

Den anoreksiramte unge kan behandles i hjemmet

Artiklen henvender sig til psykiatriske sygeplejersker. Den er baseret på et pilotprojekt fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Kolding, hvor distriktssygeplejersken benytter systemiske og narrative metoder i hjemmebehandlingen af den anoreksiramte familie. Hovedbudskabet er, at hjemmebehandling af den anoreksiramte unge er lovende, men kræver yderligere undersøgelser.

Anorexia Nervosa (anoreksi) er i Danmark en relativt hyppig lidelse, som rammer ca. 5 pct. af unge kvinder. Tilstanden er karakteriseret ved et betydeligt vægttab som følge af restriktiv fødeindtagelse, eventuelt kombineret med overdreven motionering og udrensende adfærd.

Den unge har ligeledes en sygelig angst for at blive for tyk, samtidig med at kropsofattelsen er markant forstyrret, idet den unge oplever sig klart større, end hun reelt er. Pigerne har som regel ophør af menstruationer, hvis de ikke tager p-piller (1).

Officielle anbefalinger vedrørende behandling af anoreksi lægger vægt på, at der primært anvendes ambulante strategier og en aktiv involvering af forældrene. Målet er at genoprette familiens normale funktioner kombineret med vægtøgning hos den unge gennem en normalisering af spisemønstret og motionering, samt ophør af udrensende adfærd (2).

Kendetegnende for familier med en ung med anoreksi er en oplevelse af total forandring i deres liv og dagligdag. Anoreksien vil som en snerle hurtigt omslynge og infiltrere hele familien.

Fra tidligere at have været en almindelig familie med almindelige måltider, hyggestunder, ferierejser, ungeliv, voksenliv m.m. bliver familien en kampplads, hvor konflikter omkring spisning, motion og udrensning kvæler alt andet. Samtidig er vægten som regel på vej derved, hvor enhver kan se, at det er livstruende. Forældrene oplever angst, skyldfølelse, magtesløshed og mangler tro på egen forældrekompetence (3).

Inkompetencen cementeres

Som professionel mødes man gentagne gange med spørgsmål som:

"Hvordan får vi vores datter/søn til at spise igen"?

"Hvordan skal vi tackle måltiderne derhjemme"?

Forældrene føler sig ikke hjulpet ved blot at få udleveret en kostplan ledsaget af en opfordring til at få den unge til at følge planen eller ved at konstatere, at man under en eventuel indlæggelse kan få deres datter til at spise efter en kostplan. Tværtimod oplever forældrene ofte, at deres følelse af inkompetence cementeres og fremstår endnu klarere.

Selv om forældrene via et indlæggelsesforløb eller ambulante forløb ofte har haft løbende kontakt til behandlernetværket omkring den unges spiseproblemer i en længere periode, giver mange af dem udtryk for, at de



Arkivfoto: Corbis

føler sig magtesløse og alene i bestræbelserne på at få den unge til at spise derhjemme.

De voldsomme konflikter ved specielt måltiderne og i forbindelse med den unges ofte meget tvangsprægede og rigide handlemønstre er vanskelige for forældre og andre nærtstående at tackle.

Fra at have et ungt menneske godt på vej til selvstændiggørelse står de som forældre pludselig med en ung, som indimellem svinger fra at være et meget lille barn, som har brug for, at forældrene tager over og ved bedst, til at være den mere alderssvarende unge.

Udvikling i familiemæssig kontekst

Behandlingen af anoreksi har hidtil været centreret om hospitalsbaserede og hospitalslokaliserede tilbud. Det gælder såvel ambulante behandling og behandling under indlæggelse som tilbud om psykoedukation af pårørende. Den hospitalsbaserede behandling af de unge med ano-reksi kan, hvis der ikke arbejdes fokuseret med inddragelse af forældrene og udvikling af deres kompetencer, medføre berettiget angst hos forældre og de unge for, hvordan det skal gå efter udskrivelse.

Meget tyder på, at den kontekst, hvori handlestrategierne indlæres, er af stor betydning for, i hvilken kontekst de kan implementeres. Det er således ikke optimalt at instruere forældrene om, hvordan de derhjemme støtter den unge i at spise, begrænse motion, kontrollere udrensning og få gang i ungelivet igen, når de befinder sig i et hospitalsmiljø. Det ideelle ville være, at forældrene sammen med den unge blev instrueret og trænet i at udvikle egne strategier i de rammer, som er virksomme lige netop i deres hjem og deres familiemæssige kontekst.

Træning hjemme hos familien

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Kolding har jeg som distriktssygeplejerske, det sidste år ansat i et pilotprojekt i afdelingens spiseforstyrrelsesteam, taget hjem til den anoreksiramte familie for ud fra en systemisk og narrativ forståelsesramme at give et tilbud om samtale i hjemmet, hvor træning i at indtage et måltid indgår som et centralt element.

Baggrunden for pilotprojektet var en oplevelse hos behandlerne af, at der i stigende grad opstod problemer med de unge og meget dårlige anoreksipatienter, når de efter lang tids indlæggelse skulle udskrives til hjemmet til fortsat ambulante behandling. Fra forældrene kom der under indlæggelsesforløbene og i de psykoedukative pårørendegrupper flere og flere bemærkninger om, at de derhjemme følte sig meget alene i kampen for at få den unge til at spise. Det var lettere sagt end gjort at få den unge til at følge vores kostplan derhjemme. Den vejledning og de råd, forældrene havde modtaget fra behandlere og miljøpersonale, var vanskelige at overføre til hjemmet. Samtidig blev det klart, at de unges søskende ikke altid blev inddraget i behandlingen, og at der var et stort behov for en indsats på det område.

Sammenhængen er vigtig

Inspireret af multipel familierapi til unge med ano-reksi med baggrund i systemisk og narrativ terapi, hvor der både arbejdes specifikt med måltidet, men også med den samlede families forhold, er idéerne til denne nye metode udsprunget (4). Derudover har jeg i mit uddannelsesforløb i systemisk familierapi været meget optaget af kontekstbegrebet (5).

I psykiatrien har det i mange år været velkendt, at det at overføre ADL-træning fra hospitalets rammer til de hjemlige rammer er meget vanskeligt. En grundlæggende systemisk antagelse er, at alt er forbundet med alt i verden. Det vil sige, at omgivelserne - den sammenhæng eller kontekst, man er en del af - er vigtige for forståelsen af den enkelte eller familien.

Når vi ser den unge og familien, er forudsætningen for at kunne forstå den unges og familiens situation at være nysgerrig og interesseret i deres forskellige måder at opleve situationen på ud fra den private konteksts præmisser og ikke ud fra hospitalets.

Det, der let sker i hospitalsverdenen, er, at vi fokuserer på det syge og overtager forælderrollen. Forældrene kommer

derved ud på et sidespor og føler sig måske endnu mere mislykkede som forældre. En anden risiko er, at personale og behandlere lettere i hospitalsverdenen kommer til at lave en defokusering, hvor vi fokuserer på det, der fanger vores opmærksomhed, i stedet for at fokusere på den ramme, fænomenet er sat ind i, og forstå fænomenet ud fra denne. F.eks. blev en mor til en ung indlagt pige oplevet som meget dominerende og styrende af personale og behandlere. Moderens oplevelse var, at hun ikke følte sig hørt og forstået i behandlingsforløbet. Hjemmebesøget hos familien gav en helt anden oplevelse, hvor hjemmets ramme, specielt på det nonverbale niveau, viste et andet billede af familien. På den hjemlige konteksts præmisser fremstod mor som en varm, omsorgsfuld, bekymret mor, som gerne ville være aktiv i sin datters behandling og tage medansvar.

Metode

Forud for det første hjemmebesøg præsenteres familien for mig, jeg informerer om tilbuddet, og de giver deres accept. Der planlægges i første omgang to hjemmebesøg med en uges mellemrum, hvorefter der evalueres. Familien får eventuelt tilbud om at fortsætte, og behovet vurderes. Efterfølgende vil der med jævne mellemrum være evaluering af forløb holdt op mod de fælles mål i behandlingsplanen.

Hjemmebesøget varer 2-2½ time, og tidspunktet ligger omkring et måltid, morgenmad eller frokost.

Besøget er delt op i tre dele:

1. del: Samtale a 45 minutter (1. hjemmebesøg 75 minutter), pause 15 minutter.
2. del: Måltidet a 30 minutter.
3. del: Opsamling a 30 minutter.

Samtalen

Ved det første hjemmebesøg afgrænses sammen med den unge og familien, hvad det er, de har brug for hjælp til at forandre, og hvad de gerne vil opnå med tilbuddet om hjemmebehandling. Der formuleres i fællesskab en behandlingsplan med mål og aftaler, som den unge og familien får udleveret, og som løbende justeres. Derudover vil den første samtale også indeholde en del afdækkende spørgsmål for at få et overblik over, hvad der har ført til, at den unge har fået en spiseforstyrrelse, og i det hele taget at få en fornemmelse af hele familien og dens ressourcer og kompetencer, men også begrænsninger.

Måltidet

Der orienteres om rammerne for måltidet. Familien har på forhånd - hvis hjemmebesøget er midt på dagen - aftalt, om det er et varmt eller et koldt måltid, den unge skal indtage. Måltidets varighed er en halv time, og jeg sidder væk fra bordet og deltager ikke i måltidet, men kan træde til undervejs med spørgsmål og støtte. Mit udgangspunkt er, at det er kompetente forældre, jeg sidder over for, men at det er forældre, som aktuelt er slået ud af kurs pga. anoreksi. Forældrene kan genvinde deres fulde forældrekompetence igen.

Eksempler på spørgsmål: "Om den unge får det at spise, der skal til for at tage på" Hvis ikke, spørge ind til kostplanen og til, hvilke konsekvenser forældrene vil sætte op"

Er den unge helt fastlåst og ikke i stand til at komme i gang med at spise, støttes forældrene i at gøre det, der umiddelbart falder dem for, og går de i stå, forsøger jeg ved hjælp af anerkendende spørgsmål at skubbe dem i gang (se boks 1 og 2).

Opsamling

Dagens program og forløb drøftes, og der aftales fokuspunkter, som familien gerne vil arbejde videre med indtil næste hjemmebesøg.

Egne måder

Ved hjemmebesøgene er der generelt fokus på, at forældrene finder deres egne måder at gøre tingene på sammen med den unge. I samtalen vil der indgå såvel elementer af psykoedukation som systemiske spørgsmålstyper fra lineære, strategiske spørgsmål til de cirkulære, refleksive spørgsmål. De lineære spørgsmål er orienterende og

problemafkørende, og der spørges ind til data og fakta. Strategiske spørgsmål stilles for at påvirke den unge eller familien i en bestemt retning. Terapeutens rolle bliver lærer, instruktør eller dommer. De cirkulære spørgsmål er baseret på cirkulære forestillinger og stilles for at afsløre tilbagevirkende mønstre, som forbinder opfattelse og begivenheder; f.eks. spørgsmål om sammenhænge og om forskelle.

Med de refleksive spørgsmål forsøger terapeuten at skabe rum, så den unge eller familien kan opdage nye muligheder og udvikle sig på egen hånd. Det kan f.eks. være hypotetiske og fremtidsrettede spørgsmål (6).

Familiemæssige relationer

Anvendelse af genogram (stamtræ) til at afdække de familiemæssige relationer er et andet godt redskab i samtalen og kan belyse mønstre og temaer, der har optrådt gennem generationer, og som måske stadig har indflydelse på familiens interaktioner. Et genogram er et stamtræ, hvor man sammen med den enkelte på papir eller tavle nedskriver nærmeste familie et par generationer tilbage. Der kan ligeledes uden om familiestamtræet påføres venner, kolleger eller andre centrale personer fra den enkeltes liv (7).

Narrativ terapi

Det måske vigtigste redskab i samtalerne med den unge og familien er narrativ terapi. Narrativ terapi handler om historier og om at adskille problemet fra personen, at arbejde med den eksternaliserende samtale. Det væsentlige i narrativ terapi er, at problemet er problemet, det er ikke personen, der er problemet, og det er en fælles opgave at behandle anoreksien og om nødvendigt indkalde flere ressourcepersoner, fordi forløbene ofte er langvarige og udmattende (8,9).

Tilbagemeldinger præget af begejstring

De mundtlige tilbagemeldinger fra både unge og forældre er overvejende præget af stor taknemlighed og begejstring. Tilbuddet om hjemmebehandling opleves som en stor støtte. Forældrene fortæller, at de har fået en større indsigt og forståelse, som har medført en større sikkerhed specielt i forhold til, hvordan de skal tackle måltiderne, men også med hensyn til at kunne vurdere, hvornår det er anoreksien, der er på spil, og hvornår det er den unge selv. Dette er vigtigt i forhold til at nedtone det anorektiske og fremme den enkeltes egne ressourcer.

I god og positiv udvikling

De seks unge, som har deltaget i pilotprojektet, er alle stabiliseret i deres mål-vægt-interval og er i en god, positiv udvikling i og uden for familien. Familierne har fået tilbuddet om hjemmebehandling på forskellige stadier i det anorektiske forløb. To unge har sygdomsforløb, der går 2-3 år tilbage, den ene havde været indlagt i 1½ år, og hele familien var svært styret af anoreksien, før hjemmebehandlingen blev iværksat. Både familien og behandlergruppen omkring den unge var opgivende, og forældrene var meget slidte efter to års kamp med anoreksi. Der var voldsomme konflikter i hjemmet under måltiderne, og når forældrene i øvrigt forsøgte at bremse datterens rigide motionsmønstre. Til tider blev det også korporligt, spisebordet blev ryddet, og de mange skænderier havde gjort, at anoreksien suverænt havde overtaget. Denne familie har haft 10 hjemmebesøg, og den unge har kortvarigt været indlagt som døgnpatient i tre måneder, hvor hun kom i antidepressiv behandling. Både den unge og forældrene har givet udtryk for, at det har været en stor lettelse og hjælp, at der kom en behandler hjem, som kunne være med til at genskabe familiens rammer. Faderen beskrev det således: "Behandleren var som et anker for familien, som i en periode sikrede, at de ikke drev til havs."

Hele familien er nu ved at være på fode igen og arbejder med at genfinde deres normale rytme. Den unge er godt i gang med sit ungeliv.

Ønske om hjemmebehandling fra dag ét

Tre af de unge var forholdsvis nyhenviste i ambulatoriet, og den ene fik kun brug for en meget kort døgnindlæggelse på ca. seks uger. Fra disse familier har der været ønske om at få hjemmebehandlingstilbuddet fra dag ét, hvor de får udleveret kostplanen. Begrundelsen for dette er, at de føler sig meget usikre, og at konflikterne kan være voldsomme. De giver let efter for de mange anorektiske begrundelser for, hvorfor den unge ikke skal spise, fravælger fedt m.m.

En mor beskrev angsten og dens betydning for ano-reksien på følgende måde: "Angsten er anoreksiens motor," dvs., at hvis der i familien var for meget usikkerhed og angst, fik anoreksien for meget næring.

Denne familie fik i alt fire hjemmebesøg samt kostvejledning hos diætist, og den unge fik i en periode angstdæmpende og antidepressiv medicin. På tre måneder tog den unge de 15 kg på, som hun havde tabt, og nu efter et halvt år spiser hun ikke længere efter kostplan, og livet både i og uden for familien er normaliseret. Efterfølgende har hun været fulgt i ambulatoriet med ugentlige samtaler i ca. otte uger, derefter med 2-3 ugers interval i en kort periode og nu med 2-3 måneder imellem samtalerne.

Evaluering vha. spørgeskema

I tre af familierne har 1-2 søskende deltaget - dog ikke ved alle hjemmebesøgene pga. skolegang - og forældrene har også taget udgangspunkt i søskendes behov, og det har givet god mening. Ved disse hjemmebesøg har der specielt været fokus på søskendes behov i forhold til den unge med anoreksi og på, hvordan de bedst kunne støtte, men også overleve selv.

Tilbagemeldingerne fra søskende og forældre er, at det er nemmere at tage problemstillinger op derhjemme end ved samtaler på et hospital. Flere af dem har oplevet sig nervøse inden besøget og frygtet mine spørgsmål, men med lettelse givet udtryk for, at de emner, der er blevet drøftet, har virket naturlige og meningsfulde.

Ud over de mundtlige tilbagemeldinger har familierne fået tilsendt et spørgeskema, et skema til den unge med anoreksi, ét til forældrene og ét til søskende. Svarene her stemmer overens med de mundtlige tilbagemeldinger. På spørgsmålet: "I hvor høj grad føler du dig/I jer støttet, når en behandler kommer hjem til jer i jeres hjem" Meget høj grad, høj grad, nogenlunde, mindre grad, slet ikke," svarer forældrene fra "nogenlunde" til "meget høj grad." De unge med anoreksi svarer fra "nogenlunde" til "i høj grad," og en enkelt svarer slet ikke. Søskende svarer "nogenlunde" til "høj grad" (se boksene 3, 4 og 5).

Behov for metodeudvikling

Litteraturen om familierterapi til familier med en ung med anoreksi peger på, at disse familier er mere velfungerende end familier med et psykisk sygt familiemedlem. I nyere kontrolstudier, hvor man sammenligner familiefunktionen med kontrolfamilier, har man fundet, at familier med en ung med anoreksi er mere lig normale kontrolfamilier end familier med andre psykiatriske dia-gnoser (10).

Forældrene har et stort ansvar for at hjælpe deres barn til at blive rask igen, et ansvar de fleste forældre også gerne vil påtage sig, men det kan være nærmest uoverskueligt for dem, og det er en helt ny verden at bevæge sig ind i anoreksien og de børne- og ungdomspsykiatriske rammer.

Litteraturen peger i den retning, at det måske vigtigste i familierterapien er, at der er trygge rammer, og at behandlerens opgave er at give familien troen på dens egen kompetence tilbage (11).

Del af behandlingstiltag

Hjemmebehandling af anoreksiramte familier kan ikke stå alene som behandlingstilbud, men kan være en vigtig del i den vifte af behandlingstiltag, som den unge og familien møder, lige fra somatisk udredning, vægtkontrol, kostvejledning, indlæggelse, medicinsk behandling og diverse terapitiltag til psykoedukationsgrupper.

Hjemmebehandlingen opleves specielt af forældrene som en stor støtte, hvor deres færdigheder og kompetencer udvikles. Det vil kunne give den unge med anoreksi flere faste rammer og mindre usikkerhed i omgivelserne, hvilket er afgørende faktorer i behandlingen. Et vigtigt element i hjemmebehandlingen er også, at der fra kommunerne gives mulighed for at søge orlov til den ene forælder, da det et langt stykke af forløbet er meget tids- og energikrævende at støtte op om den unges måltider i hjemmet.

Solidt kendskab til lidelsen nødvendigt

En forudsætning for at arbejde med anoreksiramte familier i eget hjem er et solidt kendskab til lidelsen og mange års erfaring med familier med en ung med spiseforstyrrelse. Derudover skal man besidde en masse ro, sikkerhed, være

ydmyg og møde og anerkende familien og dens måde at gøre tingene på.

Teoretisk er den systemiske og narrative tilgang til problemstillingerne meget anvendelig i arbejdet med familien og nærmest en nødvendighed at have med sig. Specielt eksternaliseringen, hvor anoreksien adskilles fra den unge og giver mere plads til den unge selv, væk fra skyldfølelse og utilstrækkelhedsfølelse.

At ændre behandlerens kontekst fra hospitalets ramme til hjemmets ramme er måske den største barriere for os behandlere. Flere kolleger har som det første spurgt, om familierne ikke oplever mig som en, der kommer ud og snuser i deres hjem. Kun enkelte familier har givet udtryk for, at det var lidt underligt, at jeg skulle komme hjem til dem, og efter første hjemmebesøg er det ikke blevet nævnt. De fleste giver tværtimod udtryk for dyb taknemlighed over, at der er nogen, som vil komme hjem og være sammen med dem i de vanskelige situationer.

Isoleret set er det dyrt at lade en behandler forlade sit ambulatorium og besøge patienter og familie i hjemmet. Man kommer til at bruge en del tid på landevejene. Men samfundsmæssigt kan det på lang sigt betyde færre, dyre indlæggelser og kortere indlæggelsesforløb, når der fra starten af behandlingsforløbene arbejdes med familiens kompetencer i hjemmet.

Det ville være oplagt at afprøve og udvikle metoden i forhold til flere familier med en ung med anoreksi.

Hvis alle nyhenviste skulle have et sådant tilbud ved distriktssygeplejerske eller anden faggruppe med meget erfaring med at arbejde med spiseforstyrrelser, ville det kræve såvel tilførsel af ekstra ressourcer som en målrettet videnskæssig opkvalificering.

Anne Marie Bukholt er tilknyttet Børne- ungdomspsykiatrisk Afdeling, Fredericia-Kolding Sygehus;
aplebukholt@mail.dk

Litteratur

1. Pagsberg & Wang, Epidemiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Acta Psychiatry Scand. 1994, 90(4): 259-65.
2. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. Sundhedsstyrelsen 2003.
3. Davidsson B, Ringborg CL. Madkampen - om spiseforstyrrelse i familien. København: Kroghs forlag; 2003.
4. Scholz M, Rix M. et al. Treatment manual for multi-family therapy with Anorexia nervosa. Dresden, December 2002, London, August 2003.
5. Hårtveit H, Jensen P. Familien - plus en. København: Forlaget Klim; 2005.
6. Tømm KI. Systemisk Intervjumetodik Del III, kap.6: Er hensigten at stille lineære, cirkulære, strategiske eller refleksive spørgsmål" Stockholm: Mareld; 1989. Oversat af Torben Marner i Forum 4/92.
7. Burnham JB Familieterapi. København: Hans Reitzels Forlag; 1989.
8. Morgan A, Narrative samtaler. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
9. Maisei R, Epston D, Borden A. Biting the hand that starves you. New York-London, W.W.Norton & Company; 2004.
10. Wallin U, Atstörning och familjen - en översigt. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2251-3.

►► BOKS 1. HJEMMEBEHANDLING TILBUDT VED AMBULANT START

Hjemmebesøg hos Tine og hendes familie

Tine er 17 år og bor sammen med sine forældre og lillesøster på 15 år. Storesøster er flyttet hjemmefra. Tines anoreksi startede i februar 2006 i forbindelse med en halsvirusinfektion, og hun blev henvist til ambulante behandling i eftersommeren 2006 med et vægttab på 15 kg og et BMI på 15.

Til stede er: Tine, hendes forældre, lillesøster og jeg.

Efter aftale fra sidste hjemmebesøg kommer jeg klokken otte til dagens hjemmebesøg, da anoreksien er meget aggressiv om morgenen. Vinder den over Tine på det tidspunkt, har den vundet resten af dagen.

Tine sidder sammenkrøbet i fosterstilling ved spisebordet i køkkenet. Hun er helt stivnet i mimikken, og hun nikker kort goddag for derefter igen at krybe ind i sig selv. Mor bemærker, at det er slemt i dag.

Mor sætter sig over for Tine og far ved siden af. Lillesøsteren sidder for den ene bordende i gang med sin Havrefras, og jeg placeres ved den anden bordende, trukket lidt væk fra bordet.

I henhold til kostplanen har mor smurt to halve boller med smør, ost, syltetøj samt sat et glas saftvand frem foran Tine. Hun sidder fortsat sammenkrøbet, og tårerne begynder at trille ned ad kinderne.

Mor læner sig ind over bordet og opmuntrer Tine til at begynde at spise: "Og at det bare er den første mundfuld, hun skal have, og så skal det nok gå."

Det er ikke tilstrækkeligt, og mor vælger at rejse sig og gå over ved siden af Tine. Mor fjerner den ene halve bolle, og den anden skærer hun i mindre stykker og tager en gaffel, hvorpå hun sætter det ene stykke. Og mens hun holder om Tine med den ene arm, guider hun Tines hånd til at føre gafflen op til munden. Mor trøster Tine og roser hende for at have taget den første bid. Derefter kan Tine selv fortsætte og får spist hele bollen samt drukket saftvandet. Far er undervejs også kommet med små opmuntrende bemærkninger, men har også forsøgt at holde en samtale i gang med lillesøsteren, som de plejer med lidt smådrillerier. Jeg vælger at forholde mig i ro, da familien tackler den svære situation flot, og det lykkes Tine at få spist sin morgenmad.

Efterfølgende bliver Tine sig selv igen, og jeg følger op med samtale, hvor morgenmåltidet ses fra alle familiemedlemmernes side. Tine begynder nu at kunne sætte ord på og fortæller, at anoreksien fyldte 100 pct., og at hun havde haft det rigtig skidt. Hun giver udtryk for, at havde jeg ikke været der under måltidet, tror hun, anoreksien havde sejret.

Jeg anerkender den indsats, de alle har gjort under måltidet, og Tine kan ligesom ved sidste hjemmebesøg give udtryk for, at det, der hjælper til at besejre anoreksien, er den omsorg, som mor giver hende både fysisk og med kærlige ord - og det, at både hun og far står fast. Søsteren oplever på trods af, at anoreksien fyldte så meget i dag, at søsteren har det lidt bedre, nu hvor hun begynder at spise. I situationen vælger søsteren bare at spise videre og snakke med far og familiens hund, som de plejer. Tine fortæller søsteren, at det også er det bedste, hun kan gøre, da det kan hjælpe til at aflede de anorektiske tanker og holde fast i virkeligheden.

På trods af at det er lykkedes mor rigtig godt at få Tine til at spise og sejre over anoreksien, fortæller mor om sin store usikkerhed, når anoreksien er værst. Hun

oplever, at det ikke er det samme, der virker hver gang, og hun er glad for at høre, at Tine fortæller, at det vigtigste er, at de som forældre holder fast med alle de argumenter, de kan finde. Mor vil gerne drøfte det, at hun næsten mader datteren, når Tine går helt i stå, og anoreksien fylder det hele som i dag. Tine har flere gange sagt til mor, at det er krænkende ligefrem at skulle mades med den alder, hun har. Jeg spørger, hvad mor ville have gjort, hvis Tine havde en cancerlidelse, hvor hun var så afkræftet, at hun ikke selv kunne spise og drikke. Mor ville klart sørge for, at Tine fik noget at leve af, og vi taler om, at anoreksien kan blive lige så livstruende, hvis den vinder over Tine og familien.

►► BOKS 2. HJEMMEBEHANDLING TILBUDT EFTER TO ÅRS BEHANDLING

Eksempel på hjemmebehandling tilbudt efter to års behandling med to længere indlæggelser og et ambulantly forløb.

Hjemmebesøg hos Pia og hendes familie

Pia er 14 år og bor sammen med sine forældre og lillebror på 12 år. Pias anoreksi startede for to år siden, og hun har to lange indlæggelsesforløb bag sig, og både hun og familien er meget styret af anoreksien, da tilbuddet om hjemmebehandling starter.

Til stede er Pia, forældrene og jeg. Lillebror er i skole.

Forældrene har i dag valgt, at de skal have varm mad, og menuen står på hakkebøffer, kartofler, sovs og salat. Pia starter med at rode rundt i bøfferne for at finde den mindste og forsøger at skære lidt fra for at gøre den mindre. Mor påpeger dette, og Pia vrisser, men tager en bøf op på sin tallerken. Der bliver ingen sovs øst op, begge forældre kommenterer dette og vil hjælpe, men Pia farer voldsomt op og forlader råbende og udskældende bordet og løber nedenunder på sit værelse. Forældrene drøfter kort med mig deres næste træk, hvor mor vil gå ned og forsøge at få Pia med op til bordet igen.

Det ender med, at Pia slår mor, som grædende vender tilbage til bordet, og far går derefter ned til Pia. Jeg trøster mor og taler med hende om, at det er anoreksien, der har det fulde tag i datteren, og at det også er anoreksien, der får datteren til at slå hende.

I mellemtiden har far forsøgt sig, og det ender i høje råb nedefra og en smækket dør. Far kommer ovenpå, og jeg beslutter at tage over og går derefter ned i kælderens til Pia, som på ingen måde vil lukke mig ind, så vi kan tale sammen. Samtalen foregår derfor igennem døren. Jeg møder Pia med, at jeg både kan se og høre, at det er rigtig svært i dag, og at anoreksien fylder meget. Jeg understreger, at det, vi alle i fællesskab arbejder på, er, at hun kan blive rask, og at hun kan nå de mål, vi i fællesskab har sat om at være hjemme i julen og at komme med hele familien på skiferie i februar.

Pia falder til ro og vender efter et par minutter tilbage til bordet og spiser færdig. Jeg anerkender den store indsats, de alle tre har gjort, hvor anoreksien har været meget aggressiv. Vi samler efterfølgende op og runder af.

▶▶ BOKS 3. CITATER FRA DE UNGE OM ANOREKSI

- "Det kan være hårdt indimellem, men man bliver klogere på sig selv. Det er rart, når behandleren kan støtte ens gode side, og fra hvert besøg kunne jeg tydeligt mærke mit gamle jeg komme tilbage. Det er en stor hjælp, når den side bliver støttet så meget, at man får roen igen."

- "Vi er blevet meget klogere på hinandens følelser, reaktioner og behov, så mine forældre er blevet meget bedre til at støtte mig. Før kunne de godt komme til at støtte mig i det forkerte, altså det som jeg ikke havde behov for på dette tidspunkt - men nu kender de mig bedre. Der er selvfølgelig lidt vanskeligheder, men det kan man ikke undgå."

▶▶ BOKS 4. CITATER FRA FORÆLDRE OM TILBUDET OM HJEMMEBEHANDLING

- "Vi oplevede det som en tryghed, at der kom en behandler hjem til os. På det tidspunkt var samvær og måltider så belastende, at det var en lettelse, at der var én, der kunne komme her og støtte. Det var godt, behandleren så vores datter hjemme i de belastende situationer. Også rart at være hjemme under samtalerne."

- "Vi har følt hjemmebesøgene støttende, at det hjalp til at få vores selvtillid som forældre styrket. Efterhånden var det anoreksien, der satte dagsordenen for hele familien, og man turde slet ikke længere stå fast som forældre. Man var nærmest blevet bange for sin egen datter. Det er et mønster, det kan være svært at komme ud af uden hjælp. Hjælp kan man kun få, hvis behandleren forstår problemet, og disse opstår oftest derhjemme. Endelig følte vi, at vi kæmpede sammen. Der var én, der kunne forstå, hvordan situationen var herhjemme, og derfor bedre kunne hjælpe."

▶▶ BOKS 5. CITATER FRA SØSKENDE OM HJEMMEBEHANDLINGEN

- "Jeg turde ikke altid sige, hvad jeg mente. Hvis jeg gjorde det, havde jeg på fornemmelsen, der ville blive ballade."

- "Jeg tror, hjemmebesøgene betyder rigtig meget, jeg tror, mine forældre blev bedre til at støtte hende, og nogle gange kan min mor og far og søster blive enige, når de har haft en samtale."

▶▶ ENGLISH ABSTRACT

Bukholt AM. Young anorexics can be treated at home. *Sygeplejersken* 2007; (23):42-8.

The article describes a pilot project from Kolding Child and Youth Psychiatry Department, where six families affected by anorexia have been offered treatment at home by a district nurse. The treatment is based on a systemic and narrative approach, in which meal training is a core element. The method itself is described, illustrated with examples and discussed in the article from a theoretic angle on the basis of feedback from the young people and their parents. Home treatment of families affected by anorexia appears to be promising and has been received by the families with considerable gratitude and enthusiasm. The treatment is experienced as a great help which provides greater insight, understanding and assurance in the control of anorexia. Home treatment of families affected by anorexia does, however, require further investigation and method-development.

Key words: Anorexia nervosa, home treatment, systematic approach, narrative approach.