

SVENSKA INSTITUTET FÖR
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE
FOR CBT/SCHEMATHERAPY

**”Humor där det finns värme, respekt och
jämbördighet det vidgar sinnet.
Så tänker jag”**

En kvalitativ studie om humor och flexibilitet inom ramen för ätstörningsbehandling

Av Stephanie Ekström

Examensuppsats

Legitimationsgrundande psykoterapiutbildning med inriktning kognitiv beteendeterapi

Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi

Våren 2016

Handledare: Joakim de Man Lapidoth, medicin doktor, beteendevetare

Examinator: Docent Stefan Borg

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att, studera om och i sådana fall hur terapeuter i ätstörningsbehandling använder sig av humor samt om terapeuterna upplever att patienterna kan öka inslag av flexibilitet med hjälp av humor. Denna studie är baserad på en kvalitativ metod där materialet analyserades med hjälp av meningskoncentrering. Stockholm Centrum för ätstörningar är en specialistklinik som ger behandling till patienter som har en ätstörning. Generellt finns det forskning som visar att patienter med ätstörning har en högre grad av rigiditet och perfektionism varför det är viktigt att arbeta med flexibiliteten hos denna grupp. Litteraturen visar att humor är en viktig del i en psykoterapeutisk behandling. I resultatet kom det fram att humor är en viktig del i en ätstörningsbehandling. Humor är en del i behandlingen för att öka patientens flexibilitet och minska på sina höga krav samt att det stärkte alliansen mellan terapeut och patient.

Nyckelord: ätstörning, humor, ACT, transdiagnostiska modellen och flexibilitet

Förord

Jag vill tacka Jenny Lööw som inte gett upp på mig under detta arbete. Jag vill även tacka Maja Molin, Sara Nyberg, Rebecka Hall samt Karolin Lindberg för era uppmuntrande kommentarer under denna resa. Sist och inte minst alla fina som jag fick intervjua det var så roligt. Ett sista tack går till Joakim de man Lapidoth som varit min handledare för denna uppsats.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	2
Ätstörningar.....	2
Humor.....	2
Val av ämne/problem som skall undersökas	3
Tidigare forskning	4
Effekter av humorn.....	4
Humor som egenskap hos psykoterapeuten	4
Teoretisk utgångspunkt	5
Transdiagnostiska modellen.....	5
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	5
Syfte	6
Frågeställningar.....	6
Metod	7
Metodval.....	7
Datainsamling.....	7
Deltagare	7
Procedur	7
Etiska överväganden	8
Analysmetod.....	8
Resultat.....	9
Tema 1: Allians/bra för relationen	9
Tema 2: Självdistans	10
Tema 3: Perfektionism	11
Tema 4: Förebild för humor	11
Tema 5: Medvetet/omedvetet.....	12
Diskussion	14
Metoddiskussion.....	16
Slutsats/förslag till vidare forskning;	17
Referenser.....	18
Bilaga 1. Kriterier för 307.1 anorexia nervosa enligt DSM IV	20
Bilaga 2. Kriterier för 307.51 bulimia nervosa enligt DSM IV	21
Bilaga 3. Kriterier för 307.50 UNS enligt DSM IV	22
Bilaga 4: Intervjuguide.....	23

Introduktion

Ätstörning är ett allvarligt tillstånd som orsakar såväl fysiska, psykiska som psykosociala problem för individen. Ätstörningar delas in i tre diagnoser utifrån DSM-IV anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmare specifikation (UNS) (Fairburn & Brownell, 2002). Ätstörningar behandlas ofta genom terapeutiska samtal individuellt och/eller i grupp. Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ) är en av tre specialistkliniker som erbjuder behandling för patienter med ätstörning i alla åldrar. De olika behandlingsformerna på SCÄ är internetbehandling, mobil verksamhet, traditionell öppenvård, olika former av dagvårdsbehandlingar samt heldygnsvård.

En av utmaningarna i all behandling av ätstörning ligger i att etablera en förtroendefull kontakt där patienten känner sig trygg med att minska på den negativa och destruktiva kontrollen. Eftersom ätstörningspatienter många gånger är ambivalenta inför behandling, kan låg motivation och annan samsjuklighet öka risken för att patienten avbryter sin behandling. Med bakgrund av detta har forskare på senare år börjar intressera sig för patienters förväntningar inför, och deras upplevelser av terapi. I en studie som Gulliksen, Ester, Ragnfrid, Skårerud, Geller och Holte (2012) gjorde i Norge genomfördes intervjuer med ätstörningspatienter som tillfrågades om viktiga egenskaper hos sin behandlare. I denna studie framkom fyra centrala områden:

Terapeutens förmåga till acceptans

Terapeutens förmåga att utmana patienten

Betydelsen av terapeutens expertkunskaper

Terapeutens tillgång till vitalitet/ humor

Under begreppet vitalitet/humor framkom det att sinne för humor var en viktig faktor som fick patienten att må bättre och känna sig mer avslappnad, samt att terapeuten inte tog sig själv på för stort allvar (Gulliksen et al., 2012).

Fältet kan anses vara otillräckligt utforskat men två svenska examensuppsatser inom psykoterapiområdet har lyft upp denna frågeställning nämligen; *"Hur roligt får det vara"* En undersökning om humors betydelse för familjemedlemmar i terapi (Berthodsson, 2011), samt *"Humor som ångestventil"*, *"En studie om humors betydelse för familjeterapeuter"* (Petersen

& Thalén, 2015). Bertholdssons studie visade att familjerna uppskattade humor och såg det som hjälpsamt i behandlingen. Peterson och Thaléns (2015) studie drog slutsatsen att humor är en nödvändighet för att nå framgång i den terapeutiska processen. De beskriver att humor är en del av vår personlighet och går inte att välja bort i mötena med patienter.

Bakgrund

Ätstörningar

Tidigare har ätstörningar varit ett undangömt mystifierat tillstånd som få vetat lite om, idag är det dock många som känner till att det finns ätstörningar, det får allt större utrymme i media (Ghaderi & Parling, 2007). Under 1900-talet skrev flera forskare och kliniker texter som var inflytelserika, till exempel, Bruch (1965, 1973) som under 60- och 70-talet menade att anorektiska patienters självsvält återspeglar en kamp för självständighet, självkontroll och respekt för sig själv. Brister hos modern när det handlade om att tolka sitt barns signaler ledde till att det uppstod en förvirring hos barnet som ledde till störningar hur barnet upplevde sin kropp (Bruch, 1965, 1973). Under 70- och 80- talet myntades begreppet viktfoxi samt patienternas osunda rädsla för viktuppgång och fetma och att det var viktigt att behandla deras svälttillstånd för att bryta den onda cirkeln som detta annars leder till (Clinton & Norring, 2002).

Utbredningen av dessa tillstånd kan möjligen beaktas som en reaktion på ett allt mer kroppsfixerat samhälle där vikt och utseende spelar en avgörande roll (Clinton & Norring, 2002). Att drabbas av en ätstörning innebär ofta stora påfrestningar för patienter, anhöriga och vården. Det är viktigt att öka kunskapen om denna patientgrupp eftersom de som lider av en ätstörning ofta drabbas av ett stort lidande både för patienten och för dennes omgivning (Favaro, Ferrara & Santonastaso, 2003). Faktorer som kan spela in är personlighetsdrag som perfektionism och tvångsmässighet samt att man i familjen bantar, kritiska kommentarer om vikt och utseende från familjemedlemmar eller andra kan också vara av betydelse (Fairburn & Harrison, 2003).

Humor

Ordet humor härstämmer från grekiskans humoralpatologi som handlar om kroppens vätskor. Om vätskorna var i balans mådde människan bra. Humor kan definieras som ”varje budskap

förmedlat i handling, tal skrift, bilder eller musik avsett att få producera ett leende eller skratt” enligt Olsson, Backe och Sörensen (2003). Nilsson (2015) beskriver humors ursprung från latinets hu´mor, som betyder vätska. Humorn har sin grund i den äldre läkekonstens föreställning om att det fanns ett samband mellan kroppsvätskor och en persons temperament. Dess karaktäregenskaper beskrivs som ett ”sinne för det roliga, förmåga att identifiera och med visst nöje acceptera tillvarons ofullkomlighet” och dess syfte är att genom skrift, tal, bild och ton locka fram skratt och leende från mottagaren (Nilsson, 2015). Det amerikanska diagnossystemet DSM-IV (2000) beskriver humor som en försvarsmekanism som hjälper oss att handskas med stressfaktorer och känslomässiga konflikter detta genom att lägga fokus på ironiska eller roande aspekter av det som stressar (DSM -IV, 2000; Panichelli, 2013). En definition som är enhetlig vetenskaplig går inte att finna (Olsson, Backe & Sörensen, 2003).

Humor och skratt är två olika saker där humor står för stimuli och skratt för respons. Tillsammans gör detta att humor och skratt är en form av kommunikation och relationsskapande (Olsson, Backe & Sörensen, 2003).

Val av ämne/problem som skall undersökas

Att använda humor i kontakt med patienter har för mig känts som ett naturligt inslag i patientarbetet då detta är en viktig del för mig. I arbetet med KBT-grupper på mottagningen framkom det att patienterna uppskattade terapeuternas inslag av humor kombinerat med den ”allvarsamma” behandlingen. Humor är viktig del i min personlighet därav det valda ämnet då det inte är uttalat att terapeuter använder humor som en behandlingsintervention i ätstörningsbehandling. En nyfikenhet väcktes därför och för att få vidare tankar och idéer om humor påbörjades en sökning efter uppsatser för att få inspiration till ett konkret syfte.

Den första svenska examensuppsatsen som var relevant var: ” *Hur roligt får det vara? En undersökning om humors betydelse för familjemedlemmar i terapi*” där författaren använde sig av en kort enkät om humor kunde vara viktigt, till hjälp eller störande i samtalet” (Bertholdsson, 2011). Det visade sig i studien att familjerna uppskattade humor och såg det som hjälpsamt i sin behandling. Med Gulliksen et al. (2012) i bakhuvudet så väcktes nyfikenheten kring om och i så fall hur terapeuter på SCÄ arbetar med humor i behandlingen och valde därefter vidare fördjupning i ämnet. En förhoppning var då att terapeuter kan börja prata om humor i behandlingsarbetet om det visar på bra resultat.

Tidigare forskning

Effekter av humorn

Vid användning av humor i psykoterapi är det viktigt att beakta att all humor inte är positiv. Negativ humor används för att trycka ner människor, skaffa sig ett maktövertag och som ett försvar genom att skämta bort allvarliga saker (Attardo, 2010). Patienten kan känna sig förnedrad, hånad, förlöjligad om terapeuten använder sig av humor vid fel tillfälle, vilket kan påverka patientens självkänsla (Furman & Ahola, 1995). Forskare har lyft fram riskgrupper där inslag av humor i psykoterapin kan påverka alliansen negativt. Sådana grupper anses vara personer med paranoid personlighet, psykotiska drag och drogproblem (Panichelli, 2013). Enligt Franzini (2001) kan patienter som använder sig av humor relatera till sin egen självuppfattning vara ett sätt för att förminska sig själva och inte ta sina problem på allvar. Humor kan också vara ett sätt för att skydda sig mot olika känslomässiga teman. Psykoterapeuten bör därför finna en balans i användandet av humor och vara medveten om dess kraft eftersom det kan påverka relationen positivt och negativt (Franzini, 2001).

Humor som egenskap hos psykoterapeuten

Akademikerförbundet SSR (2014) har i sina etiska riktlinjer beskrivit humor som en personlig egenskap som är viktig för en psykoterapeut. Humor avses i den här kontexten inte främst en komisk talang utan en mer lätthet i sinnet kring sin livshållning. Humor beskrivs som ett personlighetsdrag som hör samman med andra personlighetsdrag som till exempel ”tolerans, ödmjukhet och självdistans”. Humor som verktyg i en behandling kan ge patienten en potentiell möjlighet att få distans till svåra omständigheter. Det kan då bli mycket gynnsamt för den terapeutiska situationen om patienten och psykoterapeuten kan mötas i en gemensam humor ”*livets lätthet*” (SSR Akademikerförbundet, 2014). Filosofen André Comté-Sponville citeras även i riktlinjerna där han anser att avsaknad av humor är att ”brista i ödmjukhet, klarsyn och lättsinne, att vara alltför uppfylld av sig själv och allt för duperad av sig själv, att vara allt för stäng eller alltför aggressiv och därigenom nästan alltid brisa i genorositet, mildhet och barmhärtighet” (SSR Akademikerförbundet, 2014).

Furman och Ahola, (1993) beskriver att humor kan kopplas till terapeutisk behandling utifrån ett lösningsfokuserat arbetssätt som kännetecknas av att patienten tillsammans med terapeuten arbetar med att upptäcka, beskriva och skapa en framtid utan de problem som personen sökt hjälp för. I samtalen utforskar man patientens goda drömmar och använder sig av

mirakelfrågan som innebär att man frågar om hur framtiden skulle se ut utan problemen, det är en del att skapa positiva framtidsbilder för patienten (Furman & Ahola, 1993). Kåver (2006) lyfter fram att ”humor har definitivt sin plats inom psykoterapi och är ett underskattat inslag. Humor kan vara förlösande och kontaktskapande”. Det är av vikt att tillsammans kunna skratta åt dråpliga situationer som vi alla kan hamna i, och samtidigt behålla djupet och allvaret i det patienten förmedlar. Patienten visar ofta om humorn ligger hen nära och som terapeut kan man då pröva sig fram och använda sig av detta som inslag i den terapeutiska kontakten (Kåver, 2006).

Teoretisk utgångspunkt

Transdiagnostiska modellen

Trots uppdelningen av ätstörningsspektrat i olika diagnoser har det visat sig att det finns gemensamma drag hos patienter med ätstörning. Fairburn, Cooper och Shafran (2003) har i enlighet med den tanken utvecklat en transdiagnostisk modell som kan anpassas utifrån patientens specifika behov och symptombild. Utgångspunkten i modellen är att ätstörningen vidmakthålls av ett antal olika kognitiva och beteendemässiga processer som ömsesidigt påverkar varandra. Kognitivt handlar det om att patienter med ätstörning tenderar att värdera sig själva och basera sin självkänsla på kroppsform, vikt och matvanor. Det blir därför viktigt för patienten att ha kontroll på dessa variabler, vilket uppnås genom beteenden som bantning och så kallad ”*body-checking*”. Modellen lägger även vikt vid externa mekanismer som kan tänkas vidmakthålla ätstörningen; grundläggande lågsjälvkänsla, interpersonella problem samt klinisk perfektionism, vilket kan yttra sig i att individen strävar efter högt satta personliga mål, trots att detta ofta leder till negativa konsekvenser (Fairburn et al., 2003). För patienter med ätstörning som har en hög grad av perfektionism blir det viktigt att de tar del i aktiviteter just för sin glädjes skull för att kunna öka sin spontanitet, vilket är ett led i att öka flexibiliteten (Fairburn, 2008).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Vid sidan av den transdiagnostiska modellen så finns även andra terapinriktningar vid ätstörning, en sådan är ACT som fokuserar på ineffektiva kontrollstrategier och emotionellt undvikande, egenskaper som man kan finna hos personer med ätstörning (Manlik, Cochran & Koon, 2013). Acceptansinriktade terapiformer syftar till att skapa ett förhållningssätt

gentemot känslor och tankar där interventionerna ska bredda patientens beteenderepertoar. Interventionerna ska öka patientens psykologiska flexibilitet (Herbert & Cardaciotto, 2005). Psykologisk flexibilitet innebär en förmåga att medvetet vara i nuet samt rikta sina beteenden mot långsiktiga livsvärden. Personer med hög grad av psykologisk flexibilitet har ett anpassningsbart förhållningsätt mot sina tankar och känslor genom att tillåta och erkänna dessa, samt leva i enlighet med det personen värderar i livet.

I den andra änden finns psykologisk inflexibilitet, vilket kännetecknas av att personen skapat ett maladaptivt förhållningsätt gentemot inre upplevelser där negativa tankar och rädslor styr personens agerande. Detta leder till återkommande försök att undvika och kontrollera obehag på kort sikt, även om detta står i vägen för närmandet av personens livsvärden (Hayes, Luoma, Bond, Masuda och Lillis, 2006). Psykologisk inflexibilitet innebär undvikande av internt obehag såsom att försöka trycka undan eller försök att göra sig av med obehagliga tankar och känslor. Psykologisk flexibilitet är förenat med en persons sätt att vara att den kan liknas som en stabil egenskap (Herbert & Cardaciotto, 2005).

Syfte

Syftet med studien är att undersöka om och i sådana fall hur terapeuter i ätstörningsbehandling använder sig av humor samt om terapeuterna upplever att patienten kan öka inslag av flexibilitet med hjälp av humor.

Frågeställningar

Förekommer humor i en ätstörningsbehandling?

På vilket sätt arbetar terapeuter idag med humor?

Är humor en medveten intervention hos terapeuter?

Anser terapeuten att det finns ett behov att öka inslag och flexibilitet och humor i behandlingen?

Metod

Metodval

Metoden som författaren använt i denna vetenskapliga undersökning är kvalitativ metod. En kvalitativ metod är att föredra då studien inte syftar till att mäta och generalisera utan att studera och förstå upplevelserna utifrån en helhetsbild (Holme & Solvang, 1997). Valet av att genomföra en kvalitativ undersökning föll sig naturligt då syftet med studien var att söka efter en djupare förståelse för terapeuternas tankar och eventuella metoder ser ut angående humor i sitt arbete.

Datainsamling

Data har samlats in genom semi-strukturerade intervjuer där frågorna utgick från en intervjuguide (se bilaga ett). Enligt Bryman (2002) får intervjupersonen på så sätt en möjlighet att öppna sig och har då en självständighet i att svara som denne själv vill.

Deltagare

Urvalet av intervjupersoner skedde genom att lotta ut fem terapeuter av totalt 12 från SCÄ. De fem lottade var alla kvinnor, varav fyra var legitimerade psykoterapeuter i kognitivbeteende terapi (KBT) och en har steg- 1 utbildning i KBT. Yrkesgrupperna är sjuksköterskor, psykologer samt en socionom, erfarenhet inom ätstörningsvården är cirka 10-25 år.

Procedur

Intervjuguiden hade nio färdigformulerade frågor som först testades på totalt två terapeuter där en terapeut med Steg -1 utbildning i KBT och en var legitimerad psykoterapeut i KBT. Testintervjuerna tog cirka 40 minuter var, därefter bearbetades frågorna efter återkoppling från terapeuterna. De terapeuter som blev lottade för studien och som tackade ja, genomförde cirka 30 minuter lång semi-strukturerad intervju som spelades med Iphone röstmemo och som därefter transkriberades. Efter transkriberingen raderades inspelningen. Ovanstående moment skedde i enlighet med respondenternas samtycke och hanterades med stor försiktighet. Bryman (2002) menar att det kan vara bra att spela in och transkribera en kvalitativ intervju då det är vanligt att kvalitativa forskare är intresserade av att höra eller läsa varje ord som

intervjupersonen använde sig av men även på vilket sätt denne sade det på. Andra fördelar med att spela in och transkribera intervjun är att förbättra författarens minne av respondentens svar, så att analysen av materialet blir så riktigt som möjligt (Bryman, 2002).

Etiska överväganden

I en forskningsstudie är det av betydelse att ta hänsyn till etiska riktlinjer som finns utformade för att skydda de deltagande terapeuterna. Det finns fyra etiska riktlinjer kring samhällsforskning att beakta: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Kvale & Brinkmann, 2009; Vetenskapsrådet, 2002). Detta togs i beaktande när terapeuterna blev tillfrågade att frivilligt vara med, samt i den första kontakten via mail med kort information om studien. Mer övergripande information om uppsatsen och dess syfte fick deltagarna vid själva intervjutillfället. I samband med detta beskrevs då hur idén uppkommit kring ämnet humor. De intervjuade fick information om att intervjuerna spelades in och hur proceduren skulle gå till väga med transkribering för att sen raderas. Samtliga terapeuter har efter intervjuerna tillfrågats om de vill läsa de utvalda citaten vilket de gjort och godkänt dessa.

Analysmetod

Inom ramen för insamling av materialet, transkriberingen samt bearbetningen av datamaterialet användes meningskoncentrering, vilket innebär att långa uttalanden revideras till kortare formuleringar, eller ord som beskriver sammanhanget kring ämnet. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) börjar denna process med att författaren försöker skapa sig en helhetsbild av resultatet kring insamlad data. Därefter lyfter författaren ut de centrala delarna som framkommer i resultatet som slutligen omformuleras till olika teman. Dessa teman innehåller såväl uttalanden från respondenterna men även författarens uppfattningar kring resultatet. Slutligen studerar författaren olika teman tillsammans med syftet för att se att det finns en koppling mellan dessa. Därefter skapas nya kategorier som innefattar resultatets kärna (Kvale & Brinkmann, 2009). En oberoende behandlare tillfrågades att klassificera materialet enligt den utvalda metoden. Analysresultatet överensstämde till 90 %. Teman som kom fram efter ovanstående process användes i resultatredovisningen.

Resultat

Några kunde beskriva att de inte riktigt tänkt på hur de använder humor på ett medvetet plan men uppskattade ämnet och ville fördjupa sig mer efter intervjun. Humor är ett brett ämne men de intervjuade har visat på en medvetenhet kring vad humor kan göra i ett samtal tillsammans med patienter. Teman som växte fram var allians/bra för relationen, självdistans, perfektionism, förebild för humor och medvetet/omedvetet. Dessa teman presenteras nedan utan rangordning.

Tema 1: Allians/bra för relationen

Begreppet allians är något som samtliga terapeuter lägger stor vikt vid och anser vara en viktig del för att nå framgång i behandlingsarbetet, vilket kan leda till att alliansen förstärks. Dock är samtliga terapeuter eniga om att det krävs en intoning för att humorn skall landa rätt hos patienterna.

”Man får vara försiktig med det där, för patienter kan blir kränkta, de kan tro att man skrattar åt dem eller att de kan tro att man inte tar det hela på allvar”.

”Alltid försöka få in humor i samtalet, men ibland kan det dröja och det måste vara läge”.

”Allians är att kunna skoja om sånt som är lite mer allvarligt, avslappnande, en jämbördighet i relationen och att ha koll på sin egen humor”.

Samtliga terapeuter delar med sig av att de fått feedback från patienterna att de mår bra av att få skratta tillsammans med sin terapeut. Patienterna känner att det får utrymme och att det finns ett öppet klimat där både skratt eller tårar är tillåtet samt att en del av patienterna är förvånade över att de kan skratta så mycket.

”när man har erfarenheter med sig av det totala ögonblicket av närvaro som det är i skrattet och det frigörande ögonblicket så vidgar det sinnet. Jag kan komma med klarifieringar, jag kan komma med reflektioner som jag inte behöver bädda in som jag kanske hade behövt gjort annars. För det har skett ett jämbördigt möte oss emellan vi har delat den här äkta stunden inte där jag är terapeut och den andra är patient. Utan något mellanmänskligt i det och det höjer nivån”.

Tema 2: Självdistan

Det framkommer att terapeuter och patienter kan ha roligt och skratta ihop i en gruppbehandling då fler kan dela sina erfarenheter; ”skratta åt sig själv... man kan se andra att det blir lite tokigt och att det har med ätstörningssymtomen att göra...”. Här kan patienterna dela igenkänningsfaktorn med varandra; ”gör du så där knäppt kanske jag också gör så”.

Andra viktiga egenskaper som framkom under intervjuerna är äkthet, nyfikenhet och spontanitet för att främja samspelet mellan terapeuten och patienten för att på så sätt kunna få in humor som en naturlig del i behandlingen. En annan egenskap som återkom hos terapeuterna var självdistan hos sig själv, alltså att inte ta sig själv på för stort allvar och att kunna bjuda på sig själv, vilket leder till ett mer tillåtet klimat. På så sätt kan patienten känna trygghet och bli mer avslappnad, vilket då ger utrymme för en bra, trygg relation som kan generera i en lättsam stämning. Detta kan leda till att patienten kan få mer självdistan och se på sin situation från en annan synvinkel. Detta beskriver en av terapeuterna nedan:

”... humor där det finns värme respekt och jämbördighet vidgar sinnet”.

”... humor är en del av ett samspel och umgänge mellan människor att det är ett sätt att vara tillsammans. Att vara tillsammans och kunna skratta åt något jobbigt”.

Interventioner som kommer fram genom humor att få distans och perspektiv.

”Ett område för humor är när man pratar om automatiska negativa tankar och när man liksom frågar vidare kring automatiska negativa tankar, tankar när de kan bli så där tokiga som de kan bli du vet, och då så kan det vara jätteroligt att titta närmar på sådan och då vill det ju till att patienten också tycker att det är roligt. Att man inte gör ner patienten utan att man förklarar att det är något vi alla kan ha”.

Ett av terapeuternas mål i behandlingen är att se patienten som en autonom person med ett eget ansvar och att hitta en jämbördighet i relationen. Intoningen är då en viktig del, det vill säga vem är personen framför mig och vem är jag som terapeut.

”... när man fiskar efter negativa automatiska tankar då kan det vara en liten baktanke om att det här är knäppt, det kan vi skratta åt tillsammans, för då får man

distans till att det där var inte en beskrivning av en händelse, att det var en tankeförvrängning som dök upp som man fiskar efter det kan vi skratta åt tillsammans och du får ännu mer perspektiv”.

Tema 3: Perfektionism

Att kunna se på sin situation från ett annat perspektiv och att kunna skratta åt ”*tokiga tankar*” gör att det perfektionistiska beteendet hos patienterna kan luckras upp samt att kunna dela med sig av sina egna ”*nojor*” där en terapeut delade med sig:

”I gruppen kan man ju överdriva om perfektionism kring kroppen då kan jag överdriva kring kroppen och genom kroppspråk och liksom ta in mina egna nojor och hur dem yttrar sig...”

Att ”*luckra upp*” det perfektionistiska är ett mål hos samtliga terapeuter som menar att det är viktigt hos denna målgrupp då de ofta har höga krav och perfektion kring mat, kropp och träning. Här blir tydligt att humor kan bli en del i andra tekniker för att patienterna skall bli mer snälla mot sig själva och lättsamma och mindre seriösa då allt lätt blir för allvarligt. Det kan även innebära att patienten får mindre ångest samt ökat perspektiv kring dennes sysslor. Allt behöver inte vara måsten utan att även få in små stunder av glädje, vilket är gynnsamt både för relationen men även för behandling enligt en av terapeuterna. Samtliga terapeuter är överens om vikten av att öka inslag av flexibilitet och humor i en ätstörningsbehandling samt att detta sker i samspel med patienterna. Här belyser terapeuterna vikten av värme i humorn, tillåtande klimat och självdistans.

Tydligt framkom det att enbart använda sig av humor som teknik inte var hållbart. Humor behöver därför kombineras med andra tekniker där en terapeut beskrev att hon använde sig av olika tekniker på ett humoristiskt sätt och på så sätt blev det en ingång för att öka flexibiliteten genom att luckra upp det perfektionistiska och minska på höga krav.

Tema 4: Förebild för humor

Det som framkommer i studien är att terapeuterna lägger stor vikt vid att vara en förebild, att vara modiga samt att vara öppna, för att en tillit ska kunna skapas. Enligt terapeuterna är det

viktigt att använda humor för att lätta upp stämningen under samtalen och att använda sig själva som en förebild för att allt inte behöver vara så allvarligt och perfekt.

”... göra sig själv lite klantig, fumlig, missa och inte hela tiden vara så perfekt...”

Flera av terapeuterna uttrycker att humor är en del av deras personlighet och att de ofta använder sig av humor spontant i arbetet med patienterna och även i personalgrupperna. Det framkommer att humor mellan terapeuterna uppskattas av patienterna:

”Vi visar någonstans att vi är trygga med varandra och kan skoja med varandra”.

”... Ja de säger att ofta märks att ni tycker om varandra...”

”Sen försöker jag nappa på när någon patient skojar så att man verkligen tar in det, så man verkligen nappar på deras humor”.

Tema 5: Medvetet/omedvetet

Samtliga terapeuter beskriver att humor är en viktig del i behandlingen både i kontakt med patienter och även inom personalgruppen. Den övervägande andelen av terapeuterna menar att humor sker både medvetet och omedvetet samt att humor är en del av deras personlighet. Den omedvetna humorn beskrivs som en intuition ”att det bara faller sig”. Här framkommer det att det ändå finns en medvetenhet i samtalen med patienter ...”jag har lätt att få in det när det är läge men jag behöver också bromsa mig när det inte är läge”. Terapeuterna beskriver att humorn ofta kommer spontant ”... infallet kommer i stunden, men sen är det medvetet det jag gör, en tanke bakom det”.

Terapeuterna beskriver också vikten av vilket känsloläge patienten är i, är denne nedstämd, arg eller ”vad har den för relation till mig”. En terapeut lyfter fram att hon har blivit mer medveten över hur hon använder sig av humor utifrån att hon har 10 års erfarenhet av ätstörningsbehandling vågar hon mer tänja på gränserna.

Vikten av att ”haka på” när humorn kommer från patienterna är enligt terapeuterna gynnsamt men samtidigt är det av betydelse att terapeuterna är observanta och kan utforska så att

patienten inte använder sig av humor som en undvikandestrategi för att inte komma i kontakt med det svåra.

”Så man inte tappar bort en känsla eller något annat viktigt. Inte skoja bort någonting. Så att humorn inte blir ett undvikande eller ett försvar för det kan det ju bli. Eller aldrig känner av någon skam, att man alltid skojar bort skammen, skam är så tacksamt att skoja om men det är också viktigt att vara i den känslan. Det måste vara en bra balans”.

”... när en människa blir underhållnings-minister i livet. Har den rollen men är i själva verket jätte jätteledsen. Då är det ett hinder för att det inte är något äkta utan en roll”.

I samtalen har terapeuterna en medveten tanke när de undersöker negativa automatiska tankar, för att patienten skall få lite självdistans för att kunna avdramatisera sina tankar. Terapeuterna anser att det är viktigt att ha koll på sin egen humor samt vad tycker patienterna om för humor och är överens om att humorstil är väldigt individuellt för oss alla.

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka om och i sådana fall hur terapeuter vid ätstörningsbehandling använder sig av humor samt om terapeuterna upplever att patienten kan öka inslag av flexibilitet med hjälp av humor. Sammanfattningsvis visar studien att humor är ett viktigt verktyg för terapeuterna i en ätstörningsbehandling. Detta bekräftar Kåver (2006) som menar att humor ofta underskattas och att det är en viktig del inom psykoterapin då det kan vara befriande och allianskapande.

Studien visar även att humor är individuellt både för terapeut och patient samt att kunna identifiera patientens humor för att optimera behandlingen och alliansen. Detta bekräftas av SSR Akademikerförbundet (2014) som menar att en likvärdig humor mellan terapeut och patient kan gynna det gemensamma behandlingsarbetet. Dock kan det vara så att patienter inte uppskattar humor eller terapeuterna misstolkat hur patienternas humor faktiskt är. Risken är då att patienten kan känna sig kränkt och förminskad, vilket kan påverka patienternas självkänsla negativt (Furman & Ahola, 1995). Det krävs då att man som terapeut har en fingertoppskänsla och det finns en risk i att misstag sker och det viktiga för terapeuten är då att kunna vara flexibel och professionell. Detta följer i linje med Kåver (2006) som menar att man som terapeut behöver prova sig fram i kontakten med patienten och se hur denne svarar upp på humor och i sådana fall vilken humor. I arbetet med humor krävs det en viss flexibilitet finns hos terapeuterna som kan behöva anpassa sin humor eller helt lägga undan sin humor för att nå fram till patienterna. En bra balans när humor används i behandling är viktigt då det behöver finnas en medvetenhet hos terapeuterna om humors kraft som kan påverka relationen positivt och negativt (Franzini, 2001).

En annan del av flexibiliteten som bör finnas hos terapeuterna är att vara medveten om sig själva och sina personlighetsdrag när man arbetar med humor för att minimera risken för kränkning. Enligt Furman och Ahola (1995) är det viktigt att kunna känna in när det är tillfälle att använda sig av humor då patienten kan bli kränkt eller förlöjligad om det är fel tillfälle. En god självkänedom hos terapeuterna samt att humor är ett personlighetsdrag och hör samman med andra personlighetsdrag som tolerans, ödmjukhet och självdistans (SSR Akademikerförbundet, 2014). Terapeuterna bekräftar detta och menar att det är viktigt att kunna läsa av patienternas humor och kunna anpassa interventionerna med patientens humor som verktyg samt att inte ta över och applicera sin egen humor då den inte alltid stämmer överens med patientens. Detta lyfter även patienter med ätstörningar fram i Gulliksen et al.

(2012) studie att självdistans är en viktig egenskap och att man som terapeut inte tar sig själv på för stort allvar. Detta kommer även fram i resultatet där terapeuterna menar att det skall bli mer ett "vi" än patient och terapeut och att terapeuten då också bjuder på sig och sina tillkortakommanden på ett professionellt men även personligt sätt. För att uppnå detta lyfter terapeuterna upp egenskaper i form av äkthet, nyfikenhet och spontanitet för att kunna ha en självdistans och bjuda på sig själv.

En viktig aspekt som framkommer i resultatet kopplat till ovanstående, är att ha en självdistans och kunna bjuda på sig själv som terapeut kan leda till att en tillit kan växa fram och att patienten då vågar dela med sig av det svåra/jobbiga som hen bär på. Skratt och humor kan skapa möjligheter för en god kommunikation och relation skall kunna växa fram (Olsson et al., 2003). När det finns en god kommunikation och relation blir det lättare för terapeuten att vägleda och hjälpa patienten att kunna skratta åt det som stressar denna och på så sätt kan patienten få distans till sin situation och kunna hantera stressen och få ett mer flexibelt tankesätt (Panichelli, 2013). Terapeuterna lyfter upp att detta är en viktig aspekt i behandlingsarbetet och ibland behöver man som terapeut vara förebild och skratta åt egna tillkortakommanden och "tokiga" tankar för att patienten skall våga/kunna göra detta och att det då blir mer tillåtande. Det blir då ett mellanmänniskt samspel då vi alla har något roligt vi kan skratta åt och att med ett visst nöje acceptera tillvarons ofullkomlighet (Nilsson, 2015). Det mellanmänniska samspelet kan vara till hjälp när man arbetar med den perfektionistiska sidan då resultat visar att patienter med ätstörning ofta har höga krav på sig själva. Detta bekräftar även Fairburn et al. (2003) i den transdiagnostiska modell där patienter med ätstörning värderar sig själva utifrån kroppsform, vikt och matvanor, vilket yttrar sig i att patienter strävar efter högt uppsatta mål trots att det leder till negativa konsekvenser.

Här är samtliga terapeuter eniga om att patienterna behöver "luckra upp" de perfektionistiska kraven som de ställer på sig själva och att humor då är ett viktigt verktyg för att öka patienternas flexibilitet. Ett annat viktigt verktyg för att öka flexibiliteten hos patienterna är att arbeta med acceptans för att kunna se på sina tankar utifrån, vilket kan underlätta om terapeuten tar det första steget och återigen använder sig själv som ett verktyg.

En del i ACT är att fokusera på att patienten ska få en ökad psykologisk flexibilitet då patienter med ätstörningsproblematik ofta har ineffektiva kontrollstrategier och emotionellt undvikande (Manlik et al., 2013). Det blir då viktigt att skapa ett förhållningssätt att hjälpa

patienten att bredda dennes beteende, trots att patienten möts av negativa tankar och jobbiga känslor vilket syftar till att öka patients psykologiska flexibilitet (Herbert & Cardaciotto, 2005). För att komma vidare i behandlingsprocessen är humor och psykologisk flexibilitet en avgörande faktor för att börja göra förändringar och därmed våga släppa på det perfektionistiska kring mat, kropp och träning.

Samtliga terapeuter delar med sig av att de fått återkoppling från patienterna att de mår bra av att få skratta tillsammans. Att patienterna känner att det får utrymme och att det finns ett öppet klimat där både skratt eller tårar är tillåtet och att en del av patienterna är förvånade över att de kan skratta så mycket, vilket även Gulliksens et al. (2012) bekräftar i sin forskning. Attardo (2010) lyfter fram ett annat perspektiv av humor som är viktigt att ha en medvetenhet kring, vilket är att all humor inte är positiv utan det finns en risk att det kan bli ett maktövertag. Det blir då viktigt för terapeuterna att ha självkänedom om sin egen humor samt vara lyhörda för patienternas humor och hitta en bra balans (Kåver 2006). Det är avgörande för behandlingsarbetet att terapeuten är medveten om detta samt att undersöka om humor är ett skydd/undvikande för patienten. En utmaning för terapeuterna kan då vara att patienterna skall kunna bibehålla allvaret kring sin situation då det annars kan leda till att patienterna skrattar bort det svåra och då får ett större avstånd till det faktiska problemet. Det kan annars finnas en risk att maktövertaget leder till att patienten förminskas (Franzini, 2001). Akademikerförbundet (2014) problematiserar kring detta och menar att det är en utmaning för terapeuten att kunna skratta tillsammans med sin patient samtidigt att behålla djupet och allvaret patienten förmedlar. Utifrån ovanstående diskussion är det avgörande att veta om humor används som ett skydd eller undvikande hos patienten som kan bli en fälla och på sätt försvåra behandlingsprocessen.

Metoddiskussion

För att få en helhetsbild av hur terapeuterna arbetar med humor valdes kvalitativ metod. Studiens syfte; att undersöka olika fenomen stärks då kvalitativ metod ger en bred förståelse av ämnet (Holme & Solvang, 1997). Vald metod för denna studie är kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjufrågor för att få en helhetsbild hur terapeuterna arbetar med humor i en ätstörningsbehandling vilket inte hade besvarats genom en kvantitativ metod. Detta stärker studiens syfte som avser att undersöka samt att få en bred förståelse kring ämnet (Holme & Solvang, 1997). Resultaten som kom fram är resultat som studien avsåg att

undersöka. Utifrån den pilotstudien som genomfördes utvecklades intervjuguiden vilket stärkt studiens utförande.

Frågorna utvecklades till den semi-strukturerade intervjun utifrån studiens syfte och frågeställningar för att på så sätt få fram det som avsågs att undersöka (Bryman, 2002).

En svaghet med studien kan vara att författaren samt terapeuterna som intervjuats arbetar på arbetsplats där studien utförts. En annan eventuell svaghet är om terapeuterna utgår från både individuella samt grupprelaterade kontakter/exempel då det försvårar generaliseringen av resultaten eftersom det kan te sig olika i dessa två behandlingsformer.

Enligt Bryman (2002) är det en stor fördel att spela in och transkribera intervjuerna för att förbättra minnet över vad intervjupersonen sade så att analysen av materialet blir så korrekt som möjligt. I kvalitativa undersökningar använder sig forskaren av transkribering då denne vill höra eller läsa varje ord som respondenten använde sig av och även på vilket sätt denne sade det på. Då intervjuerna transkriberades stärktes resultatet eftersom intervjuernas nyanser förstärker minnet och på så sätt minskar risken för resultatbortfall samt egna tolkningar (Bryman, 2002).

Slutsats/förslag till vidare forskning;

Resultatet i studien visar att det är övervägande positivt att använda sig av humor i ätstörningsbehandling kombinerat med acceptans. Dock kan det finnas risker med att använda humor på ett omedvetet plan då det dels kan förstärka patientens skydd/undvikande och dels att patienten kan känna sig förminskad, vilket kan försvåra ett positivt behandlingsutfall.

Förslag på vidare forskning inom detta område är att intervjua patienter och undersöka om de har behållning eller icke av humor samt att intervjua fler behandlare dels inom ätstörningsvården och dels inom specialistpsykiatri för att se och belysa humorns viktiga del i behandlingen.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (4th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Attardo, S. (2010). Preface, Working class humor. *International Journal of Humor Research*, vol.23 (2). 121-126.
- Bertholdsson, L. (2011). *Hur roligt får det vara? En undersökning om humorns betydelse för familjemedlemmarna i terapi*. Umeå: Institutionen för klinisk vetenskap, psykoterapi, Umeås Universitet. Hämtad den 13 januari 2015 från:
<http://www.sfft.se/dokument/HurroligtfardetvaraLizBertholdsson.pdf>.
- Bruch, H. (1965). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 141:556-566.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder* Malmö: Liber.
- Clinton, D., & Norring, C. (2002). *Åtstörningar: Bakgrund och Aktuella Behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fairburn, C.G., Brownell K.D. (2002). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: a "transdiagnostic" Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361 (9355), 407-416.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Favaro, A., Ferrara, S., & Sanonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 701-708.
- Franzini, L.R. (2001). Humor in Therapy: The Case of Training Therapist in Its Uses and Risks. *The journal of General Psychology*, 128(2), 170-193.
- Furman, B. & Ahola, T. (1994). *Ficktjuvens återkomst*. Helsingfors: Ai-ai.
- Furman, B. & Ahola, T. (1993). *Lösningssnack: inbjudningar till terapeutiska samtal*. Stockholm: Mareld.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). *Från självsvält till ett fullvärdigt liv: en ny KBT-metod i 6 steg*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

- Gulliksen, K.S., Ester, M.S., Ragnfrid H.S., Skårerud, F., Geller, J., Holte, A. (2012). Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patients' Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (8) 932–941.
- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. I S.M. Orsillo, & L. Roemer (Red.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (s. 189–212). New York: Springer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behavior Research Therapy*, 44, 1-25.
- Holme, I. M & Solvang, B. K (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Manlik, C. F., Cochran, S. V. & Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 115-122.
- Nilsson, G.B. (2015). *Humor*. I NE.se. Hämtad den 23 februari 2015 från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/humor>
- Olsson, H., Backe, H. & Sörensen, S. (2003). *Humorologi. Vetenskapliga perspektiv på humor och skratt*. Stockholm: Liber.
- Panichelli, C. (2013). Humor, Joining and Reframing in Psychotherapy: Resolving the Auto-Double-Bind. *The American Journal of Family Therapy*, 41:5, s. 437-451.
- Peterson, M., & Thalén, E. (2015). *Humor är livets ångestventil: En studie om humors betydelse för familjeterapeuter*. Lunds universitet: Institutionen för psykologi. Hämtad den 3 mars 2015 från: <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/7451190>
- SSR Akademikerförbundet. (2014). *Etiska riktlinje för psykoterapeuter, Etik och Psykoterapi*. Hämtad den 20 augusti 2015 från: https://akademssr.se/sites/default/files/files/etik_och_psykoterapi.pdf
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Bilaga 1. Kriterier för 307.1 anorexia nervosa enligt DSM IV

Vägrar hålla kroppsvikt på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (till exempel viktnedgång som leder till att kroppsvikten är mindre än 85% av den förväntade, ökar inte trots att kroppen växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85% av den förväntade).

Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att hen är underviktig. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.

Amenorré hos menstruerande kvinnor, det vill säga minst tre på varandra följande menstruationer uteblir (en kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex östrogen).

Med självsvält enbart under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (det vill säga självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/ självrensning under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (det vill säga självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang) (American Psychiatric Association, 2000).

Bilaga 2. Kriterier för 307.51 bulimia nervosa enligt DSM IV

Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp vikt, (till exempel självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion).

Både hetsätande och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.

Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.

Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Med självrensning: under den aktuella perioden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Utan självrensning: olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang (American Psychiatric Association, 2000).

Bilaga 3. Kriterier för 307.50 UNS enligt DSM IV

För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.

Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personen vikt ligger inom normalintervall trots en betydande viktnedgång.

Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.

En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t ex självframkallande kräkning efter två småkakor).

En person som vid upprepande tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.

Hetsätning: Personen har återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inget av de olämpliga kompensatoriska beteenden som annars karakteriserar bulimia nervosa (American Psychiatric Association, 2000).

Bilaga 4: Intervjuguide

Vad betyder humor för dig?

Har humor betydelse för dig i en ätstörningsbehandling? (*På vilket sätt?*)

Kan du beskriva en konkret situation?

Ser du att humor kan vara ett viktigt komplement i en ätstörningsbehandling? (*Hur då?*)

Hur använder du dig av humor i behandling?

Är humor något som du använder dig av medvetet? (*Omedvetet plan? Iså fall hur kommer det sig till uttryck då?*)

Tänker du att man kan använda sig av humor som en intervention? (*Hur då?*)

Finns det tillfällen då du avstår från att använda humor? (*Ge exempel på när?*)

Kan humor bli störande i ett samtal? (*Har du något exempel?*)

När man har en ätstörning kan man behöva öka sin flexibilitet, anser du att humor då kan vara till hjälp? (*Har du nåt exempel?*)