

Familiebasert dagbehandling for anoreksi



Emily Smart Bakken

Dagenhet spiseforstyrrelse BUPA, Oslo Universitetssykehus

emibak@ous-hf.no

Jan-Vegard Nilsen

RASP, Oslo Universitetssykehus

Ingen oppgitte interessekonflikter

Når vanlig poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig, kan et mer intensivt tilbud være nødvendig.

Anoreksi er en psykisk lidelse det er krevende å bli helt frisk fra (Kaye et al., 2013). Ifølge nasjonale retningslinjer og pasientforløp skal behandlingen intensiveres dersom tilfriskningsprosessen stopper opp eller tilstandsbildet forverres i poliklinisk behandling (Helsedirektoratet, 2017, 2018). Det kan gjøres ved å øke frekvensen på terapeutiske møter i BUP og/eller raskt henvise til for eksempel et spesialisert dagtilbud i helseforetaket (Baudinet & Simic, 2021). Et slikt spesialisert tverrfaglig dagtilbud – der pasienten får daglig eller hyppigere oppfølging enn i vanlig poliklinikk – glimrer dessverre ofte med sitt fravær. For mange vil henvisning til døgninnleggelse være eneste tilgjengelige alternativ.

Her presenterer vi et spesifikt intensivt dagbehandlingstilbud for barn, unge og deres familier: Dagenhet spiseforstyrrelse, ofte omtalt som SPIS, ved Oslo universitetssykehus (OUS). Tilbudet har en tidsramme på inntil fire uker og har en familiebasert tilnærming. Behandlingsmanualen til Lock og Le Grange (2012), kjent som familiebasert terapi (FBT), er en viktig faglig inspirasjon. Intensivering av behandlingen innebærer blant annet at familien får hyppigere/daglige samtaler, samt veiledning under måltider flere ganger daglig.

ESB jobber på Dagenhet spiseforstyrrelse, og JVN er tilknyttet enheten som veileder gjennom sin stilling ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP). Vår overordnede målsetting er å vise *hvorfor* det er viktig å kunne intensivere behandlingen til barn og ungdom dersom bedring uteblir, og samtidig gi innsikt i *hvordan* dette kan gjøres og utformes. Vi beskriver behandlingsmodellen som Dagenhet spiseforstyrrelse jobber ut ifra, presenterer enhetens rammer og struktur og reflekterer over hvilke elementer vi mener er virksomme i vår behandling. Til slutt drøfter vi ulike dilemma vi har møtt på.

Familiebasert dagbehandlingsenhet

Et dagbehandlingstilbud for spiseforstyrrelser for barn og unge var savnet ved OUS. Det manglet et nivå i behandlingsskjeden mellom poliklinisk behandling ved BUP med mulighet for én til to konsultasjoner i uken, til full døgninnleggelse. Døgninnleggelse for unge med anoreksi kan også ha negative følger, som lange kompliserte forløp og noen ganger bruk av tvang (Blikshavn et al., 2020; Halvorsen et al., 2017). I tillegg er det en svært begrenset tilgang på spesialiserte døgnplasser for barn og ungdom i psykisk helsevern.

Et annet viktig utgangspunkt er at flere barn og unge utvikler så alvorlige tilstander at ordinær poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig. Avhengig av hvilke forskningsstudier man ser til, og hvordan forskerne har definert «frisk», er det rimelig å anta at omkring halvparten får et godt utfall ved standard poliklinisk FBT (Lock & Le Grange, 2019). For resterende halvpart er det derfor behov for en annen eller mer intensivert behandling, som spesialisert dagbehandling.



Det manglet et nivå i behandlingsskjeden mellom poliklinisk behandling ved BUP, til full døgninnleggelse

Under pandemien, nærmere bestemt juni 2021, ble det avklart at Dagenhet for spiseforstyrrelser, eller SPIS, skulle etableres på Sogn i Oslo, organisert under Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA). En lignende enhet var tidligere etablert i Vestfold med positive erfaringer og tjente som en viktig inspirasjon. I tillegg veiledet psykologspesialist Vigdis Wie Torsteinsson, en sentral fagperson ved enheten i Vestfold, teamet ved oppstart (Torsteinsson et al., 2021).

Familiebasert terapi er anbefalt

Vår nasjonale retningslinje for utredning og behandling av spiseforstyrrelser presiserer at behandling for anoreksi hos barn og unge skal være samtidig symptom- og familieorientert. Retningslinjen gir ikke forrang til en spesifikk manual framfor en annen (Helsedirektoratet, 2017). Internasjonalt er særlig to familiebaserte behandlingsmanualer utbredt, og i Dagenhet for spiseforstyrrelse jobber vi etter prinsipper fra begge. De er utviklet i og for en poliklinisk behandlingssammenheng, men prinsippene kan også anvendes i mer intensiverte settinger, som dagbehandling (Baudinet & Simic, 2021) og døgninnleggelse (Halvorsen et al., 2017; Nilsen et al., 2019). Den ene manualen er «familiebasert terapi for anoreksi» utviklet i USA av Lock og Le Grange (Lock, 2015; Lock & Le Grange, 2012), og den andre er «familieterapi ved anoreksi», utviklet i England (Eisler et al., 2016). I og med at begge manualene deler mange av de faglige røttene og familieterapeutiske metodene, omtaler vi dem som FBT.

Intensivert støtte til foreldrene

FBT ligger altså til grunn for vår tenkning i Dagenhet for spiseforstyrrelser. FBT kjennetegnes av flere prinsipper som guider behandlerne: *et gjennomgående fokus på spiseforstyrrelsessymptomene ; eksternalisering av spiseforstyrrelsen ; ikke søke etter mulige årsaksforklaringer ; ikke-klandrende holdning ; overordnet fokus på å styrke foreldrekompetsene og en terapeutposisjon kjennetegnet ved en konsultativ holdning*. Sistnevnte innebærer at terapeuten i FBT ikke blir for instruktiv med tanke på hva foreldrene skal gjøre, men heller veilede foreldrene og den unge frem til mer hensiktsmessig problemløsning (Rienecke & Le Grange, 2022).

I FBT legges det innledningsvis særlig stor vekt på å styrke foreldrenes kompetanse på å hjelpe barnet sitt med å bli bedre. Behandlingen er inndelt i tre faser og forløper gjerne over ett år. I første fase er hovedmålet å støtte og styrke foreldrenes samarbeid seg imellom. Foreldrene tar ansvaret for at barnet spiser tilstrekkelig, og arbeider for å unngå annen spiseforstyrret atferd. Når bedringen har kommet godt i gang, starter fase 2. Her overtar ungdommen gradvis ansvaret for spisingen, med fortsatt støtte fra foreldrene. I tredje og siste fase av behandlingen er spiseforstyrret atferd minimert. Her blir søkelyset mer vanlig ungdomstematikk og å støtte den unge i et aldersadekvat autonomt liv uten spiseforstyrrelse (Lock & Le Grange, 2012).

I FBT hviler det et stort ansvar på foreldrene. De blir posisjonert som barnets viktigste hjelpere, og det er en helt ny situasjon å være i for de fleste foreldre. De må ofte ta i bruk nye ferdigheter og endre på eller tilføre omsorgsstilen noe nytt. Mange har behov for mer direkte veiledning knyttet til måltider, noe BUP som regel ikke har rammebetingelser for. Det ligger også et stort ansvar på terapeutene. Både den unge, familien og BUP kan derfor få behov for å intensivere hjelpetiltakene. Ved OUS kan dette nå løses ved at BUP sender henvisning og familien får behandling på Dagenhet spiseforstyrrelse.



Veien inn til Dagenhet spiseforstyrrelse

Henvisningene kommer fra fire BUP-er i Oslo, og omhandler hovedsakelig anoreksi eller atypisk anoreksi. Familien befinner seg typisk i første fase av FBT i poliklinikken, der foreldrestyrte måltider og vektoppgang er sentrale behandlingsmål. Vi mottar også henvisninger der familien er i FBT fase 2. Eksempler kan være å jobbe med økt fleksibilitet i måltider eller oppnå mer selvstendighet ved måltider. Det er ingen nedre aldersgrense, vi har hatt unge helt ned i 11-årsalder i behandling. For barn under 16 år vil behandlingen foregå på foreldresamtykke, mens ungdom over 16 år må samtykke selv. Til tross for uttalt ambivalens og vegring er vår erfaring at ungdommen samtykker. Etter enheten har vurdert henvisningen, møter familien til et informasjonsmøte. Behandlingen starter vanligvis en til seks uker deretter.

Rammer og innhold

Ved oppstart overtar vi behandlingsansvaret fra BUP. Begge eller en av foreldrene er alltid til stede med barnet på dagenheten. Vi har ikke hjemmel for bruk av tvang i behandlingen. Eventuell fysisk utagering på enheten håndteres derfor av foreldrene. Samarbeidet med BUP ivaretas underveis ved ukentlige, ofte digitale, møter.

Vi har vanligvis tre, noen ganger fire, familier samtidig i behandling. Hver familie får et eget kjøkken. Kjøkkenet blir en særlig viktig terapeutisk arena, da dette gir terapeutene god anledning til både å observere og veilede i her og nå-situasjoner. Foreldrene gjør alt i forbindelse med måltidene, fra tilberedelse til rydding. Familiene disponerer et eget rom/hvilerom. Vi har også fellesrom som stue og hobbyrom. Ansatte har kontorer i samme bygg og er slik tilgjengelige for familiene. Familiens ukeplan inneholder gjerne to til tre familiesamtaler, to til fire foreldresamtaler og eventuelt enesamtale med barnet. I starten har vi ofte daglige foreldresamtaler. Vi oppfordrer søsken til å komme: enten på besøk, delta i måltid eller til samtaler.

Behandlingsperioden varer inntil fire uker, mandag til fredag fra kl. 08.00 til 16.00. Hver familie får tildelt et tverrfaglig team, bestående av to terapeuter, en psykologspesialist og en lege. Familien gjennomfører tre måltider om dagen på enheten: frokost, lunsj og middag (eller mellommåltid).

Teamet er tverrfaglig sammensatt av 8,5 årsverk og består nå av psykologspesialist, sykepleiere, lege i spesialisering, barnevernspedagoger, vernepleiere, sosionom og en spesialist i barne- og ungdomspsykiatri (50 % stilling). Teamet har gjennomført FBT-utdanning, med unntak av legene. Fra oppstart har enheten hatt jevnlig veiledning. Først med psykologspesialist Vigdis Wie Torsteinsson og senere vekselvis av responsteamet ved RASP og fra to FBT-veiledere også fra RASP.

Somatisk overvåkning og skoletilbud

Vektmåling gjennomføres ukentlig, somatisk undersøkelse og blodprøver etter behov. I behandlingsperioden blir barna tatt ut av sin hjemskole og får undervisning ved sykehuskolen. Noen er delvis tilbake på hjemskolen i siste del av oppholdet. I tillegg til ordinær undervisning har sykehuskolen også et undervisningstilbud på gård, yoga, sanserom og ridning. Vi samarbeider tett med lærerne på sykehuskolen for å lage et skoleopplegg tilpasset behandlingen.



Fremme mobilisering og sykdomsinnsikt

Selv om det finnes unntak, har som regel foreldrene erkjent alvoret i situasjonen uten at vi trenger å understreke dette for dem. Den unge viser på sin side ofte begrenset innsikt i sin sykdom og situasjon. Å fysisk komme til en intensivert behandlingssenheter kan bidra til at barnet erkjenner mer av alvoret i situasjonen: «Jeg må være syk siden jeg er på en sykehusavdeling.»

Måltidene – bryte opprettholdende mønstre

Økt symptomtrykk

I løpet av noen få måltider ser vi som regel hvordan spiseforstyrrelsen har påvirket spiseatferd og matmengde. Foreldrene har ofte ubevisst og bevisst gått inn i forhandlinger med spiseforstyrrelsen. Slike mekanismer oppstår typisk når de møter presset fra spiseforstyrrelsen. Når foreldrene overtar ansvaret i måltidene, vil som regel dette medføre at barnet får økt symptompress. Barnet kan da reagere med økt unngåelse, utagering og uttesting. «Må jeg virkelig fullføre måltidet?» Ofte må familien nødvendigvis gjennom dette før symptomtrykket avtar.

Direkte veiledning

Et viktig prinsipp for oss er at avgjørelser skal ligge hos foreldrene. Det er de som gjennomfører behandlingen og må eie beslutningene de tar på vegne av sitt barn, som i stor grad er fanget av spiseforstyrrelsens mange krav og påbud. Vi blir enige med foreldrene om hvilke «kamper» som er hensiktsmessige å ta nå, og hvilke man kan la ligge eller utsette.

Vi snakker mye med foreldrene om hvordan de konkret kan støtte barnet sitt til å spise når spiseforstyrrelsen vil noe annet. Ofte veileder vi om hva man kan si, plassering rundt bordet, samt hvordan man balanserer mellom avledning og spiseoppfordringer. Måltidet er over når alt som er servert, er spist opp. Blir man ikke ferdig på enheten, fortsetter måltidet hjemme. Et måltid kan derfor noen ganger vare i mange timer eller hele dagen.

Et viktig prinsipp for oss er at avgjørelser skal ligge hos foreldrene. Det er de som gjennomfører behandlingen og må eie beslutningene

Noen barn kan havne i det vi omtaler som «spisenekt». Eksempler er når måltidet ikke kommer i gang, enten utløst av massiv angst eller en passiv («frys») tilstand hos barnet. Vi er da, sammen med foreldrene, direkte medvirkende i disse måltidene. Noen ganger er også flere terapeuter til stede. Til tross for at dette kan oppleves som intenst for alle, er både vi og foreldrene samstemte om at alt må forsøkes.

Endring i familiedynamikk

Foreldre blir naturlig nok svært usikre på hva de bør gjøre når barnet ikke spiser. Det kan være vanskelig å vite hvor lenge et måltid skal vare, hva de skal gjøre når barnet utagerer eller forlater bordet. Mange er redde for at relasjonen med barnet skal bli varig skadet. Frykten kan passivisere og resultere i at foreldre gir mer etter.

Det at vi er sammen med familien i slike vanskelige situasjoner, bidrar gjerne til en styrket samarbeidsallianse. På enheten, med et helt team som støtte, føler foreldrene seg gjerne tryggere til å stå imot presset fra spiseforstyrrelsen. Det er vår erfaring at denne økte tryggheten også overføres til hjemmesituasjonen, hvilket kan føre til positive endringer i familiedynamikken. Barnet kan gå fra å avvise og isolere seg til å ta imot og søke omsorg og samvær med foreldrene. Spiseforstyrrelsen får mindre spillerom, og relasjonen mellom barnet og foreldrene styrkes.

Matplan og vekt

De fleste som kommer til enheten, har en matplan eller kostliste utarbeidet ved BUP. Matplanen representerer en oversikt over hva barnet bør spise, som antall måltider, mengde og type matvarer. En typisk erfaring hos oss er at matplanen er svært krevende å gjennomføre hjemme, og at barnet har spist for lite over tid, til tross for ofte stor innsats fra foreldrene og terapeutene.

Ved dagenheten har vi tydelige mål om ukentlig vektoppgang fra 0,5 kg til 2 kg. Ved alvorlig undervekt tilstrebes ukentlig vektoppgang på minimum én kg. Sammen med foreldre lager vi en revidert matplan som sikrer tilstrekkelig vektoppgang. Der vektoppgang blir vanskelig å få til, øker vi matmengden. Det er også viktig at vi som fagpersoner gir informasjon og et rasjonale bak hvorfor barnet (som regel) må videre opp i vekt, også etter å ha kommet seg ut av undervekten. Vi informerer om hvorfor vektoppgang er nødvendig, også for psykisk tilfriskning.

Hvordan styrke foreldrenes kompetanse?

Informasjon

Vi har et gjennomgående mål om å øke foreldrenes kunnskap om spiseforstyrrelse generelt og hos sitt eget barn. I fellesskap utforsker vi spiseforstyrrelsens fenomenologi, hvordan anoreksien typisk opererer, fungerer og fremstår. Ved styrket kunnskap om hvordan spiseforstyrrelsen får barnet til å tenke, føle og handle (eksternalisering av spiseforstyrrelsen), blir det lettere for foreldrene å forstå og møte barnet sitt med tydelighet og varme.

Samkjøre foreldre

Vi jobber med hvordan foreldrene kan støtte hverandre og bli mer samkjørte. Dette gjelder både når de bor sammen og atskilt. Foreldre er ulike, og det må det være rom for. Samtidig vet vi at spiseforstyrrelser ofte vil «utnytte» ulikhetene. Foreldrene bør derfor bli bevisst slik dynamikk og ha en god og åpen kommunikasjon seg imellom. Hvis begge foreldre deltar aktivt i behandlingen og vi får tid til å sikre god kommunikasjon mellom dem, kan familien samles og splittelser forebygges.

Øke vaktsonheten

Det er naturlig for foreldre å vise tillit til sitt barn, men når spiseforstyrrelsen er sterk, kan dette medføre at barnet får for mye ansvar. Spiseforstyrrelsen kan for eksempel få barnet til å lure unna mat og lyve om hvor mye som spises. Dette er prosesser som kan virke opprettholdende på sykdommen. Dersom vi vurderer at barnet får for stort ansvar for måltidene, jobber vi med å øke foreldrenes



vaktsomhet på spiseforstyrrelsen og hva den kan få barnet til å gjøre. Dette kan innebære at barnet i en periode ikke spiser noen måltider alene. Nødvendigheten av at foreldrene tar mer ansvar tydeliggjøres.



Sikre tilstrekkelig mat

Unge med spiseforstyrrelse har ofte mye kunnskap, men selektiv, om kalorier og næringsinnhold. Krangler om mat og mengde er vanlig. Når foreldrene får styrket sin kunnskap om ernæring, kan de med større trygghet si «Dette er riktig mengde mat, det er dette du trenger». Vi bevisstgjør/påpeker både når det er nok mat, og når vi ser det er for lite mat. Det er samtidig viktig å jobbe for normalitet, redusere oppmerksomhet på kalorier og veiing av mat.

Den unges ståsted

For den unge med spiseforstyrrelse oppleves gjerne spiseforstyrrelsesatferden som en mestringsstrategi mot indre uro. En intensivt behandling som uunngåelig vil omhandle endring av spiseatferd og vektoppgang, kan derfor oppleves som uholdbar. Mange har sterk ambivalens og behandlingsmotstand. Vi kan tilby barnet egne samtaler uten foreldrene sine. Her skiller vi oss fra FBT-manualen, som ikke legger opp til dette.

I enesamtalene kan vi gi psykoedukasjon, undersøke hvordan spiseforstyrrelsen fungerer, samt styrke samarbeidsrelasjonen mellom den unge og teamet. Vi forsøker å

hjelpe barnet med å bedre se at foreldrenes innsats handler om omsorg, og at de bryr seg, og slik bidra til å styrke samarbeidsrelasjonen også med foreldrene. I enesamtaler bringer barna inn egne tema som «Jeg er ikke syk (nok)», «Jeg vil ikke bli bedre/frisk», «Jeg har det så vondt, jeg orker ikke mer». Vi lytter, ser og forsøker å forstå lidelsen de opplever. Samtidig snakker vi om ambivalens, motivasjon og gir håp om at bedring er mulig, og at det finnes andre måter å regulere og mestre sitt strev på.

Unge med spiseforstyrrelse føler seg ofte ikke eller lite forstått. Derfor planlegger vi gjerne sammen med barnet hvordan temaene kan bringes inn i familiesamtalene. Denne brobyggingen kan bidra til at foreldre forstår mer, og at barnet også opplever det slik.

Dilemma

Sammensatte tilstander

Noen av barna som kommer til dagenheten, har andre komorbide tilstander som autismspekterforstyrrelse, ADHD, depresjon og angst. Komorbiditet er sjelden kontradiksjon for FBT-behandling. Tilsvarende de barna som «kun» har en spiseforstyrrelse, må behandlingen uansett tilpasses hver enkelt familie. Om barnet trenger annen behandling, parallelt eller etter hvert, vurderes individuelt.

Foreldrenes kapasitet

Den unges symptomtrykk kan øke underveis i dagbehandlingen, og det er foreldrene som må stå i trykket. I fellesskap med foreldrene vurderer vi hvor lenge familien klarer å være i slike krevende prosesser. Det er viktig at vi ikke overvurderer foreldrenes kapasitet. Vi har et ansvar for å vurdere om det trengs mer, enten i form av døgninnleggelse, støtte fra bydel og barnevern eller en annen behandlingstilnærming. Noen ganger så ser vi også at familien kan ha behov for intensivt

dagbehandling også ut over de fire ukene vi tilbyr. Vi kan da planlegge for nye opphold (ofte kortere) etter utskrivelse hos oss.



Konflikt mellom foreldrene

Det hender at foreldrene er i konflikt med hverandre, enten de bor sammen eller ikke. Som regel aktualiserer konflikten seg som synlig krangel og høy affekt, også foran barnet. Men den kan også fortone seg som at foreldrene har sluttet å kommunisere med hverandre, eller at kommunikasjonen har en passiv-aggressiv tone uten synlig sterke følelser. For oss er det viktig å tematisere konflikten og være åpen og utforskende om dette.

Konflikten kan i seg selv være opprettholdende for sykdommen hos barnet. Den kan hindre og forstyrre foreldrene til å se sitt barns behov, og noen ganger så klarer ikke foreldrene å kommunisere adekvat seg imellom. I slike tilfeller har vi hatt samtaler parallelt med hver av foreldrene separat. I den standardiserte FBT-manualen til Lock og La Grange er det ikke vanlig å skille samtalene på denne måten, men vi tenker dette er en tilpasning som kan være nødvendig. Vår erfaring er også at foreldre i konflikt kan klare å hjelpe barnet sitt ut av spiseforstyrrelsen, selv om ikke konflikten i seg selv endres.

Å forebygge institusjonalisering

Mange med spiseforstyrrelse kjenner et press fra spiseforstyrrelsen om at de må bli sykere, tynnere eller gi mer motstand. På sosiale medier ser de andre som fremstår «sykere». Det kan trigge en konkurranse om å være den sykeste. For enkelte innebærer dette et eksplisitt ønske om å bli innlagt, bli sondet eller fjernet fra sine foreldre. Dette er fenomener vi må være bevisst på og forsøke å forebygge.

Forebyggingen består både av at hver familie har sine egne soner, og at vi ikke legger opp til at barna må sosialisere på enheten. Alle må hjem hver dag, det er ikke slik at de «sykeste» blir igjen. Dette bidrar også til at hverdagen hjemme blir vedlikeholdt. Videre blir ferdighetene som styrkes, og strukturen vi etablerer på enheten, overført til eget hjem hver dag.

Tilbakemeldinger

Etter tre år har 78 familier benyttet seg av tilbudet med totalt 103 behandlingsopphold (25 familier har hatt flere opphold). Vi har skriftlige evalueringer fra foreldre og behandlere på BUP som viser høy grad av tilfredshet over behandlingstiltaket. Per nå har vi ikke hatt ressurser til å systematisk samle inn evalueringer og forske på egen praksis. Vi har dessverre ingen skriftlige tilbakemeldinger fra de unge, men har fått en rekke muntlige tilbakemeldinger. De formidler stort sett at det har vært positivt å være hos oss, til tross for at det har vært uker med høyt symptomtrykk og vekttoppgang.

Avslutning

Når et barn utvikler spiseforstyrrelse, er det avgjørende at familien kommer raskt til behandling. Dersom vanlig poliklinisk behandling ikke gir tilstrekkelig bedring, blir det viktig at det finnes et nivå mellom poliklinisk behandling ved BUP og døgninnleggelse. I artikkelen har vi beskrevet sentrale aspekter ved arbeidsformen og det faglige programmet ved Dagenhet spiseforstyrrelse ved OUS. Her får familier tverrfaglig spesialisert behandling med høy intensitet, som gjør at familien kan unngå behov for innleggelse og fortsette behandlingen ved lokal BUP etter endt behandlingsperiode.

Hovedingredienser i behandlingen er som vi har beskrevet, hyppige samtaler i ulike varianter (psykoedukasjon/familie/foreldre/individualsamtaler) og kanskje viktigst av alt: direkte og

skreddersydd foreldreveiledning i mange måltider i inntil fire uker. Behandlingsmodellen kan beskrives som poliklinisk FBT tilpasset en dagenhet. Enhetens struktur, rammer og teamets tverrfaglige kompetanser er samlet de viktigste faktorene for hvorfor vi tenker at denne behandlingsformen er både nødvendig og virksom for mange.

Vi håper å inspirere til at lignende behandlingstiltak etableres i hele Norge. Intensivert dagbehandling for spiseforstyrrelse bør være tilgjengelig for alle familier som trenger dette.

Referanser

- Baudinet, J. & Simic, M. (2021). Adolescent Eating Disorder Day Programme Treatment Models and Outcomes: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 652604. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.652604>
- Blikshavn, T., Halvorsen, I. & Rø, Ø. (2020). Physical restraint during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow-up. *Journal of Eating Disorders*, 8, 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00297-1>
- Eisler, I., Simic, M., Blessitt, E., Dodge, L. & Team. (2016). *Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders*. <http://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/11/Maudsley-Service-Manual-for-Child-and-Adolescent-Eating-Disorders-July-2016.pdf>
- Halvorsen, I., Reas, D. L., Nilsen, J. V. & Ro, O. (2017). Naturalistic Outcome of Family-Based Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorder Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2572>
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2018). Pakkeforløp. Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N. & Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neuroscience*, 36(2), 110–120. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.01.003>
- Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(5), 707–721. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.971458>
- Lock, J. & Le Grange, D. (2012). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2. utg.). Guilford Press.
- Lock, J. & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 481–487. <https://doi.org/10.1002/eat.22980>
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Fitzpatrick, K. K., Jo, B., Accurso, E., Forsberg, S., Anderson, K., Arnow, K. & Stainer, M. (2015). Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 90–95. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.015>
- Nilsen, J.-V., Hage, T. W., Rø, Ø., Halvorsen, I. & Oddli, H. W. (2019). Family-based inpatient treatment for adolescent anorexia nervosa: a thematic analysis of former patients' post-treatment reflections. *Eating Disorders*, 29(4), 1–18. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1656469>
- Rienecke, R. D. & Le Grange, D. (2022). The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00585-y>

Torsteinsson, V. W., Berg, F., Etholm, K., Nilsson, M., Svoren, S., Syverstad, A., Torbergsen, T. & Kværne, K. (2021). Intensiv familiebehandling for familier med barn og ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 58(2), 108–117.

