederiksberg: Samfundslitteratur.