

Lunds universitet
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats 2007

UPPLEVELSER AV ÄTSTÖRNINGSBEHANDLING.

En uppföljning av de långsiktiga effekterna av en dagvårdsbehandling.

Maria Hansson

Handledare: Marie Bergström

Examinator: Roger Sages

Hansson, Maria (2007). UPPLEVELSER AV ÄTSTÖRNINGSBEHANDLING. En uppföljning av de långsiktiga effekterna av en dagvårdsbehandling. Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. IX (2007):008

ABSTRACT

The aim of this essay is to examine which help a group of women with eating disorders had from their treatment in daycare in 2004. The aim is to examine how the women have experienced this treatment and how they live today. The central questions are: what was their life situation like before the treatment, what was their experience of the treatment, how could the treatment have been better and how are their lives today? The method is based on qualitative interviews with seven women who were all in the same treatment for eight weeks at Capio AnorexiCenter in Malmö. The women have also redone tests that were done right before and right after the treatment. These results have been compared. I found that the daycare treatment programme was not enough for these women with these kinds of serious eating disorders. They seem to have recovered first when they got institutional care. Today most of the women describe themselves as they are free from their worst symptoms, but they say that they still have negative thoughts about food and their appearances sometimes. Two women are still in some kind of therapy. Most of them have been affected or are still affected mentally by suffering from depressions. According to common psychoanalytic theories, an explanation to why some get these illnesses, concern mainly relation between the mother and her daughter. If these two have problems to separate in the early part of the daughters life, her development as an individual will depress. From a psychoanalytic perspective, bulimia nervosa and anorexia nervosa could be explained as potential space and transitional object or as a defense against feelings of inferiority and failure.

Key words: eating disorders, day care treatment, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

TACK

Jag hade inte kunnat genomföra den här examensuppsatsen, om inte de sju kvinnorna som behandlades för sin ätstörning på AnorexiCenter, hade ställt upp och hjälpt mig att göra den möjlig. Jag vill därför främst tacka Er som har deltagit och delat med Er av Era erfarenheter.

Jag vill också säga tack till Claes Norring på Capio AnorexiCenter. Ett stort tack även till Karin Sjöström som har hjälpt mig att fördjupa mina kunskaper. Tack så mycket mamma och pappa för att ni har stöttat mig under mina fem år på psykologutbildningen. Henrik, tack för all datorsupport!

Sist men inte minst vill jag tacka min handledare Marie Bergström som handlett mig med professionellt engagemang!

Lund, april 2007.

Maria Hansson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
<i>Syfte</i>	1
<i>Uppsatsens upplägg</i>	2
<i>Bakgrund</i>	2
<i>Förekomst</i>	2
TEORI	4
<i>Psykopatologi</i>	4
Förlopp och prognos.....	4
Symtom och diagnos	5
Anorexia Nervosa	6
Bulimia Nervosa	7
Ätstörning UNS.....	9
<i>Etiologi</i>	9
Patogenes	10
Arv och miljö	10
Kulturella faktorer	11
Personlighetsfaktorer.....	11
Miljöfaktorer	12
<i>Psykoanalytisk teori</i>	13
Anknytningsteori.....	13
Självpsykologisk teori	17
Jagpsykologisk teori	18
Objektrelationsteori.....	19
Relationen mamma-dotter	23
Teoretisk sammanfattning	23
BEHANDLING	24
<i>Somatisk behandling</i>	25
<i>Terapeutiska metoder</i>	25
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	26
<i>Kognitiv psykoterapi</i>	26
<i>Psykodynamisk terapi</i>	27
<i>Farmakologisk behandling</i>	28

CAPIO ANOREXICENTER.....	28
<i>Behandlingsbeskrivning</i>	29
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	30
METOD.....	31
<i>Kvalitativ metod</i>	31
<i>Reliabilitet och validitet</i>	31
<i>Förarbete</i>	32
<i>Behandlingsgruppen</i>	32
<i>Kontakt via brev</i>	32
<i>Deltagande och bortfall</i>	33
<i>Intervjuförfarande</i>	34
Tematisering.....	35
Plats för intervjuerna.....	35
Placering.....	36
Intervjuns upplägg.....	37
Utfall av intervjuerna.....	38
Avsteg från intervjuförfarandet.....	39
<i>Bearbetning av intervjuerna</i>	39
Utskrift.....	39
Reflektion.....	39
Lodrät och vågrät analys.....	40
Felkällor.....	40
<i>Instrumentbeskrivning</i>	41
SCL-90.....	41
EDI-2.....	42
<i>Tillgång till tidigare skattningsresultat</i>	44
ETISKA DILEMMAN I STUDIEN.....	45
RESULTAT.....	46
<i>Lodrät analys</i>	46
<i>Vågrät analys</i>	48
Bakgrund.....	48
Tidigare behandling.....	49
Orsak.....	50
Inställning till dagvårdsbehandlingen.....	52

Bra med dagvårdsbehandlingen.....	53
Mindre bra med dagvårdsbehandlingen	54
Önskvärda förändringar av dagvårdsbehandlingen	56
Effekter av dagvårdsbehandlingen	57
Behov av mer behandling.....	58
Livssituation idag	60
Ätstörningssymtom idag	62
Frisk från ätstörningar?.....	63
Att intervjuas.....	63
<i>Jämförelse av skattningsresultat</i>	<i>64</i>
SCL-90	64
EDI-2	67
Skillnader.....	69
SAMMANFATTANDE SLUTSATSER	70
<i>Slutsatser av tematiseringar</i>	<i>70</i>
<i>Slutsatser av skattningar</i>	<i>74</i>
INVÄNDNINGAR MOT RESULTATET	74
AVSLUTANDE DISKUSSION.....	75
SAMMANFATTNING	79
REFERENSER.....	81
BILAGOR	84

INLEDNING

Det pratas mycket om mat i vårt samhälle idag. Samtidigt som finsmakarna och de matintresserade blir fler och fler och statusen i att vara en gourmand ökar, ska man inta ”stenåldersföda”, fullkorn och omega 3 som aldrig förr. I media florerar anorektiska slankhetsideal, bantningstips, dunderkurer och tv-program som hävdar att ”man är det man äter”. Vissa väljer att uttrycka det som att övervikt är den nya folksjukdomen. Andra påstår att en ”fetmaepidemi” sprids över västvärlden (Svensson, 2005). Termer som glykemiskt index och body mass index hör numera ofta till vår vardagliga vokabulär. Tala om att vi lever i ett samhälle av ytterligheter! Å ena sidan finns det många som äter fel och för mycket, vilket resulterar i övervikt och fetma. Å andra sidan finns det de som gör allt som står i deras makt för att gå ner i vikt. I den här kontexten, där vikten för många blivit så orimligt viktig, är det inte svårt att förstå konsekvensen att ätstörningar är ett utbrett problem. Ottosson (2002) skriver att benämningen ätstörningar omfattar en rad sjukdomar som har gemensamt att de orsakar problem med ätande, aptit och vikt, åt det ena hållet eller det andra. Definitionen lyder enligt Egidius (2002); psykiskt betingade störningar i sättet att förhålla sig till intag av föda. De vanligaste ätstörningarna är anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmre specifikation (UNS). Den utseende- och kroppsfixering som illustrerades ovan är kanske en av flera orsaker som ligger bakom sjukdomarna, men den är föga heltäckande. Kunskaperna om ätstörningar sprids dock tack vare tilltagande uppmärksamhet i medierna på senare år, vilket kan vara en förklaring till att allt fler och allt yngre personer, som nästan uteslutande är kvinnor, söker hjälp för sin ätstörning (Eriksson, 2003). Antalet hjälpsökande fördubblades i Malmö mellan 2005 och 2006 (Strömbom, 2007). Den här ökade medvetenheten och patienttillströmningen ställer krav på vår ätstörningsbehandling. Det finns ett stort behov av att utforma behandlingsformer som på vetenskaplig grund har visat sig vara effektiva. Den här uppsatsen kan ses som ett pilotprojekt i det arbetet.

Syfte

Behandlingsformer för ätstörningar varierar, och det är en högaktuell fråga att ta reda på vad i behandlingarna som hjälper och hur det hjälper? Mitt syfte är att jag vill se på vilket sätt en grupp kvinnor med ätstörning har upplevt en dagvårdsbehandling. Detta görs utifrån intervjuer i form av tematiseringar om hur de levde före behandlingen, hur de upplevde behandlingen och hur de har haft det efter behandlingen fram till idag. Kvinnorna ombeds att göra två självskattningstester, vars resultat jämförs med deras in- och utskattningar.

Uppsatsens upplägg

Arbetet inleds med en bakgrund till ätstörningsproblematiken i form av epidemiologi, psykopatologi och etiologi. Därefter ges en psykologisk ram utifrån psykoanalytisk teori. I nästkommande avsnitt beskrivs dagvårdsbehandlingen upplägg och Capio AnorexiCenter (AC) där behandlingen gavs. Därefter redogörs det för uppsatsens frågeställningar och de metoder och instrument som har använts. Sedan följer en beskrivning av resultaten och slutsatser av dessa. Uppsatsen avslutas med diskussion och sammanfattning.

Bakgrund

1684 beskrev den engelske läkaren Richard Morton för första gången AN som ett medicinskt fall. Krenzisky och Persson (2001) refererar till Råstam Bergström et al (1995) och skriver att patienten som då uppmärksammades var en 18-årig flicka som saknade aptit och menstruationer och var påtagligt blek. Hon såg ut som ett skelett och avled senare, skrev man om fallet. 1874 fick sjukdomen AN sitt namn av läkaren William Gull. Visserligen är namnet mycket missvisande då "anorexia" betyder "aptitlöshet", men egentligen handlar det ju om avsiktlig självsvält. "Nervosa" betyder att sjukdomen skulle vara av neurotisk karaktär, men i många fall är AN av psykotisk karaktär (Ottosson, 2002). På 1970-talet var psykoanalytikern Hilde Bruch av stor betydelse för förståelsen av ätstörningar. Under tidigt 80-tal blev BN en sjukdomsbeteckning, efter att den hade fått sin första moderna beskrivning 1979 (Ottosson, 2002). Den hade dock beskrivits ända sedan 1700-talet. Precis som AN har BN ett missvisande namn, då den ordagranna betydelsen är "oxhunger". Namnet säger ingenting om att BN yttrar sig genom att individen vräker i sig stora mängder mat på mycket kort tid som hon sedan kräks upp eller gör sig av med på annat sätt.

Förekomst

Förekomsten av AN bland svenska kvinnor mellan 15 och 25 år, är 1 %. Motsvarande siffra för svenska kvinnor inom samma åldersintervall för är 2 % när det gäller BN. UNS förekommer hos 2-3 % av samma grupp (Svantesson, 2006). Enligt Ottosson (2002) fann man i en studie i Umeå på 1200 kvinnliga svenska studerande i åldern 16-25 år, att 1,2 % hade haft ätstörningen AN. Beräknat för svenska tonårsflickor och unga kvinnor är risken för att drabbas av BN av samma storleksordning som den för AN, menar Ottosson (2002). 75 % av dem som drabbas av BN har en isolerad form, men hela 20 % har en blandform med AN och 5 % har en blandform med obesitas (sjuklig fetma). Idag i Sverige är det mycket vanligare att man söker hjälp för ätstörningar, än det var för några år sedan (Strömbom, 2007). Det kan

bero på att ätstörningar har fått mer publicitet i media, vilket gör att drabbade känner igen sig och söker hjälp. Det kan också bero på att läkarkåren idag blivit mer observant, efter att man har kommit underfund med att normalvikt hos en patient inte garanterar frånvaro av ätstörningar. Med den utvecklingen är det därför svårt att uttala sig om det är så att fler drabbas idag eller inte. Ottosson (2002) skriver om förekomsten av ätstörningar ur ett västerländskt kulturellt perspektiv, men menar dock att man inte bara kan se en ökning av ätstörningar i västerländer (som forskningsresultaten grundar sig på) som Sverige och Danmark, utan också i u-länder och bland färgade i USA och Storbritannien. Ätstörningar förekommer alltså idag i alla sociala skikt, men viss överrepresentation kan identifieras i grupper som är på väg upp i socialgrupp ett. Enligt Ottosson (2002) är 90-95 % av dem som drabbas av ätstörningar av olika slag flickor och kvinnor. Som tidigare nämnts baseras denna statistik på västerländsk kultur. Ottosson (2002) skriver att den typiska patienten är en tonårsflicka som kommer från goda sociala förhållanden och som är flitig och duktig i skolan. I yngre tonåren är AN vanligare och BN är vanligare förekommande hos kvinnor mellan 20 och 40 år. Bara 5 % av dem som drabbas av AN, drabbas före tonåren, och 10 % efter tonåren. I 85 % av fallen debuterar alltså AN under tonåren (Ottosson, 2002). Det är totalt sett fler som drabbas av BN än av AN. 20 % av anorektikerna drabbas senare också av bulimi skriver Krenzisky och Persson (2001) som refererar till Eriksson och Carlsson (2001). Eftersom de som drabbas av ätstörningar huvudsakligen är flickor/kvinnor, kan man anta att flickor/kvinnor skulle ha betydligt lägre självkänsla än pojkar/män, då den låga självkänslan bidrar till sårbarhet inför ätstörningssjukdomar. Så är dock inte fallet, självkänslan tycks vara på samma genomsnittliga nivå hos båda könen. Däre mot riktar sig slankhetspropagandan mot flickor/kvinnor i första hand, varför upplevelsen av att vara tjock och oduglig, och därav motivationen till att banta, ligger närmre till hands för flickor/kvinnor än för pojkar/män (Ottosson, 2002). Enligt Rydén och Stenström (2000) innebär sjukdomen diabetes en ökad risk för att drabbas av ätstörningar. Den diabetessjuka behöver fästa onormalt mycket uppmärksamhet på vad hon äter. Denna dietkontroll och påtvingade återhållsamhet kan vara orsaken till att förekomsten av kliniska ätstörningar är ”högre, kanske fördubblad, bland unga kvinnliga diabetiker jämfört med friska” (Rydén och Stenström, 2000, s. 184).

Man kan se en ökad frekvens av sjukdomsfall bland subkulturer med kroppsfixering. Grupper som fotomodeller, dansare, gyminstruktörer och utövare inom vissa idrotter har visat sig vara extra hårt drabbade av ätstörningssjukdomar. En studie visar att 7 % av balettdansöser och

mannekånger under utbildning är sjuka i ätstörningar. Hela 40 % av norska kvinnliga elitidrottare har någon form av ätstörning (idrottsanorexi också inkluderad) (Ottosson, 2002).

TEORI

Teoriavsnittet inleds med ett avsnitt om ätstörningssjukdomarnas psykopatologi. Här tas förlopp, prognos, symtom och diagnos för de olika ätstörningssjukdomarna upp. Sedan följer ett avsnitt om etiologin, där patogenes och faktorer som kan tänkas påverka förekomsten av ätstörningar tas upp. Teoriavsnittet avslutas med en genomgång av för uppsatsen relevant psykoanalytisk teori.

Psykopatologi

Begreppet psykopatologi definieras som läran om psykiska störningar (Egidius, 2002).

Förlopp och prognos

Det varierar mycket hur ätstörningssjukdomarnas förlopp ser ut. Vissa är sjuka i en period om kanske ett år, medan andra erfar en livslång sjukdom. Allvarliga ätstörningsfall kan leda till döden. AN har en mortalitet på 4 %, där självmord är den vanligaste dödsorsaken. Ottosson (2002) presenterar siffror från en långtidsuppföljning på personer med AN som visade att 50 % av personerna med AN tillfrisknade helt, 30 % hade lätta kvarstående symtom och 20 % var oförbättrade. Motsvarande siffror från en 10 år gammal uppföljning av personer med BN, är att drygt 50 % hade blivit fria från symtom, 40 % hade enstaka hetsätningsepisoder och 9 % var oförbättrade. Man forskar mycket på ätstörningssjukdomarnas förlopp och man försöker identifiera faktorer som kan förutspå en prognos för en person med ätstörning. Jag har uppfattningen att det är vanligast att man i litteraturen fokuserar på negativa prognosfaktorer. Istället för att se till de patogena prognosfaktorerna, det vill säga de som indikerar en nedåtgående prognos, presenterar jag dem istället i *Figur 1* med ett salutogent synsätt, dvs. vilka faktorer som indikerar en god prognos.

Figur 1. Salutogena prognosfaktorer vid ätstörning.

1. Ju kortare tidsperiod som går mellan sjukdomens debut och personens inträde i behandling, desto bättre prognos har personen.
2. Ju närmre mellersta tonåren ätstörningssjukdomen debuterar, desto bättre prognos för personen. (En sjukdomsdebut som inträffar under 11 års ålder eller senare än tonåren är prognosfaktorer som talar för en sämre prognos.)
3. Sunda familjerelationer bidrar till en bättre prognos.
4. Ju högre jagstyrka desto bättre prognos.
5. En mindre och långsammare viktförändring ger en god prognos, till skillnad från en större och hastigare sådan.
6. Frånvaro av parallella symtom som BN eller depression ger en bättre prognos.

(Herzog et al, 1992, i Krenzisky och Persson, 2001.)

Symtom och diagnos

Det är mycket vanligt att sjukdomarna AN och BN börjar med ett bantningsförsök som övergår i att bli allt mer tvångsbetonat. Nedan finns en genomgång av de fysiska men som personer med AN respektive BN drabbas av. Den drabbade får dock inte bara fysiska skador av ätstörningar, utan även mentala. Den som lider av en ätstörning har en störd kroppskänsla. Ottosson (2002) skriver att normala kvinnor i stort sett bedömer sina kroppsmått korrekt, dock med viss tendens att uppleva sig större än de är i yngre år. Den som har en ätstörning har svårt med att bedöma en realistisk storlek på sin egen kropp, vilket resulterar i en betydande överskattning, i synnerhet av midjemåttet. Trots att hon är smal eller normalviktig kan en person med de här svårigheterna känna en övertygelse om att hon är tjock. Den egna kroppstorleken blir alltså diffus att uppskatta, precis som att det blir svårt att uppskatta vad som är en normal portion mat. Vidare saknar personen med ätstörning i varierande grad upplevelse av känslorna mättnad och hunger. Likaså är känslorna trötthet och fysisk utmattning svåra att identifiera, varför det tillhör ätstörningssjukdomarna att de drabbade pressar sig själva till orimliga gränser, inte minst när det kommer till fysisk aktivitet som kompensatorisk åtgärd. Sociala följd effekter som isolering, ensamhet och relationsproblem går hand i hand med ätstörningssjukdomarna. Viktfobi tillhör ätstörningssjukdomarnas typiska inslag. Likaså följer depression, känsla av hopplöshet, uppgivenhet, dåligt självförtroende och sömnproblem med ätstörningen. Orsaken till sömnsvårigheterna är inte helt kartlagda, men man vet att svält i sig oftast inverkar negativt på sömnen (Glant, 2000a).

Anorexia Nervosa

En person med AN känner man lättare igen, än en person som är drabbad av BN. Det primära symtomet för en kvinna med AN är viktfobi varför hon är kraftigt avmagrad, till följd av sitt mycket begränsade kostintag kombinerat med tvångsmässig fysisk aktivitet (Ottosson, 2002). Hon reducerar kaloriintaget genom att huvudsakligen välja bort näringsämnen kolhydrater och fett. Vid sidan av bantningen ingår också extrem motion i det anorektiska beteendet. Ottosson (2002) skriver att avmagringen börjar med att underhudsfettet förbränns, sedan förbränns muskelmassan. Detta fenomen kallas autodigestion och innebär att kroppen förbränner sina egna muskelproteiner om den inte får tillräckligt med energi (van der Ster Wallin och Lindskog, 2003). Fysiska men och svältsymtom som följer med sjukdomen är låg kroppstemperatur som kan innebära att kroppen kompenserar detta med att framkalla ökad kroppsbehåring, så kallade lanugohår. Basalmetabolismen sjunker vid den mycket begränsade tillgången på energi. Produktionen av det kvinnliga könshormonet östrogen avstannar, som en konsekvens av en stor och hastig viktnedgång, menstruationscykeln kräver att kroppen förfogas en lätt mobiliserad energidepå i form av underhudsfett som hypotalamus-hypofyssystemet kan använda, varför amenorré (utebliven menstruationen) uppstår (Ottosson, 2002). Risken för benskörhet ökar markant under de här förhållandena.

Den psykiatriska delen av ätstörningar definieras utifrån dels det internationella systemet ICD-10 och det amerikanska systemet DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Den mesta forskningen utgår dock från DSM, varför jag också väljer att presentera de diagnostiska kriterierna enligt det systemet. Kriterierna som följer är hämtade från den svenska förkortade utgåvan av DSM-IV (fjärde upplagan), som kallas MINI-D IV (American Psychiatric Association, 2002). I enlighet med MINI-D IV anger jag beteckningen från DSM systemet till vänster om diagnosen och beteckningen från ICD-10 till höger om diagnosens namn. I *Figur 2* finns de kriterier presenterade som ska vara uppfyllda för att diagnosen 307.1 Anorexia Nervosa F50.0 ska kunna ställas.

Figur 2. Kriterier för diagnosen 307.1 Anorexia Nervosa F50.0.

- a) vägran att hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd, vilket innebär att individen väger konstant mindre än 85 % av förväntad kroppsvikt.
- b) individen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots sin undervikt.
- c) störd kroppsupplevelse vad gäller vikt och form, självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form eller individen förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.
- d) Amenorré hos menstruerande kvinnor, dvs. utebliven menstruation minst tre på varandra följande månader.

(DSM-IV; American Psychiatric Association, 2002)

Diagnosen AN specificeras utifrån karaktär. AN med enbart självsvält kallas renodlad eller restriktiv form. AN med bulimisk form innebär inslag av hetsätning/självrensning (Ottosson, 2002). Med självrenande åtgärder menar man självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2002).

Bulimia Nervosa

Precis som AN debuterar BN oftast i samband med bantning och en stark viktfoxi. Det som gör att somliga drabbas av AN och andra av BN är att personer reagerar olika på sätt av att banta till en lägre vikt än sin normalvikt. De som drabbas av AN kan hålla fast vid sin stenhårda kontroll och hamnar i självsvält. Den hysteriska bantningen resulterar i BN om personen tar till hetsätning som motsatt överdrift till självsvälten (Ottosson, 2002). BN är en lömsk sjukdom eftersom den är osynlig. För det mesta är kvinnan med BN nämligen normalviktig, vilket gör sjukdomen så svår att upptäcka. En pendling i vikt tillhör dock sjukdomsbilden. Personer som lider av BN lär sig att bli skickliga på att dölja sina problem även för sina närmsta. Till sjukdomsbilden hör en kaotisk måltidsrytm med få eller inga regelbundna måltider, vilket resulterar i en hunger som den drabbade till slut inte kan kontrollera. I hemlighet äter hon därför stora mängder kaloririk och näringsfattig mat som slutar med en rensningsprocess som huvudsakligen går ut på kräkningar. Ottosson (2002) beskriver den här matorgieliknande hetsätningssituationen som något övergående lustfyllt, en alimentär orgasm, som vänds till känslor av ångest, äckel, skuld, självförakt och rädsla för viktökning. Den drabbade har en konstant önskan om att bli smalare, men faller på sin avsaknad av kontroll över matintaget. Sjukdomen innebär ett mycket destruktivt självskadebeteende som utgörs av en ond cirkel av hetsätning, kontrollförlust och självförakt. Till följd av sjukdomens kardinalsymtom, hetsätningen, följer ett tvångsmässigt

kompensatoriskt beteende som kan ta sig uttryck i kräkningar, avföringsmedel, sträng fasta och/eller överdriven fysisk aktivitet. En typisk hetsätning och efterföljande rensning tar flera timmar och leder till fysisk utmattning. Under en hetsätning äter personen mängder mat som andra människor skulle uppleva som många gånger för mycket. Maten är kaloririk och består av mycket socker och fett och den är av en sådan konsistens att hon ska kunna göra sig av med den enkelt i form av kräkning. Kvinnan med BN drabbas, förutom av de fysiska men som nämnts ovan, av allvarliga fysiska konsekvenser som t.ex. frätskador på tandemaljen till följd av magsyran som kommer upp då hon kräks. Rejält svullna spottkörtlar och ansikte hör också till. Obalans av kaliumhalten i blodet är också en konsekvens av kräkningar; sådan obalans kan orsaka hjärtstillestånd och rubbningar i hjärtrytmen. Mag- och tarmproblem av allvarlig art hör också till. Personer med BN har en personlighetsförankrad svag impulskontroll, som gör att de också ligger i riskzonen för missbruk och kleptomani. Den som lider av BN drabbas patofysiologiskt av att serotoninaktiviteten och serotoninhalten minskar. Det kan innebära att impulskontrollen minskar ytterligare och att mättnadskänslan avtrubbas ännu mer (Ottosson, 2002). (Se Farmakologisk behandling.) I *Figur 3* presenteras de kriterier som ska vara uppfyllda för att diagnosen 307.51 Bulimia Nervosa F50.2 ska kunna ställas.

Figur 3. Kriterier för diagnosen 307.51 Bulimia Nervosa F50.2.

- a) återkommande perioder av hetsätning. Sådan period identifieras av dels att individen under en avgränsad tid äter väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande omständigheter, och dels att individen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under perioden.
- b) återkommande kompensatoriska handlingar, självrensande eller icke självrensande, för att inte gå upp i vikt.
- c) både hetsätningen och den kompensatoriska handlingen har skett i genomsnitt minst två gånger i veckan under en tre månaders period.
- d) självkänslan är överdrivet påverkad av vikt och form.
- e) störningen är inte enbart förekommande vid episoder av anorexia nervosa.

(DSM-IV; American Psychiatric Association, 2002)

Liksom diagnosen AN specificeras BN utifrån karaktär; med självrensning eller utan självrensning. BN utan självrensande åtgärder innebär att individen har använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta och överdriven motion (DSM-IV; American

Psychiatric Association, 2002). När ett/flera kardinalsymtom saknas, kallar man det atypisk BN (Ottosson, 2002).

Ätstörning UNS

Vid tillfällen då en person inte uppvisar alla symtom som diagnoserna AN och BN kräver, men det ändå inte råder någon tvekan om att en ätstörning föreligger, kan diagnosen 307.50 Ätstörning UNS F50.9 (utan närmre specifikation) sättas.

I kölvattnet av UNS har andra diagnoser dykt upp. Ortorexi, BED (binge eating disorder) och obesitas beskriver olika typer av ätstört beteende som skiljer sig från kriterierna för AN, BN och UNS. Ortorexi innebär en fixering vid att leva asketiskt med en extremt mager och fettfattig kosthållning. Till ortorexi hör helt egna föreställningar om vad som är nyttigt och vad som inte är det och därmed otänkbart att äta. BED, även kallad hetsättningsstörning, som en störning då hetsätning inte efterföljs av kompensatoriskt beteende. Kraftig övervikt hör till den här sjukdomsbilden (Eriksson, 2005). Definitionen för obesitas har WHO satt till ett BMI högre än 30. Obesitas innebär alltså "sjuklig fetma" till skillnad från "fetma". Således är obesitas den vanligaste ätstörningen (Ottosson, 2002). BMI står för body mass index och räknas ut genom att dividera kroppsvikten i kg med kroppslängden i meter i kvadrat. Enligt den svenska Socialstyrelsen är BMI på 18,5 eller lägre undervikt, BMI 18,6-24,9 normalvikt, BMI 25-29,9 fetma och ett BMI på över 30 eller högre är alltså obesitas. BMI är ett användbart system, men sällan heltäckande. Johansson (2006) menar att BMI är ett konstruerat mått då det inte tar hänsyn till skelettets tyngd eller struktur, även om det verkar vara objektivt och tillförlitligt. Svensson (2005) påpekar att ätstörningar som fetma och obesitas får en oproportionerligt stor del av den massmediala uppmärksamheten. Om man ställer människans livslängd i förhållande till människans BMI, motsvarar naturligtvis normal kroppsvikt den högsta livslängden. Vad som dock inte är lika självklart är att undervikt motsvarar lika låg livslängd som övervikt gör. Medan farorna med undervikt tonas ner, överdrivs farorna med även en liten övervikt, menar Svensson (2005).

Etiologi

Etiologi definieras som läran om sjukdomars eller en viss sjukdoms orsaker. Det används synonymt till sjukdomsorsak, sjukdomsorsaker och orsakssammanhang (Egidius, 2002).

Patogenes

Bantning som konsekvens av viktfoxi, är i flertalet fall den utlösande faktorn för både AN och BN. Bantningen sker medvetet eller omedvetet och äger inte rum för att justera en övervikt, då någon sådan sällan förekommer bland dem som drabbas, utan för att reparera en underminerad självkänsla. Unga människor som inte är nöjda med sig själva/sin tillvaro ser bantning som den universella lösningen, kanske för att det som överallt i omgivningen pekas ut som oskönt och skadligt, är just övervikt (Johansson, 2006). Bantning och kontroll av den egna kroppen och dess basala behov ligger nära till hands för osjälvständiga personer med låg självkänsla oavsett om övervikt är fallet eller inte. Mat är nämligen ett mycket lättillgängligt och potent verktyg för att påverka hur man mår kroppsligt och själsligt, men samtidigt ett mycket farligt och riskabelt verktyg (Carnemalm, 2002). Tyvärr faller många unga tonårstjejer idag in i den här beskrivningen: osjälvständighet och låg självkänsla. Viktraset som följer på bantningen ger henne en upplevelse av stolthet och tillfredsställelse. Att inte äta blir ett skydd mot djupliggande ångest, som bottnar i att hon inte känner sig värd någonting i sig själv (Ottosson, 2002). Alla som bantar hamnar dock inte i ätstörningar, som tur är, utan vissa bär olyckligtvis med sig en sårbarhet för att fastna. De allra flesta menar att ätstörningar har en multifaktoriell genes. Glant (2000a) menar att det inte finns några klara bakomliggande orsaker. Spekulationerna kring orsaken till ätstörningar går alltså snarare mot att en kombination av många samverkande faktorer spelar roll vid uppkomsten av en ätstörning. Några bakgrundsfaktorer som dock skapar en sårbarhet och en grogrund för ätstörningar är till exempel maladaptiva reaktioner på social stress till följd av dödsfall, andra sorters förluster, störda familjerelationer, fysisk sjukdom och höga ambitioner. Bruch (1973) skriver att en dålig självkänsla grundlägger ätstörningen. Hand i hand med den dåliga självkänslan går barnets upplevelse av att inte kunna nå upp till föräldrarnas förväntningar. Erotiska problem och sexuella övergrepp kan vara en utlösande faktor, liksom en kravfylld utbildningssituation eller självständighetsproblem i förhållande till föräldrarna (Ottosson, 2002).

Arv och miljö

Förstagsradsläktingar till en person med AN löper en sjukdomsrisk på 5-10 % att också drabbas visar familjestudier, enligt Ottosson (2002). Detta kan tala för en genetisk faktor i ätstörningar, men man kan inte utesluta att de beror på induktion, dvs. att dottern tar efter sin mammas eller systers anorektiska beteende. Att ätstörningar sprids med 5-10 % över generationerna, kan också bero på det som man framhåller ur ett socialpsykologiskt

perspektiv, nämligen att det är gemensamma miljöfaktorer eller störda familjerelationer som är orsaken.

Kulturella faktorer

Samtidigt som AN och BN har ökat i Sverige och västvärlden under de senaste decennierna, har det västerländska moderna samhället även genomgått stora förändringar vad gäller ändrade könsroller och kvinnligt skönhetsideal. Beträffande det förstnämnda, menar Ottosson (2002) att denna faktor dock inte kan ges så stor betydelse, då de flesta kvinnor konfronteras med den bristande jämlikheten mellan könen först sedan de passerat debutåldern för AN och BN. För andra former av ätstörningar kan detta dock spela in som orsaksfaktor. Beträffande det sistnämnda, förändringen av det kvinnliga skönhetsidealet, skriver Ottosson (2002) att det allmänna smalhetsideal som präglar det västerländska samhället och all den missriktade hälsoinformation som följer med det, leder till att unga kvinnor i tonåren som är hemmahörande i den här kulturen lockas till att börja banta. Vikten är ju dessutom någonting som de kan påverka själva, till skillnad från kroppslängd och ansiktsdrag. Dessutom har de kanske föräldrar som ständigt bantar, vilket gör att de ännu lättare hamnar i den fällan. Bantning är som sagt den absolut vanligaste utlösande faktorn till att en ätstörning rullar igång. Ju hårdare bantning en flicka/kvinna utsätter sig för, desto större sjukdomsrisik föreligger. Skönhetsidealen i västvärlden idag är dessutom tunnare än det var för 30 år sedan, samtidigt som den genomsnittliga västerländska kvinnan idag är tyngre än då. Klyftan mellan verklighet och ideal blir bara större i vår kultur (Eriksson, 2005).

Personlighetsfaktorer

Ottosson (2002) anser inte att ätstörningar drabbar personer med en viss personlighet. Tvärtom är personer med ätstörningar en heterogen grupp med avseende på både personlighet och jagstyrka. I en självskattningsstudie av jagstyrka hos personer med AN av både restriktiv och bulimisk form, fördelade sig personerna över hela spektret av personlighetsstörningar, från psykotiska, över gränspsykotiska (borderline) till neurotiska. Det är dock svårt att fastställa vilka drag som är premorbida och vilka som är konsekvenser av ätstörningssjukdomen. Dominerande personlighetsdrag hos dem som drabbas av ätstörningar är dock kontrollbehov, tvångsmässighet, emotionell återhållsamhet, bristande självhävdelse, överdriven anpasslighet och markant brist på självkänsla. De som drabbas av BN eller AN med bulimisk form, brukar dessutom ha en låg impuls kontroll (Ottosson, 2002). Många av dem som lider av AN och BN är perfektionistiska och är mycket känsliga för kritik från

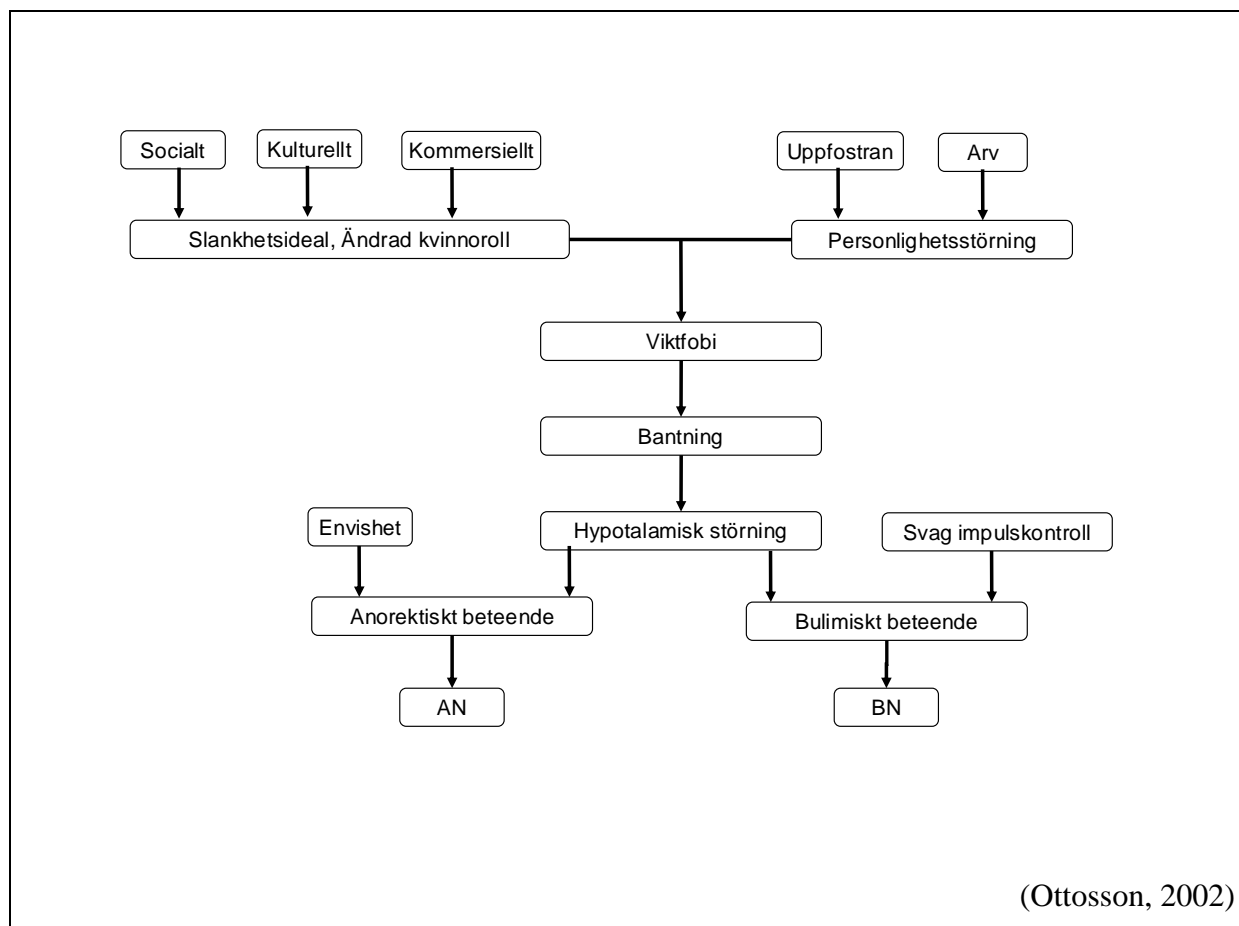
omgivningen, men är samtidigt överdrivet kritiska mot sig själva. Högst grad av perfektionism har personer som är drabbade av restriktiv form av AN (Forbush et al, 2007). Perfektionism definieras som personlighetsmönster som utmärks av höga målsättningar och en hög värdering av perfektion (Egidius, 2002). Den perfektionistiska sidan av personligheten, är den tvångsmässiga eller obsessiva-kompulsiva sidan. Egidius (2002) skiljer på normal sund perfektionism, som ofta är förknippad med god psykisk hälsa, och neurotisk perfektionism. Personer med ätstörningar visar på neurotisk perfektionism, vilket yttrar sig i alltför stränga krav på perfektion och en oförmåga att acceptera misstag och tillkortakommanden (Egidius, 2002). Leion (2002) beskriver att det kan vara mycket svårt för omgivningen att förstå att denna högpresterande individ, som den drabbade oftast är, inte har den subjektiva uppfattningen att det hon gör är tillräckligt bra. Psykosocialt visar de flesta personer med ätstörningar upp en välanpassad och korrekt fasad (Leion, 2002). Studieresultaten är i de flesta fall mycket goda långt in i sjukdomsförloppet. Eftersom de som är drabbade av ätstörning är så upptagna av sina sjukdomar, håller de sig i periferin eller utanför social gemenskap. Svälten, hemligheterna och tvången bidrar såklart också till svårigheterna att fungera socialt, skriver Leion (2002). Skårderud (2002) skriver att den som har en ätstörning har behov av kontroll, varför hon har kontroll över precis allting, med undantag för sin besatthet av att ha kontroll över allt. Kontrollen fyller många viktiga men destruktiva funktioner för den som har en ätstörning. Kontroll bemästrar rädsla och är ett sätt att undvika ångest. Kontroll släcker ut lusten, som är dess motsats, och skapar struktur i ett kaos (van der Ster, 2005).

Miljöfaktorer

Huruvida familjsituationen påverkar utvecklingen av en ätstörning eller inte, är en omstridd fråga. Man kan dock konstatera några typiska drag i den "ätstörda" familjen. Det man kan se är överbeskydd, insnärjdhet, rigiditet, låg konflikttolerans och strävan efter att hålla en snygg fasad utåt. Miljöfaktorerna behöver dock inte vara premorbida (Ottosson, 2002). Man har inte hittat några skillnader mellan föräldrar till döttrar som drabbas av ätstörningar och föräldrar till friska döttrar. Båda föräldragrupperna har samma inställning till mat och ätande, har normal kroppsbild och är nöjda med sin vikt och form i lika stor utsträckning (Ottosson, 2002). Benninghoven et al (2007) presenterar en annan bild och skriver att föräldrar till döttrar som utvecklar ätstörningar i större grad bryr sig om kroppsvikten och går på diet. De menar att osäkerheten inför kroppen som kvinnor med AN känner, korrelerar med deras mammors kroppsuppfattning. Vidare är 25 % av föräldrarna till flickor med ätstörningar

överviktiga, mot bara 12 % av föräldrarna till friska flickor, skriver Ottosson (2002). I *Figur 4* illustreras den patogenes som tagits upp.

Figur 4. Patogenes av AN och BN.



Psykoanalytisk teori

I det här avsnittet presenteras olika teoretiska perspektiv: Bowlby som företrädare för anknytnings teorin, Kohut som företrädare för självpsykologin, Bruch som representerar jagpsykologin och Mahler och Winnicott som företrädare för objektrelationsteorin. Mamma-dotter relationen tas upp med utgångspunkt i Chodorows teori.

Anknytnings teori

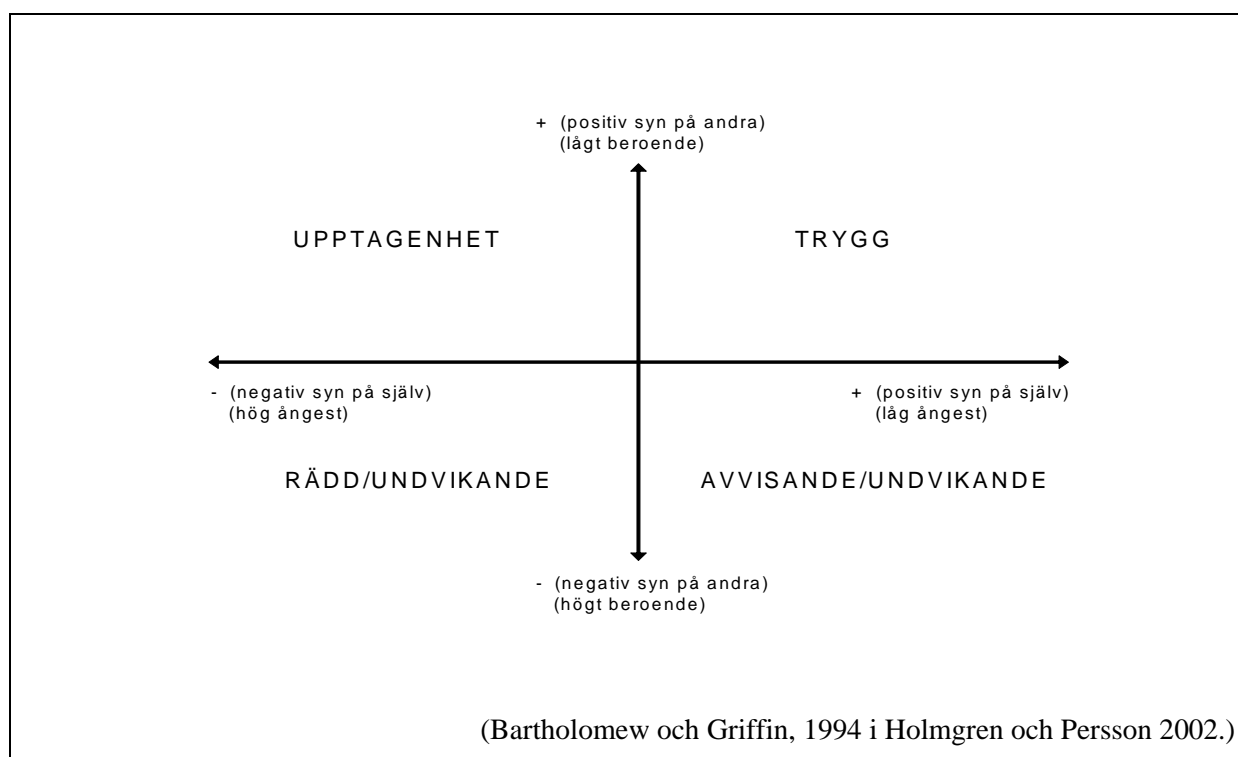
Broberg et al (2006) refererar till Hagekull och Bohlin (1982) som menar att anknytnings relationen har visat sig vara en faktor som påverkar problem kring mat. Ur ett anknytnings perspektiv kan ät störningar bero på att flickan/kvinnan inte fick den bekräftelse från modern under sin tidiga utveckling, som behövdes för att utveckla en sund grundtrygghet (Ottosson, 2002). En viktig utvecklings uppgift under barndomen handlar om att kunna

uppfatta sina egna kroppsliga impulser. Den nödvändiga bekräftelsen i den tidiga symbiosen mellan mor och barn, fordrar att modern har tillräcklig empati och identifikationsförmåga att respondera på de olika signaler som barnet sänder ut vid hunger, trötthet, frusenhet, smärta och andra tillstånd. Inom ramen för denna omhändertagande relation får barnet hjälp med att tolka sina kroppsliga behov och impulser (Broberg et al, 2006). Trots att omsorg, som definieras som ”att bry sig om något” och ”motsats till apati”, föds i samma stund som barnet (May, 2001), har vissa mödrar svårt att uppfatta sitt barns signaler rätt, vilket kommer att påverka barnets anknytningsstil till sin mamma. Ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv på ätstörningar skulle man kunna anta att mamman besvarar alla barnets olika sorters signaler och budskap med att ge barnet mat. Barnet lär sig felaktigt att mat är lösningen på alla plågsamma upplevelser. Under sådana förhållanden, och andra förhållanden som försvårar anknytningen, hämmas barnets utveckling av grundtrygghet, självkänsla och självkänedom (Ottozon, 2002). Barnet berövas då inlärningsupplevelser och får, till följd av detta, svårigheter med att kontrollera och styra sina impulser och sin tillvaro. Låg impuls kontroll är just en riskfaktor för BN. Broberg et al (2006) bekräftar en låg impuls kontroll hos den som drabbas av BN och skriver att ätproblem och andra psykosomatiska beteendetryck kan vara relaterade till den kvalitativa anknytningsutvecklingen. Man har funnit att personer med ätstörningar oftare har en otrygg anknytningsstil än genomsnittet (Broberg, Hjalmer och Nevenon, 2001 i Broberg et al, 2006).

Anknytningsteorins fader är John Bowlby som på 50-talet kom att intressera sig för människans förmåga att skapa och upprätthålla långvariga relationer till sitt barn, sin förälder eller sin kärlekspartner. Bowlby (2003) menade att den allra första bindningen till den primära anknytningspersonen, som i de allra flesta av fall är modern, blir en prototyp för individens relaterande och emotionella bindning till andra människor senare i livet. Interna arbetsmodeller skapas i barndomen. Det är dels vår självmodell, alltså våra slutsatser om vårt värde för anknytningsfiguren, och dels vår modell av andra, alltså våra slutsatser om hur tillgänglig och responsiv anknytningsfiguren är. De interna arbetsmodellerna kommer sedan att internaliseras och utvecklas till mentala representationer. Arbetsmodellerna är viktiga då de ger barnet svar på frågor som: Är jag värd att älskas? Är det möjligt att älska mig? Kan jag lita på mina anknytningsfigurer? Bryr sig mina anknytningsfigurer om mig? En persons anknytningsstil består av två delar: ens modell av självet och ens modell av anknytningsfigurerna (Bowlby, 2003). Utifrån Bowlbys ursprungliga anknytningsteori identifierades tre anknytningsstilar: ”trygg”, ”ängslig” och ”undvikande” anknytningsstil.

Denna tredelade typologisering har blivit standard för forskning kring anknytning mellan förälder och barn. Bowlbys (2003) ursprungliga teorier om interna arbetsmodeller sattes i ett tvådimensionellt system som gav fyra olika anknytningsstilar: ”trygg”, ”upptagenhet”, ”rädd/undvikande” och ”avvisande/undvikande” (Broberg et al, 2006). Detta illustreras i *Figur 5*.

Figur 5. Fyra anknytningsstilar i ett tvådimensionellt system.



Broberg et al (2006) menar att den forskning som finns kring samband mellan ätstörningar och anknytningsstil fokuserar på hur personer med ätstörningar upplevde sina föräldrar som barn. Personer med ätstörningar återfinns mest i gruppen ”avvisande/undvikande”. Människor som passar in på den här anknytningsstilen har en negativ bild av andra men positiv bild av sig själv. De har inget behov av nära relationer, för det är viktigt för dem att känna oberoende och självtillräcklighet. Personer med ätstörning som samtidigt lider av depression (hög komorbiditet) återfinns mest i gruppen ”upptagenhet”. De som hamnar inom den här anknytningsstilen har negativ modell av sig själv men positiv modell av andra. De känner sig obekväma om de inte har någon relation och därför längtar de efter emotionell intimitet men känner sig lätt avvisade och tror att de inte värdesätts av andra lika mycket som de värdesätter dem. De idealiserar partnern och kärleksrelationen är alltid mycket viktigare än allting annat.

Känslor visas utåt mycket och öppet, hjälp söks vid problem, då de har liten tilltro till sin egen förmåga. De som bedöms ha den "rädd/undvikande" anknytningsstilen har negativ modell av både andra och sig själv. Relationer är deras stora problem, då de vill ha nära relationer men har svårt för att lita på och vara beroende av andra. De är rädda för att bli sårade, bortstötta och de utvecklar separationsångest och svartsjuka. De visar inte känslor och söker inte hjälp. Slutligen den "trygga" anknytningsstilen som möjliggör positiv modell av sig själv och andra. De kan komma nära andra, kan vara beroende av andra och låta andra vara beroende av dem. Konstruktiv konfliktlösning och realistisk syn på relationer följer med den trygga anknytningen. De känner ingen överdriven oro. Forskare som sammankopplar ätstörningar med anknytningsteorin, menar att ätstörningar fyller en avledande funktion av uppmärksamheten från anknytningsrelaterade problem till det externa som kroppen. Ätstörningen ersätter en trygg anknytning (Broberg et al, 2006).

Om allvarliga emotionella problem uppstår i ett av barnets tidiga utvecklingsstadiet, då mat och ätande är ett centralt behov, kan detta senare komma att reflekteras i personens ätbeteende och matvanor (Wise och Wise, 1979). De menar att emotionella problem kan uppstå om barnet får uppleva en skrämmande och obehaglig separation från modern och hennes bröst, istället för en idealisk, varm och behaglig separation. Efter födseln kan det lilla barnet inte differentiera mellan sig själv och mamman eller mellan bröstet och mamman. Mamman och bröstet är i början av livet allt som existerar för det lilla barnet. Wise och Wise (1979) kategoriserar personer med ätstörningar utifrån vilken utvecklingsfas som traumat skedde i: orala, anala eller genitala fasen. Konflikter i respektive fas ger olika karaktäriserande personlighetsdrag, eftersom personligheten också påverkas av den tidiga utvecklingen (Wise och Wise, 1979). Därför kan Wise och Wise (1979) identifiera olika sorters ätstörningsproblematik genom att studera personligheten. De betonar vikten av att ta itu med personens underliggande emotionella problem under tiden som själva ät-/matproblemet behandlas. "We deal with the underlying issues instead of with superficial symptoms", (Wise och Wise, 1979, s.13).

Ur ett psykoanalytiskt perspektiv, har ätstörningar många likheter med andra självskadebeteenden (Skårderud, 2002). Enligt Skårderud (2002) är allt från rökning, AN och BN till självmord olika typer av självskador. Sådant beteende finns beskrivet hos personer med tidiga svårigheter att identifiera spänningar, uttrycka dem verbalt och reglera dem. Detta

är förmågor som normalt erhålls genom en trygg anknytning. Handlingarna, självsvälten eller hetsätningarna, blir de drabbades strategi för att avleda vrede, ångest, förtvivlan och tomhet.

Självpsykologisk teori

Som tidigare nämnts, är svag självbild och låg självkänsla kopplat till ätstörningar. Kvinnor med AN och BN har färre positiva bilder av sina "själv" och fler negativa bilder av sina "själv" än en kontrollgrupp (Farchaus Stein och Corte, 2007). Perceptionen av "självet" är skadat vid närvaro av en ätstörning. När självbilden är instabil kan detta få kroppsliga symtom (Johnsson, 1990). Kohut (1986) grundade självpsykologin på 70-talet och antog att barnet vid födseln endast hade en begynnande kärna till "själv". Han delade in "självet" i två poler och lade längre fram även till en tredje pol. Den första av "självets" poler, som kallas det "grandiosa själv", innehåller våra ambitioner. Den andra polen är våra ideal, vilka vi fått från den idealiserade föräldrabilden. Ambitionerna driver människan framåt och idealen visar vägen. Första och andra polen, ambitionerna och idealen, formas i barndomen i samspelet med barnets "självobjekt", det vill säga dess viktiga personer och signifikanta andra. För en sund självutveckling behöver barnet empatiska och speglade "självobjekt" som finns där för barnet och som låter sig idealiseras. Den tredje polen kallas "alterego" som samlar våra kunskaper, förmågor och färdigheter. Det kan vara en kompis eller någon annan som är lik en själv. Med åldern integreras polerna och bildar ett moget "själv" (Skårderud, 2002).

Även om Kohuts (1986) självpsykologi framhåller att barnet behöver trygga "självobjekt" för att få sunda strävanden och ambitioner, är inga "självobjekt" perfekta, och de ska heller inte vara det. Kohut (1986) skriver att barnet behöver bli utsatt för "optimal frustration" som från början är Winnicotts begrepp. För att lära sig hur världen är beskaffad, behöver barnet få uppleva lite frustration och besvikelse (Winnicott, 1998). Skårderud (2002) beskriver att det uppstår ett falskt "själv" med horisontell eller vertikal klyvning, om "optimal frustration" uteblir, eftersom "självets" delar då inte har integrerats. Resultat av ett falskt "själv" är ofta känslor av inre tomhet, meningslöshet, överklighet och beteenden som social underkastelse, spelande av roller och överdriven anpassning (Igra, 2002). Vid horisontell klyvning är "grandiositeten", "självets" första pol, bortträngd och kvar finns bara skam, brist på självtillit och depression. Vid vertikal klyvning finns den första polen, "grandiositeten", vid sida av sin motsats; låg självkänsla och upplevelse av att inte ha kontroll. Kohuts självpsykologiska teori tar också upp fyra olika typer av avvikelser från "optimal frustration" och vad dessa har för konsekvenser. (Dessa bör dock inte ses som isolerade självstrukturer.) Man kan koppla

personlighetsstrukturerna till ätstörningar. "Det understimulerade självet", som känns igen för att det lätt känner tristess och livlöshet, som upplever hunger, tomhet och har ett centralt behov av att bli uppfylld, korresponderar mot BN. Det är den strukturella tomheten i "självet" och osäkerheten inför "självets" existens som bulimikern försöker fylla på med mat. "Det fragmenterade självet", får inte ihop helhets känslan mellan kropp och själ, som upplever stark ångest och brist på kontinuitet. "Det överstimulerade självet", upplever sig som stående utanför sina egna handlingar till följd av överdriven stimulans vid en av polerna. "Det överbelastade självet", upplever världen som farlig, vilket i sin tur är en konsekvens av att stimulansen vid andra polen (ideal) varit bristfällig för att självobjekten inte varit tillräckligt mogna och empatiska. AN korresponderar mot de här tre övriga självstrukturerna eftersom det "anorektiska självet" kan beskrivas som fragment, överstimulerat och överbelastat (Skårderud, 2002).

Jagpsykologisk teori

Jagpsykologin med dess topografiska modell av psyket indelat i "omedvetet", "förmedvetet" och "medvetet" och dess tredelade psykologiska struktur "detet", "jaget" och "överjaget", har sitt ursprung i Freuds klassiska driftsteori. Några milstolpar i jagpsykologin var när man utvecklade och beskrev jagfunktionerna och de olika försvarsmekanismerna. Jagpsykologer betonade jagets självständiga natur och utveckling och autonoma jagfunktioner. Bruch (1973) representerar den här skolan och beskriver hur personligheten hos den som drabbas av AN är störd. För det första är kroppsuppfattningen störd så att vanföreställningar av kroppen form och storlek förekommer. För det andra finns en störning i förmågan att uppfatta och tolka kroppens signaler, till exempel hunger, mättnad, trötthet på rätt sätt. För det tredje föreligger en störning som skapar en förlamande känsla av oduglighet. Bruch (1973) förklarar dessa störningar med att den drabbade inte har fått tillräcklig uppmuntran och adekvat respons på sina behov som barn. Hon beskriver de drabbade som ovanligt lydiga, ordentliga och pålitliga barn. Svårigheten med att skilja på sina egna behov och önskningar och omgivningens sådana, verkar ha uppstått för att dessa barn alltid gjort det som förväntats av dem och alltid ansträngt sig för att vara omtäckta. Deras känsla av egen identitet och upplevelse av äkta själv, har därför kommit i skymundan. Under den lydiga och tillmötesgående fasaden skapas ett högt tryck av alla uppdämda affekter. För personen med AN är disciplinen i förhållandet till maten och ätandet ett sätt att upprätta kontroll över sina känslor och skapa självkänsla. Att uppleva, identifiera och uttrycka känslor i kropp och själ blir den stora bristen som sedan kan resultera

i ätstörning i samband med tonåren då behovet av beroende och självständighet orsakar dem en olöslig konflikt (Bruch, 1973).

Objektrelationsteori

En del av den psykoanalytiska utvecklingsteorin är objektrelationsteorin. Den består av olika riktningar, till exempel den kleinianska riktningen, den ungerska riktningen och en oberoende grupp. Precis som jagpsykologin vidareutvecklar objektrelationsteoretikerna Freuds driftsteori på olika sätt (Igra, 2002). Driftsteorin menade att vår psykiska organisation består av drifter. Dessa har en somatisk källa, ett syfte och ett objekt. Somatisk källa kan tex. vara munnen som har syftet att bli tillfredsställt, vilket möjliggörs av objektet, moderns bröst. Freuds driftsteori beskrev moderns bröst som det första objektet som spelar central roll för det lilla barnet, eftersom det bidrar till lust och tillfredsställelse och minskar driftspänningen (Freud i Igra, 2002). Klein (2000) definierar objektrelationen som en emotionell, sensorisk och kognitiv förbindelse mellan barnets "själv" och omvärlden. Kleins (2000) utgångspunkt var spädbarnets tidiga erfarenheter av mammans bröst.

Mahler är den forskare som har gjort tydligast avtryck när det gäller att beskriva objektrelationsutvecklingen under barnets första tre månader (Mahler i Igra, 2002). Mahler menar att barnet föds in i ett omoget tillstånd där hon är helt beroende av och i symbios med mamman. Sedan följer utvecklingen från beroende via partiellt beroende till oberoende och upplevelsen av att vara en egen individ, genom separation och individuation. Det är tre faktorer/drivkrafter som för utvecklingen dithän: det självständiga jagets utveckling och det behov som därav uppstår att pröva sina nya färdigheter, mammans önskan att barnet ska utvecklas och pappan som står utanför mamma-barn-dyaden och lockar barnet att utforska sin omvärld (Igra, 2002).

Mahler benämner den första fasen som den autistiska och den andra som den symbiotiska (Mahler i Igra, 2002). Den tredje fasen kallas separations- och individuationsfasen och den pågår mellan barnet är 5 och 36 månader gammalt. Separations- och individuationsfasen delas in i fyra delfaser: "differentiering", "övning", "närmande" och "objektkonstans". En kortare frigörelseprocess pågår under de två första delfaserna, och barnet förstår att mamman är en självständig person och att hon har egna önskningar precis som barnet har sina. Under den tredje delfasen kommer barnet lite närmre mamman igen, efter att de har insett sin

självständighet och att det finns en risk att det förlorar den självständiga mammans kärlek (Igra, 2002).

Senare psykoanalytisk teori talar om ätstörningar som resultat av en konflikt som rör beroende, självständighet och identitetsutveckling (Buhl, 1993 i Leion, 2002). Detta kan härledas till störningar i separations- och individuationsfasen. Om mamman inte accepterar barnets försök till separation, utan bara gör sig tillgänglig för barnet när det undertrycker sina egna behov för att tillgodose hennes, bevaras symbiosen med modern. Barnet kan då inte separera fullständigt från sin mamma och det blir inga tydliga gränser mellan vad som är "självet" och vad som är objektet (Igra, 2002). En riskfaktor är de mammor som själva har olöst separationsproblematik och därför inte vill lämna symbiosen med sitt barn (Leion, 2002). Benninghoven et al (2007) bekräftar denna hypotes och skriver att det är större sannolikhet att kvinnor uppvisar missnöje med kroppen om de och deras mammor har låg autonomi och självständighet. Krenzisky och Persson (2001) refererar till Hwang och Nilsson (1998) som skriver att den drabbades matrubbingar just är ett sätt att bli självständig i en kontrollstark familj. Beträffande mor-dotter-relationen som föreligger vid AN och BN, att den inte sällan är ambivalent och symbiotisk (Ottosson, 2002). Motiven, vilka är fyra till antalet, bakom det anorektiska beteendet är till stor del omedvetna, menar Ottosson. Kontrollmotivet handlar om moderns dominans, reningsmotivet handlar om självbesträffning, regressionsmotivet handlar om hennes önskan att vara liten och omnipotensmotivet handlar om att tvinga modern att uppfylla hennes önskningar (Ottosson, 2002). Leion (2002) skriver att barnet, med en olöst separations- och individuationsproblematik, har fått förneka sina egna tankar, känslor och handlingar för att regressivt försöka hålla kvar objektet (mamman) och dess symbiotiska önskningar. Det anorektiska beteendet, med undvikande av sexuell och kroppslig utveckling genom ett kraftligt reducerat matintag, vilket Ottosson (2002) nämner som pubertetsaskes, uppfyller de här motiven. Tidig psykoanalytisk teori förklarade just AN som en slags hysteri där sexualitet avvisades. AN betraktades som en vägran att bli gravid, och då det fanns fantasier hos den sjuka om någon slags oral befruktning genom maten, undveks denna. Rädslan för en enda sädescell som genom befruktning får kvinnokroppen att "explodera", skapade en parallell rädsla för maten, nämligen farhågan om att en liten tugga skulle utlösa en explosiv viktuppgång (Skårderud, 2002).

BN kan beskrivas som ett återaktualiserande av separations- och individuationstemat, som aldrig blivit riktigt löst till följd av en störning i den perioden. För kvinnan med BN blir maten

och ätandet ersättning för närhetsförhållandet till modern, och den efterföljande rensningen med kompensatoriska åtgärder och kränkningar kommer att symbolisera hennes försök till separation från modern. BN fyller en spänningsreducerande funktion i obalansen mellan närhet till och separation från mamman (Leion, 2002). Ätstörningar debuterar oftast i tonåren då en andra separations- och individuationsprocess inleds (Buhl, 1993 i Leion, 2002). Om den tidiga separationen och närmandefasen inneburit ouppklarad problematik, riskerar denna att återuppväckas när barnet når adolescensen. Det är därför som tonåren är en så kritisk period.

McWilliams (2003) tar också upp familjen när hon försöker beskriva sin förståelse av ätstörningsproblematik ur ett psykodynamiskt perspektiv. Eftersom personer med ätstörningar har tvångsmässiga personligheter, menar McWilliams (2003) att dessa delar samma objektrelationsmönster som andra tvångsmässiga grupper. Barn som utvecklar drag med tvång har oftast föräldrar som ställer höga krav på dem och förväntar sig lydnad från dem (McWilliams, 2003). I optimala fall utvecklar barnen försvar mot detta bemötande från sin mamma och pappa, men risken finns att barnens tvångsmässiga tendenser tar sig problematiska uttryck om föräldrarna är orimligt fordrande. Om man antar ett objektrelationsperspektiv på tvångsmässiga människor, är det påfallande att kontroll har spelat en stor roll i uppväxtfamiljen (McWilliams, 2003). Förr i tiden växte betydligt fler upp med tvångsmässighet till följd av dåtidens skuldskapande fostran med självdisciplin och uppskjutande av behovstillfredsställelse. Idag ser barnuppfostran annorlunda ut, och kontrollstarka familjer genererar snarare skam än skuld hos sina barn (McWilliams, 2003). Skammen är en stor del av AN och BN, varför ätstörningar är typiska exempel på samtida former av tvångsmässig patologi. Personlighetstypen bakom AN och BN är inte dåtidens moraliserande, utan den i vår tid mer aktuella och förekommande narcissistisk perfektionistiska personlighetstypen (McWilliams, 2003).

Ätstörningar och andra tvångsmässiga personlighetsmönster kan såklart också uppträda i andra familjer än den kontrollerande och moraliserande typen. Det starka överjaget som hänger ihop med samvetsgrannhet och tvångsmässighet, finns också hos personer som fått en uppfostran som varit extrem på andra hållet, dvs. ovanligt ”slapp”. Som reaktion på avsaknad av tydliga regler och vägledning under barndomen, skapar barnet en egen föräldragestalt som förebild. Normerna som denna egna gestalt står för är stränga och omänskliga och därigenom grundläggs en tvångsmässig psykodynamik (McWilliams, 2003).

Det är alltså både vid över- och underinvolvering från det primära objektet som det uppstår en konflikt hos barnet, som sedermera leder till att användningen av ett yttre övergångsobjekt hämmas (Skårderud, 2002). Ett övergångsobjekt är ett föremål som på symbolisk väg kan skapa en illusion om återförening mellan barnet och mamman, i en annars många gånger outhärdlig övergång från symbios med mamman till separation från henne (Winnicott, 1998). Området mellan mammans närvaro och frånvaro är nödvändigt, för här kan barnet internalisera mammans lugnande och tryggande funktioner. Mellan när- och frånvaron skapar barnet sitt övergångsobjekt, tex. en filt eller nalle. Med hjälp av detta kan barnet få ihop den yttre verkligheten med sin inre värld, uthärda tomheten som uppstår efter mamman och avleda depressiv ångest. Winnicott (1998) talar också som en "good-enough-mother" och menar då att mamman har en medfödd förmåga att ta hand om barnets och dess infantila omnipotens (allmaktskänsla) och ge den mening. Övergångsfenomenen börjar förekomma i åldern 4-12 månader som är i början av separations- och individuationsfasen, enligt Mahler, och börjar avta när barnet har uppnått i den fjärde fasen, objektkonstans (Winnicott, 1998). Skårderud (2002) menar alltså att användningen av övergångsobjekt hämmas vid över- och underinvolvering av det primära objektet. Enligt Skårderud (2002) hotas övergångsobjektet vid överinvolvering då separation förhindras och symbios bibehålls och vid underinvolvering med outhärdlig separation i form av absoluta avvisanden och isolering från mamman. Barnet använder då istället sin egen kropp som övergångsobjekt och riktar kroppsliga sensationer in mot denna. För att mellanområdet ska skapas, för att mammans funktioner ska internaliseras och för att övergångsobjektet ska fylla sin funktion, krävs det att mamman ändå finns tillgänglig på något sätt trots sin frånvaro (Leion, 2002).

McDougall (2001) kommer också med ett viktigt bidrag för att förstå ätstörningar ur ett objektrelationsteoretiskt perspektiv. Liksom Skårderud (2002) härleder McDougall (2001) ätstörningar till att mamman motarbetar barnets övergångsobjekt under separations- och individuationsprocessen för att hon tycker att dessa hotar om att ersätta henne. I tonåren eller i ung vuxen ålder skapas patologiska övergångsobjekt eftersom separations- och individuationsprocessen får förnyad kraft då. För en kvinna med BN blir maten ett sådant patologiskt övergångsobjekt som kan fylla samma funktion som ett "äkta" övergångsobjekt, dvs. skingra inre smärta och fylla det inte tomrummet. Enligt McDougall (2001) fungerar maten lugnande, reglerande och tröstande för personen med BN. När något skrämmer eller hotar, det känns ensamt eller tomt, ersätter maten den tidiga symbiosen med mamman likt ett adekvat övergångsobjekt. Skillnaden är dock att det adekvata övergångsobjektet kan bistå

med integrering i de inre strukturerna, men det kan inte det patologiska övergångsobjektet, därför måste det ständigt fyllas på. Kräkningen återupprättar sedan separationen från mamman och gränserna mellan självet och objektet.

Relationen mamma-dotter

De teorier som hittills har presenterats, handlar nästan uteslutande om mammans relation till det lilla barnet. Ottosson (2002) antar att ätstörningar beror på brister i denna relation. Samtidigt är det så att betydligt fler flickor och kvinnor drabbas av ätstörningar än pojkar och män. Chodorow (1988), som var sociologiskt skolad och utgick från en psykoanalytisk och sociologisk teori, formulerade en könsspecifik teori om personlighetsutvecklingen och betonar relationen mellan mamma och dotter. Relationen till mamman ser ju olika ut beroende på om man är flicka eller pojke. Den enda likheten som finns i mamma-barn-relationen oavsett barnets kön, ligger i att mammans första tid med sitt barn präglas av ett unikt samspel och en stark symbios. Men eftersom mamma och dotter har samma kön, blir identifikationen mellan dem större. Svårigheterna att bli en självständig och frigjord individ blir också större för flickan än för pojken. Mamman har lättare för att se dottern än sonen som en del av sig själv. Adolescensen blir därför jobbigare för flickan än för pojken, eftersom flickan ännu antas befinna sig i den primära objektrelationen till mamman, från vilken pojken antas ha frigjort sig redan i den oidipala fasen under sitt "oidipuskomplex" (Chodorow, 1988).

Teoretisk sammanfattning

Sammanfattningsvis finns det en hel del likheter i de är fyra psykodynamiska teoriernas syner på ätstörningar. Med varierande terminologi beskriver de en tidig störning i relationen mellan mamman och barnet som till följd av mammans motvilja och/eller oförmåga att låta barnet separera och bli en självständig individ. Barnet hålls kvar i symbiosen med sin mamma långt upp i åldrarna och frigör sig inte riktigt. När det är dags för nästa stora frigörelse i livet, den som inträffat i tonåren, uppstår en konflikt hos barnet som har svårt att känna efter vad som är dess "själv" och vad som är mamman. Att vara en fritt agerande, tänkande och kännande individ blir svårt och maten används som redskap för att uthärda ångest och tomhet. För en person med BN blir maten ett slags övergångsobjekt enligt objektrelationsteoretikerna, som skapar den tryggheten som inte blivit internaliserad av mammans närvaro. En person med AN kan svälta sig själv för att förhindra kroppslig och sexuell mognad och utveckling, och därmed skjuta upp inträdet i vuxenlivet och den upprepade separationen från mamman. AN och BN kan alltså tjäna som försvar mot tomhet och otydlig känsla av identitet som ett sätt att

uppnå kontroll och kompetens. Att flickor drabbas oftare än pojkar kan bero på att flickor och deras mammor har samma kön och därför har svårare att frigöra sig från sina mammor än pojkar har (Chodorow, 1988).

BEHANDLING

Fairburn (2003) menar att det inte finns någon övergripande behandling som botar alla sorters ätstörningar. Varje sjukdomsfall är unikt och har sina specifika behov eftersom varje individ är unik. Enligt Fairburn (2003) är det orealistiskt att tro att man ska kunna slå fast orsakerna till ätstörningar och sedan angripa dem. Det är lika orealistiskt menar han att det är att försvara den typ av avhållsamhet som förkunnas och sprids av de så kallade tolvstegsprogrammen, som används vid missbruksbehandling, när det handlar om ätstörningsbehandling. Farchaus Stein och Corte (2007) skriver att en viktig faktor på vägen tillbaka från en ätstörning är att personen som är drabbad får möjlighet att utveckla en ny positiv självbild. Wallin (2000) summerar den forskning som finns på området och konstaterar att det antidepressiva medlet Fontex har bra effekt åtminstone på bulimiker. För yngre personer med ätstörningar visar sig familjeterapi vara mest effektivt, medan äldre har mer nytta av individuell här-och-nu-orienterad stödpsykoterapi. I de fall då det somatiska tillståndet är kritiskt, är naturligtvis sjukhusvistelse det mest effektiva ur behandlingssynpunkt, men enligt Wallin (2000) finns det inget som tyder på att längre vistelser i sjukhusvård för personer med ätstörningar i allmänhet är effektfulla. Idag tenderar fler behandlingsmodeller gå mot olika öppenvårdsformer, som till exempel dagvårdsbehandlingar.

Ätstörningsbehandlingar äger rum antingen inom öppenvården eller inom slutenvården. Det är de allvarligaste och mest livshotande fallen som placeras i slutenvård. På vissa ställen i landet finns också behandlingslägenheter som man kan säga är en behandlingsform som hamnar mittemellan öppen- och slutenvård. Personen bor då med sin familj/sina anhöriga/ensam i behandlingslägenheten och tar hand om sig själv under uppsyn av behandlare. Behandlaren kommer ofta i början, och allt eftersom tiden går kommer behandlare och tittar till henne allt mer sällan. Dagvårdsbehandling är ofta förekommande inom öppenvården. För att kunna inleda en behandling med en person med ätstörning, oberoende av vilken karaktär behandlingen har, behöver personalen ha en grund att stå på. Behandlingen behöver vanligtvis anpassas till den rådande situationen. På så sätt är det viktigt att man tar reda på en ordentlig anamnes, kartlägger familjesituationen och gör en social, somatisk och psykologisk

bedömning. Personen med ätstörning har olika inställning till behandling beroende på vilken sjukdom som hon lider av. Medan kvinnan med AN förnekar ohälsa och behov av behandling in i det sista, är kvinnan med BN mer hjälpsökande och erkänner oftare och lättare sitt problem (Ottosson, 2002). För all behandling är en trygg behandlingsrelation mellan patient och terapeut av största betydelse. Enligt Skårderud (2002) vill patienten ha en behandlare som blir ett vittne till patientens problematik. När det finns ett vittne förvandlas det mest privata till en delad realitet. När något delas, blir man mindre ensam. I en lyckad behandling delar de drabbade och behandlaren på sjukdomen. Behandlaren kan genom sin delaktighet visa henne att det skamfyllda går att tåla.

Somatisk behandling

I allvarliga fall är det naturligtvis de somatiska behandlingsmetoderna som måste prioriteras. Beteenden som hetsätningar, kräkningar, laxering, överdriven motion och allvarlig svält måste brytas innan personen med ätstörning egentligen kan tillgodogöra sig en terapeutisk behandling. Terapi har ingen effekt så länge en patient lider av koncentrationssvårigheter, ökad ljudkänslighet, och depersonalisation. Dessutom kan ätstörningspatienten lida av åkommor av psykotisk valör, som hallucinationer och rigitt beteende, vilka i sin tur försvårar mottagligheten för terapeutisk behandling (Ottosson, 2002). De somatiska metoderna omfattar också strategier för att lära personen med ätstörning att äta på rätt sätt. Kostprogram och viktkontroll med förbestämda intervall är viktiga rutiner som man håller fast vid, då man vill förhindra en alltför snabb viktförändring (Glant, 2000b). De gånger då viktökning är att rekommendera, bör det ske med maximalt 1 kg per vecka (van der Steer, 2005). I livshotande fall av AN sätter man in parenteral nutrition eller sondmatning. Akuta viktkorrigerande åtgärder sätts alltså in som första intervention och därefter följer terapeutiska interventioner.

Terapeutiska metoder

Oavsett vilken terapeutisk metod som används i ätstörningsbehandlingen, så läggs de flesta terapiformer upp i form av en inledande intensiv fas, vilka syftar till att snabbt häva svälten, hetsätningarna eller andra somatiska svårigheter som patienten har. Nästa fas är den terapeutiska fasen som bland annat innehåller de varierande terapeutiska metoderna som beskrivs nedan. Behandlingar rundas av med en avslutningsfas under vilken återfallsprevention är en betydande ingrediens (Stahre, 2002). Ätstörningar behandlas med individualterapi (främst för äldre patienter) och/eller familjeterapi (främst för yngre patienter). Individualterapi bedrivs i sessioner om 45 min. De gånger man bedriver individualterapi med

yngre patienter är sessionerna dock kortare. Mindre akuta ätstörningar kan också behandlas med gruppterapi. Det finns dock inga vetenskapliga bevis på att någon terapiform är bättre än någon annan (Grebo och Thormählen, 2005).

Kognitiv beteendeterapi

Idag finns det dokumenterat effektiva behandlingsmodeller för ätstörningar i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) (Grebo och Thormählen, 2005). Det kognitivt beteendeterapeutiska arbetet utgår inte från några på förhand givna eller oomtvistade teorier, utan de bygger på forskning och praktisk erfarenhet. Grebo och Thormählen (2005) beskriver de tydliga gemensamma drag som finns i KBT. Det terapeutiska arbetet, i vilket terapeuten tar en mycket aktiv roll, är målinriktat, strukturerat. Man utgår från här och nu mer än att titta på det förflutna. Samarbetet mellan terapeuten och klienten är ett viktigt inslag. Klienten får hemuppgifter mellan sessionerna och den pedagogiska inriktningen på KBT syftar till att klienten ska återfå kontroll över sitt liv. KBT har stora möjligheter att under kort tid hjälpa patienten att släcka ut tvångsbeteende, skriver Krenzisky och Persson (2001). Ottosson (2002) skriver att KBT visat sig vara verksam/effektiv när det gäller att ändra tänkande kring ätande och mat. Strukturerad kontraktsvård med KBT med kostregim och vägning endast en gång i veckan, kan reducera hetsättningsepisoder hos en person med BN, normalisera hennes näringstillstånd och matvanor och få hennes hungers- och mättnadskänslor att återkomma. Att återfå ett normalt förhållande till mat tar dock mycket lång tid.

Kognitiv psykoterapi

KBT är tätt förankrat med kognitiv psykoterapi (KPT). Internationellt skiljer man i allmänhet inte mellan KBT och KPT. KBT ses då snarare som ett samlingsbegrepp för olika beteendeinriktade terapier, som dock kan ha fokus på olika saker. Medan fokus ligger på att klienten ska återfå kontroll över sitt liv i KBT, ligger fokus i KPT på meningsskapande (Grebo och Thormählen, 2005). Enligt d'Elia (2003) är nyckelorden i KPT som används flitigt i det terapeutiska arbete: ”schema”, ”grundantagande”, ”automatiska tankar”, ”medveten närvaro” och ”exponering”. Dessa vanligt förekommande begrepp i KPT ses också i ätstörningsbehandling i stor utsträckning (Stahre, 2002). KBT och KPT har satt avtryck på ätstörningsbehandling, varför det ingår olika metoder som härstammar därifrån. Sociala och relationella metoder syftar till att förbättra patientens nätverk och sociala kontakter. Ofta är patientens relationer till vänner och familj konfliktfyllda (Glant, 2000b). I den här delen av behandlingen försöker man hitta strategier för att förändra det sociala relaterandet. Imaginära metoder till att försöka återge patienten sitt realistiska och verklighetsförankrade synsätt på

till exempel sin kroppsbild, kroppsuppfattning och sitt kroppsideal, då patienterna inte sällan bär på mycket inre fantasier, bilder och felaktiga tankemönster. I de här situationerna är det viktigt att behandlaren bekräftar patientens förvrängda kroppsuppfattning och känsla av att vara tjock utan att patienten i själv verket är det. Bekräftelsen av denna känsla behövs lika mycket som att behandlaren påminner patienten om att en del av henne egentligen har en klar och sann uppfattning av hur hon ser ut och hur hennes kroppsstorlek faktiskt är. En betydande del av en ätstörningsbehandling är naturligtvis också kognitiva metoder, som på ett pedagogiskt sätt tillför kunskap till patienten. Av den anledningen går de kognitiva behandlingsmetoderna ut på att få patienten att förstå mer om hur kroppen, ätandet och psyket fungerar. En stor del i det här arbetet syftar till att slå hål på de många myter kring mat och vikt som cirkulerar i vårt mediasamhälle. Tankar, känslor, resonemang, tankekedjor och dylikt utnyttjas för att identifiera tankefällor i patientens förståelsemodell. Slutligen används affektiva och sensitiva metoder, vilka syftar till att påverka patientens inre och yttre sinnesförmågor, upplevelser och behov. Den här delen av behandlingen vill få patienten att skapa nya upplevelser och erfarenheter, som i sin tur möjliggör för patienten att ändra sitt ofta mycket tvångsbetonade förhållningssätt till hur och vad hon utför var, i vilken ordning och med vilken metod. Tvångsmässiga rutiner som de här, kommer annars att utgöra onda cirklar som med tiden blir allt svårare att bryta sig ur. Patienten får under det här inslaget av behandlingen mobilisera egna resurser för att kunna bearbeta känslor och hantera behov på mer adaptiva tillvägagångssätt än de som är närvarande i sjukdomen. Metoderna fungerar om patienten får möjlighet att bättre kunna verklighetsförankra kontakten med omvärlden i sin inre värld. Detta behövs, eftersom en person med ätstörning efter en lång tids sjukdom och fixering vid maten, ätandet och kroppen, ofta har en självcentrerad och inskränkt syn på omvärlden och sig själv (Krenzisky och Persson, 2001).

Psykodynamisk terapi

Terapiformerna som beskrivits ovan är inriktade på situationen som råder här och nu. Som teoriavsnittet förtäljer, ser man inom psykodynamisk teoribildning ätstörningar som ett sekundärt symptom på en mer djupliggande problematik, som härstammar från den tidiga utvecklingen. Ätstörningen ses som ett uttryck för en traumatisk upplevelse som man bär med sig, oftast i omedveten form. De kognitiva terapimetoderna har visat sig vara effektiva då det gäller att släcka ut ett tvångsbeteende, bryta ett självdestruktivt mönster, exponera sig för sina fobier etcetera. I början av en ätstörningsbehandling är dessa metoder därför att rekommendera. Då prognosen ändå visar att många ätstörningssjuka får bestående psykiska

men och symtom och återfall är vanligt förekommande, hävdar Wise och Wise Kierr (1979), att den primära bristproblematiken bör bearbetas och behandlas i en djupgående och långvarig psykodynamisk terapi. Detta för att undvika att nya sekundärsymtom kommer att uppstå på nytt. (Avmagringen alt. hetsätningen ses här som ett sekundärsymtom.)

Farmakologisk behandling

Ätstörningar behandlas och botas inte enbart med terapeutisk behandling. Ibland kan farmakologisk behandling vara användbar; den är dock är den inte effektiv som ensam behandlingsinsats, utan en kombination av terapeutisk och farmakologisk behandling är absolut att föredra. Neuroleptika och antidepressiva medel i form av SSRI-preparat (serotoninantagonister) kan ges till en person med AN eller BN för att lindra de psykiska besvär som ofta medföljer en ätstörning, som depression, tvångsbeteenden, sömnstörningar, ångestproblematik etc. Depressionen brukar vara extra påtaglig hos personer med BN. Antingen rör det sig om en sekundär depression (som alltså är ett symtom som kommit utav det primära symtomet, ätstörningen). Eller så är det en primär depression, vilket är vanligare vid BN än vid AN. Neuroleptika och SSRI-preparat botar alltså inte ätstörningen i sig. Eftersom det finns möjliga konsekvenser av neuroleptika och antidepressiva medel som inte alltid är till gagn för ätstörningsbehandlingen (som till exempel att de kan resultera i viktökning hos patienten då de påverkar hormonbalansen i kroppen och dämpar den allmänna motoriska aktiviteten), bör man alltid ge den terapeutiska behandlingen en chans innan man sätter in farmakologisk behandling (Ottosson, 2002).

CAPIO ANOREXICENTER

Samtal med Claes Norring och Eva von Dewall på Capiro är källorna till informationen som här kommer att ges, om Capiro AnorexiCenter i allmänhet och den aktuella dagvårdsbehandlingen i synnerhet.

AnorexiCenter i Malmö stängdes den 1 juli 2005 på grund av att deras avtal med landstinget Region Skåne upphörde att gälla, men det finns fortfarande kvar på orterna Alingsås, Stockholm och Varberg i Sverige samt i Fredrikstad i Norge. AC ingår i Capiro som är en internationell hälsovårdskoncern. På AC i Malmö behandlades patienter med anorexi, bulimi och ätstörning UNS. Verksamheten hade två delar, dels en dagvårdsbehandling och dels en mottagning. Behandlingen som erbjöds på AC baserades på den enskilda patientens behov och utformades i samråd med patienten och ev. med patientens familj. Behandlingsarbetet var

kognitivt och målfokuserat. Ett team av behandlingspersonal arbetade både i dagvårdsbehandlingen och på mottagningen. Detta team bestod av läkare, socionom, dietist, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, psykoterapeut och psykolog. Utöver dessa arbetade en assistent och en kock på AC.

Behandlingsbeskrivning

Den aktuella dagvårdsbehandlingen pågick på vardagar dagtid i 8 veckor under maj, juni och juli 2004. AC var noga med att betona att all information som kom fram i gruppen samt namn på de andra personerna som fick behandling var helt konfidentiella uppgifter. En viktig grundförutsättning i behandlingen var också att AC förutsatte att patienterna inte ”kompenserade” i någon form, såsom att kräkas, laxera eller vara överaktiv. I dagvården åt patienterna frukost, mellanmål, lunch och mellanmål tillsammans med två eller flera behandlare. Maten som serverades var vanlig okomplicerad mat som serverades under sociala former i matsal (frukost och lunch) eller i dagrum (mellanmål). Oftast var maten upplagd på patienternas tallrikar i en normal portion, men ibland rådte självservering under behandlars uppsyn. Patienterna fick gå ifrån matbordet när de ätit upp sin portion, dock tidigast 30 minuter efter frukosten/lunchen påbörjats. I *Figur 6* presenteras ett exempel på dagvårdsbehandlingsveckoschema.

Figur 6. Schema.

Tid	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
7.45	Samling	Samling	Samling	Vägning	Vägning
8.00	Frukost	Frukost	Frukost	Frukost	Frukost
8.30	Paus	Paus	Paus	Paus	Paus
8.45	Genomgång	Genomgång	Genomgång	Genomgång	Genomgång
9.00	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet
10.15	Mellanmål	Mellanmål	Mellanmål	Mellanmål	Mellanmål
10.45	KP-samtal	KP-samtal	KP-samtal	KP-samtal	KP-samtal
12.00	Samling	Samling	Samling	Samling	Samling
12.15	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
12.45	Avslappning	Avslappning	Avslappning	Avslappning	Avslappning
13.15	Paus	Paus	Paus	Paus	Paus
13.30	Uppföljning av helgen	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Planering av helgen
14.30	Mellanmål	Mellanmål	Mellanmål	Mellanmål	Mellanmål
14.45		Avslutning	Avslutning	Avslutning	Avslutning

De aktiviteter som ingick i schemat var tex. kostgrupp som leddes av dietist. Som underlag för dessa lektioner låg den kostdagbok som patienterna förde under hela dagvårdsbehandlingen.

Utifrån kostdagboken gick man igenom näringslära, ätbeteendet, identifierade svårigheter och risksituationer mm. Kostdagbokens utformning ses i *Figur 7*.

Figur 7. Kostdagbok.

Namn		Dag och Datum		
Tid	Mat	Dryck	Kompensatoriskt beteende	Tankar/känslor/

Varje patient tilldelades en kontaktperson (KP) som de behöll under hela behandlingen. Med denna hade patienten ett samtal i veckan. Efter lunch hade patienterna dagligen en obligatorisk gemensam avslappning i 30 minuter. På måndagen gick behandlingsgruppen igenom den gångna helgen tillsammans med en/flera behandlare. Lördag och söndag innebar svårigheter för många av patienterna då de inte gick i dagvården då. Av samma anledning planerade man sin helg i storgrupp tillsammans med behandlare på fredagens eftermiddag. Psykologen på AC ledde aktivitet som syftade till att upplysa patienterna om grunderna i KPT och KBT med utgångspunkt i medveten närvaro. Sjukgymnasten ledde basal kroppskännedom. Övningarna som utfördes där syftade till att förbättra patienternas förhållande till sina kroppar, öka deras tillgång på kroppsliga sensationer och normalisera deras syn på och upplevelse av sina kroppars storlek och form. En läkare med specialistkompetens i psykiatri höll i en aktivitet som lärde patienterna om sambandet mellan psykologi och biologi. För att underlätta patienternas väg tillbaka till ett självförsörjande liv efter att de tillfrisknat, ingick en aktivitet då de fick information från olika instanser som kunde vara dem behjälpliga, tex. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Infoteket.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med föreliggande arbete är att redogöra för en grupp kvinnors upplevelse av dagvårdsbehandlingen. Uppsatsen försöker förklara frågeställningar med utgångspunkt i syftet:

- Vilken nytta har de haft av behandlingen?
- Vad var fördelar och nackdelar med behandlingen i den form som de fick ta del av den?
- Vilka förändringar hade de velat se?
- Hur har de det idag?
- Upplevde de att behandlingen hjälpte, och i så fall, på vilket sätt hjälpte den?

METOD

Uppsatsen genomfördes med metoden intervjuer, som är en kvalitativ metod. Metod definieras som alla de insatser man utför för att uppnå sina mål (Leion, 2002).

Kvalitativ metod

Att en metod är kvalitativ innebär att det är centralt i metoden att man samlar ihop information, dels för att få djupare förståelse och dels för att kunna beskriva helheten som problemställningen ryms inom. Med mitt syfte och med mina frågeställningar, var intervju som metod, ett lämpligt val. Den kvalitativa metoden i form av intervjuer innebär stor flexibilitet för såväl intervjuaren som intervjupersonerna (Leion, 2002). Man utövar i kvalitativ metod en mindre grad av styrning på intervjupersonerna, vilket möjliggör att intervjuaren kan få fram intressant information som annars skulle ha hindrats i en mer styrd metod. Jag inspirerades till att göra intervjuer, för att varje gång som man samtalar med någon annan, så slipar man på sina egna åsikter. Man kan få ny förståelse och ändra den egna inställningen till saker och ting (Thomsson, 2002). Enligt Thomsson (2002) blir man en bättre uppsatsförfattare, om man får ut något personligen av att göra intervjuer. Thomsson (2002) skriver att när man utför sitt arbete med intresse, engagemang och entusiasm påverkar det innehållet i intervjuerna och deltagarna att vilja berätta. När man använder sig av intervjuer, måste man ta hänsyn till den förförståelse som man som intervjuare bär med sig in i uppsatsprojektet. Den som intervjuar ska vara medveten om att han/hon tar med sig sin bild av personen som intervjuas in i bedömningen av densamma.

Reliabilitet och validitet

Reliabilitet kopplat till en kvalitativ forskningsintervju, förklaras som konsistensen i själva forskningsresultaten (Kvale, 1997). Det är svårt att bevisa att intervjuaren själv inte har påverkat resultaten på något sätt, därför är reliabiliteten tveksam. I vilken grad som författarens förförståelse har påverkat är en svårfattlig prövning, som karaktäriserar den kvalitativa metoden och man kan inte komma runt den. Reliabiliteten i det här uppsatsarbetet skulle kunna förbättras genom att jag jämför mina tolkningar och analyser av intervjuerna med någon annans tolkningar och analyser av desamma. Ju bättre vår intersubjektiva tolkning är, desto högre är intervjuundersökningens reliabilitet. När man pratar om validitet, menar man hur väl undersökningen mäter det som den är avsedd att mäta. Att betänka validiteten under hela uppsatsarbetets utveckling är ett sätt att kvalitetssäkra sin undersökning. Jag eftersträvade att uppfylla detta så långt det är möjligt. Men då uppsatsen baseras på intervjuer med enbart sju kvinnor, kan inte några generella slutsatser dras utifrån materialet. Oavsett

intervjuernas antal så är kvinnornas upplevelser unika och viktiga att beakta i exempelvis utformandet av framtida dagvårdsbehandlingar.

Förarbete

För att kunna genomföra min uppsatsidé kontaktades Claes Norring, Leg. Psykolog och FoU-ansvarig på Capio AnorexiCenter via e-mail i november 2006. PM för uppsatsen presenterades, vilket godkändes av handledaren för uppsatsen och av Capio. Jag beviljades tillgång till de resultat som personerna i behandlingsgruppen hade presterat på instrumenten SCL-90 och EDI-2 vid behandlingens inledning och avslutning, mot att personerna skriftligen godkände att Capio delade ut dessa till mig.

Behandlingsgruppen

Totalt gick 14 personer i den åtta veckor långa dagvårdsbehandling på AC i Malmö sommaren 2004. De hade diagnoserna AN, BN eller UNS. I gruppen fanns 1 man och 13 kvinnor. Åldern på personerna varierade från övre tonåren till drygt 30 år. Fördelning av kön och diagnos på behandlingsgruppen framgår av *Figur 8*. De som diagnostiserades UNS hade i de här fallen huvudsakligen bulimiska symtom men uppfyllde inte helt kriterierna för diagnosen BN.

Figur 8. Kön och diagnos i behandlingsgruppen.

Kön	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	Ätstörning UNS
Män	1	0	0
Kvinnor	6	2	5
Totalt	7 (50 %)	2 (14%)	5 (36 %)

Kontakt via brev

Kvinnorna och mannen som ingick i behandlingsgruppen kontaktades via brev i slutet av november 2006. I brevet redogjordes det klart och tydligt för vem jag var, vem min handledare var och vad syftet med uppsatsen var. Brevet förklarade också att de som ville ställa upp, skulle få ge skriftligt godkännande på att Capio lämnade ut deras testresultat från 2004 till mig. Personerna ombads att kontakta mig före den 5 december 2006 om de ville delta. Av de 14 tillgängliga personerna hade jag en ambition att kunna träffa 10 av dessa, och en lägsta gräns var dragen vid sju personer. Slutligen blev det sju kvinnor som svarade att de ville ställa upp. De sju kvinnorna är idag mellan drygt 20 och ca 35 år. På grund av brevets privata karaktär har jag valt att inte bifoga detta som en bilaga till uppsatsen.

Deltagande och bortfall

Hälften av den tillgängliga gruppen tackade nej till deltagande i studien. Om bortfallet kan man anta att det kunde vara känsligt att prata om sin utveckling sedan avslutad behandling. Det kunde vara plågsamt att sitta och tala om sina svårigheter för den som hade svårt att acceptera på vilket sätt som hon hade lyckats med sitt tillfrisknande. Själva ansträngningen att komma ihåg behandlingen, tänka efter hur den var och reflektera över vad man hade hjälp av och inte, kunde vara smärtsamt för den som lämnat detta bakom sig. Det kunde kännas skrämmande för dem att möta en psykolog, som säkert är en roll som de förknippade med den sjuka perioden i sina liv. De kunde vara rädda för att deltagandet ska väcka förträngda tankar och minnen till liv (Thomsson, 2002). Kanske kunde de inte ens av att svara, utan de ignorerade brevet helt och glömde bort? Alla dessa reaktioner, jakande, nekande och ignorerande reaktioner, på brevet som sändes ut och min fråga om intervjudeltagande, har jag full förståelse för.

14 personer blev tillfrågade per skriftligt brev. 10 personer hörde av sig till mig, och 4 personer gjorde det inte. Tre personer hörde av sig och tackade nej. Ett fall av dessa som tackade nej berodde på att personen i fråga hade flyttat till en avlägsen ort, varför det var omöjligt att genomföra intervjun. Annars hade den kvinnan också velat ställa upp. Man tänka sig att de andra två som tackade nej och de som inte hördes av, reagerade på brevet och frågan om deltagande just utifrån ovan beskrivna motstånd till att komma i kontakt med den gamla sjukdomsbilden på nytt.

Motstånd till att träffas och genomföra intervju och skattningar fanns även närvarande hos dem som tackade ja till att delta. Två av kvinnorna hörde av sig med kort varsel och avbokade våra inplanerade möten och behövde ändra avtalad dag och tid. Konsekvenserna av detta blev att vi fick boka in en ny dag och tid för vårt möte, vilket fördröjde processen.

Det var 50 % av de tillfrågade som ville ställa upp. Thomsson (2002) skriver att utgångsläget för intervju som metod blir optimalt när den som blir intervjuad och den som intervjuar är oberoende av varandra, men då det ändå finns vissa likheter mellan de båda parterna. Med tanke på att jag som intervjuare presenterade mig i brevet som en ung kvinnlig studerande, tror jag att en del av dem som ställde upp, kan ha valt att göra det för att de kunde identifiera sig med mig. Vår ålder och vårt kön stämmer överens, och studenter förekom bland de tillfrågade. Enligt Thomsson (2002) är fördelen med att intervju en person som tycks vara lik

en, att man är mer avslappnad både inför och under intervjun. En annan bidragande orsak till att de som tackade ja gjorde det, kan ha varit att de såg på deltagandet i studien som något som kunde bidra med viktig information till kunskapen om ätstörningsbehandling, och att det därför sågs som en god insats.

Oavsett vilket motiv som kommer att ligga bakom en persons deltagande, får man inte glömma att värna om att deltagandet skall grundas i frivillighet. Om det hade varit endast av lojalitet mot mig som de hade ställt upp, hade det kunnat ses som ett oetiskt forskningsförfarande (Thomsson, 2002). Så är inte fallet, tänker jag. Jag tyckte mig märka att de fick en hel del ut av att samtala kring detta och göra om testen på nytt. Thomsson (2002) skriver att man i gruppssammanhang inte sällan berättar en hel del om sina liv, men att man i gruppen aldrig riktigt får tillfälle och chans att berätta färdigt. Jag ser det som att många tog chansen i intervjun att få berätta mer och förklara sig kring vissa saker som de aldrig hann fram till i behandlingsgruppen.

Man kan naturligtvis spekulera i om det är så att de som valde att tacka ja till deltagandet, också var de som hade haft bäst utveckling efter att behandlingen avslutades? Man kan anta att de som det har gått sämre för, som fortfarande mår dåligt eller i värsta fall fortfarande är sjuka, är de som inte orkar delta och träffas. Därför är det viktigt att resultaten som jag drar slutsatser av, endast kan antas gälla de sju kvinnorna som deltog i studien. Inga slutsatser kan generaliseras till hela behandlingsgruppen i dagvårdsbehandlingen på grund av det möjligen snedvridna urvalet.

Intervjuförfarande

Möten för tematisering och testningar med instrumenten SCL-90 och EDI-2 (se *Bilaga 1*), med en total tid om ca 90 min, bokades in, samtliga under december månad 2006. Före intervjuerna hade jag alltså som förespråkas, skriftligen informerat personerna om uppsatsens syfte, om inspelningen av samtalet på mp3-spelare, om att allt material skulle komma att behandlas konfidentiellt samt om min tillgång till deras tidigare resultat på självskattningarna (Denscombe, 2000). Personernas jakande svar till att delta i intervju och testning innebar således att de godkände dessa förfaranden och gav sitt medgivande till att låta Capio dela ut aktuellt testmaterial till mig.

Tematisering

Intervjun utformades som en tematisering utifrån en intervjuguide (*Bilaga 1*). Tanken med våra möten var att det skulle alstras fram ett naturligt samtal. Den intervjuade skulle få leda samtalet och jag skulle följa. Intervjuguiden var endast till hjälp om vi skulle tappa tråden eller stöta på en återvändsgränd. Man kan likna den vid en sorts checklista på de områden som jag ville att den intervjuade skulle beröra vid något tillfälle under samtalet. Dock kunde samtalsämnena avverkas i den ordning som föll sig naturligt för patienten. Här hade jag påverkats av det faktum att man som ovan intervjuare kan ha nytta av att ha med sig ett rimligt stort frågeunderlag till intervjun (Thomsson, 2002). I bakhuvudet hade jag mina analytiska och teoretiska frågor, dvs. uppsatsens frågeställningar, men inför mötet med kvinnorna utformade jag vardagsnära undersöknings- och intervjufrågor, vars svar sedan skulle knyta an till de analytiska bakgrundsfrågorna (Thomsson, 2002). I *Figur 9* presenteras de huvudsakliga samtalsområdena som jag önskade att kvinnorna skulle berätta om.

Figur 9. Huvudsakliga samtalsområden för tematisering.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Hur hon hade det före hon fick behandling?2. Hur hon upplevde behandlingen?3. Hur det har varit för henne efter behandlingen? |
|--|

Plats för intervjuerna

Ramarna försökte jag hålla så lika som möjligt för alla mötena, men de upplevdes ändå olika. Det berodde delvis på att mötena ägde rum på olika platser. Intervjuerna utfördes på den plats som kvinnan önskade. I något fall på Institutionen för Psykologi vid Lunds Universitet, i något fall hemma hos kvinnan och i ytterligare något fall i min bostad. I några fall var det ett villkor från kvinnan att mötet skulle äga rum hemma hos henne, om det skulle bli av. Det fick jag rätta mig efter. Några kvinnor ställde kravet att mötet skulle ske i Malmö istället för i Lund, men inte hemma i deras egen bostad, varför vi träffades hemma hos mig. Övriga som inte hade specifika önskemål om plats för mötet, träffade jag i samtalsrum på Psykoterapimottagningen vid Institutionen för Psykologi i Lund. Det är nog ingen slump att de som kom till Psykoterapimottagningen, var de två av sju deltagare som dessutom var bosatta i Lund och som båda var välbekanta med universitetet. Det tycks vara så att det är av stor betydelse att intervjun placeras på en plats som inte kräver för stor uppoffring eller ansträngning. Men spelar det egentligen någon roll var man är när man genomför en intervju? Bergström och Nilsson (1987) skriver att platsen för intervjun är av betydelse då det påverkar

den intervjuades utrymme för att bli personlig. I de intervjuerna som utfördes på institutionen eller i min bostad, antas det enligt Bergström och Nilsson, inte innebära samma möjlighet för den intervjuade att vara sig själv och känna sig trygg, vilket är viktigt för innehållet i intervjun. Därför finns det bättre förutsättningar för en intervju, i en för den intervjuade välkänd miljö.

De två möten som ägde rum hemma hos kvinnorna var mycket olika. Jag berättar om dem kort för att exemplifiera att hemma-hos-intervjuer kan vara både mer och mindre lyckade beroende på vilka omständigheter som råder.

Trots den hemtrevliga informella inramningen på det här mötet, som inleddes med att gå en rundvandring i hemmet och hälsa på de övriga familjemedlemmarna, var det mycket tydligt när vårt vardagssamtal övergick i intervju. Intervjupersonen placerade oss ostört i köket med stängd dörr och hade förberett te till oss. Den inledande informationen som jag gav, repetitionen av den skriftliga informationen och rec-knappen på den inspelningsbara mp3-spelaren trollade bort jamande katter, lekande barn och mullrande torktumlare. I det här fallet var det ingen nackdel att utföra en hemma-hos-intervju, utan det innebar snarare fördelar som att vårt möte blev med personligt, trivsamt och givande.

Om man har spädbarn är det självklart enklast om intervjuaren kommer hem till en. Så var det i hemma-hos-intervju II. Den här intervjun hade kunnat hålla lika bra kvalitet som den första, men här var förutsättningarna annorlunda. Vi hade inte möjlighet att sitta i ett avskilt rum. Bostaden var lite mindre och de små barnen behövde mammans ständiga närvaro. Dessutom ville de också prata och få uppmärksamhet. Det spelades musik i hemmet och mamman hade sin koncentration på både ett, två och tre olika ställen. Den här situationen får man såklart ha förståelse för. Dessa var de förutsättningar, som kvinnan kunde genomföra intervjun under.

Placering

Det eftersträvades att jag och den intervjuade skulle sitta placerade snett mittemot varandra i samma höjd, med knäna riktade mot varandras i ca 45 grader. Enligt Thomsson (2002) ger denna position maximal flexibilitet i ögonkontakt och icke-ögonkontakt. I de intervjuer där jag själv kunde styra över placeringen, de som utfördes hemma hos mig och de som utfördes på Psykoterapimottagningen, kunde vi sitta enligt denna beskrivning. Det tillät oss att titta och vara uppmärksamma på varandra, men vi kunde också titta bort eller förbi varandra de gånger som vi fann det mer bekvämt. Jag hade inte samma möjlighet att påverka placeringen under

intervjuerna som utfördes hemma hos kvinnorna. I det ena fallet satt vi mitt emot varandra. En sådan situation och placering kan upplevas besvärlig då man lätt fastnar i att sitta och stirra varandra i ögonen, vilket inte alltid känns behagligt. Detta balanserades dock lyckligt nog med tekoppar på bordet mellan oss som vi kunde vila våra blickar på och ägna fingrarnas sysselsättning åt, som annars lätt tenderar att på ett irriterande sätt pilla i det oändliga på pappershörn, servetter och pennor. I det andra fallet var vi mindre lyckat placerade. Vi satt bredvid varandra i en soffa som man sjönk djupt ner i. Ögonkontakten hindrades och koncentrationen hotades.

Intervjuns upplägg

När som helst kvinnan önskade, fanns det möjlighet att ta en bensträckare eller en kortare paus. Den informationen betonades noga innan samtalet började. Den inledande informationen handlade också om att samtalet skulle spelas in på mp3-spelare, vilket också hade framkommit av det brev som skickats ut. Jag förklarade att syftet med inspelningen var att jag under min tolkning och analys behövde ha tillgång till hela berättelserna och att anteckningar därför varit otillräckliga. Kvinnorna försäkrades om att ingen mer än jag och ev. min handledare skulle lyssna på inspelningarna innan de förstördes. Jag hade också med mig det brev med den skriftliga information som intervjudeltagaren tidigare fått skickat till sig, för att hon inte skulle gå miste om deltagandets frivilliga karaktär eller andra viktiga fakta. I intervjuns avslutning frågade jag hur deltagaren tyckte att det kändes att prata om det här i den här formen, och jag var noga med att framföra mitt tack till dem för att de ställde upp. I *Figur 10* presenteras upplägget för intervjuerna.

Figur 10. Intervjuernas upplägg.

1. Inledande information.
2. Kvinnans medgivande.
3. Samtal om hur kvinnan hade det innan hon fick behandling.
4. Självskattningstesterna SCL-90 och EDI-2.
5. Samtal om hur kvinnan upplevde behandlingen.
6. Samtal om hur kvinnan har haft det efter behandlingen.
7. Avslutning.

Utfall av intervjuerna

Jag märkte att man som intervjuare redan under själva samtalet tolkar det som berättas. Under vårt samtal använde jag alla mina resurser till att lyssna, tolka, förstå och reflektera över det

som sades. Följdfrågorna som jag ställde hade varit omöjliga att förbereda, vilket också påpekas av Thomsson (2002). Precis som min avsikt med intervjuguiden, blev den ett underlag till vilken jag förhöll mig flexibelt och följsamt. Förutom plats för intervjun som beskrivs ovan, var det vissa speciella förhållanden som påverkade utfallet av intervjuerna, vilka jag beskriver nedan.

En kvinna som kom hem till mig var väldigt förkyld och tidpunkten för intervjun var en sen fredagseftermiddag, då man även då man är frisk kan känna sig mycket trött efter arbetsveckan. Det här var dock vår enda möjlighet att träffas, varför vi ändå genomförde intervjun på denna tidpunkt och plats. Det första hon frågade när hon kom var om hur lång tid mötet skulle ta. Jag upplevde denna inledning som att hon helst ville gå så fort som möjligt. Hon hade dock tackat ja och kommit, så vi genomförde intervjun och testningarna som planerat, dock under en kortare tid än det tagit med övriga intervjupersoner.

Hur mycket kvinnorna öppnade sig och delade med sig av upplevelser och erfarenheter varierade också från möte till möte. I flertalet intervjuer uppstod ett stort flöde av information och reflektioner och vi hade inga problem med att fylla de 90 minuterna som vi hade till vårt förfogande, snarare var problemet att hinna avrunda inom avsatt tid. Det fanns också det motsatta förloppet, då kvinnan svarade på de frågor som jag ställde, men inte berättade så mycket själv. I sådana här intervjusituationer kan det upplevas mer som ett förhör än ett samtal (Thomsson, 2002), vilket jag kunde märka av att vi båda upplevde. Jag var i intervjun av den här karaktären, i större behov av intervjuguiden än i andra intervjuer med kvinnor som var med självgående. I det här fallet ställde jag en fråga, fick ett kort svar, bad henne berätta mer och jag fick ev. någon mening till. Vi kom tillbaka till sådant som vi redan pratat om och cirkulerade i en slags rundgång. Jag vill dock markera att den här intervjun varken var svår eller torftig. Den gav bara inte samma överflöd som de övriga.

Ett misstag som jag inte ska göra om är att boka in två intervjuer på samma eftermiddag, helst inte ens på samma dag. Så var fallet för mig då jag besökte två intervjudeltagare i deras hem på en och samma eftermiddag med bara en kort paus emellan. När man planerar så, blir risken överhängande att man redan under den första intervjun har tankarna på nästkommande. Man vill som intervjuare få den första överstökad, vilket deltagaren känner av och drar sig därför för att ge förklaringar som kanske annars skulle ha tillfört studien något viktigt (Thomsson, 2002).

En kvinna hade bara möjlighet att bli intervjuad om hon kunde ta med sitt lilla barn hem till mig. Det blev också en speciell erfarenhet att intervjuas med en uppmärksamhetskrävande 1,5-åring i rummet. Mestadels gick det bra, även om vi förlorade fokus lite då och då och fick lite verbalt sällskap på inspelningen.

Avsteg från intervjuförandet

Jag hade räknat med att det i samband med intervjuerna skulle ställas en del frågor till mig också. Det faller sig naturligt att de blir nyfikna på vem jag är efter 90 minuters fokus på deras mående. Huvudsakligen frågade de yngre kvinnorna frågor om mig, om min utbildning, om universitetet, om min uppsats etcetera. Jag har förståelse för att frågor som dessa kom upp i vårt möte. Thomsson (2002) skriver angående intervjuer med unga kvinnor, att frågor om intervjuaren är vanliga i kvinnans sökande efter en förebild och en situation att tänka in sig själv i. Frågorna om mig och mitt hanterade jag genom att svara kortfattat för att sedan plocka tillbaka fokus på kvinnan genom att påminna henne om att ”den här intervjun handlar om dig, om hur du har haft det och har det”.

Bearbetning av intervjuerna

Man kan säga att analysen började redan när jag tänkte på vad uppsatsen skulle handla om. Redan då inleddes den process som sedan skulle intensifieras under intervjuarbetet och som skulle förtätas under reflektionen över mina resultat.

Utskrift

När således mötena med tematiseringar och tester var genomförda, i december 2006, påbörjades arbetet med att skapa datafiler och papperskopior på mina rådata, det vill säga inspelningarna. Utskrifterna av intervjuerna skedde utan så kallade ”talljud”. Detta arbete resulterade i ett material på ca 175 sidor. I genomsnitt blev varje tematisering 25 sidor lång.

Reflektion

Jag ägnade mig sedan åt att lyssna vidare på inspelningarna/studera utskriften och reflektera över det som sades, parallellt med att jag läste litteratur. Varje text gav mig nya infallsvinklar och ny förståelse för det som de olika intervjupersonerna hade berättat. Jag gick vidare med att ställa de resultat som kommit fram mot de teorier och den förförståelse som jag hade med mig in i uppsatsarbetet.

Lodrat och vågrät analys

Tolkningsprocessen var nästa skeende som jag gick in i. Jag följde modellen med lodrat och vågrät analys (Thomsson, 2002), där den lodräta analysen skär rakt igenom varje enskild intervju. Man tittar alltså på alla samtalsämnena i en enda intervju. I *Figur 11* presenteras några exempel på frågor som man ställer sig under den lodräta analysen. I resultatredovisningen inkluderas endast korta sammanfattningar av de sju lodräta analyserna, då jag finner det mer relevant utifrån uppsatsens syfte och frågeställningar att lämna utrymme för den vågräta analysen.

Figur 11. Frågeställningar i lodrat analys.

- Vad talas det egentligen om i intervjun?
- Vad är det hon väljer att berätta om?
- Varför berättas det som berättas?
- Kan man ana att något speciellt undanhålls eller aldrig blir diskuterat?
- Hur är interaktionen mellan intervjuare och intervjudeltagare?
- Lyfter intervjudeltagaren fram något som känns särskilt viktigt eller förvånande?
- Sägs något i intervjun som jag har svårt att begripa?
- Sägs något som faller nära min egen tankevärld så att jag riskerar att inte lyssna?

(Thomsson, 2002)

Den vågräta analysen skär, till skillnad från den lodräta, tvärs över alla intervjuerna. Man tittar alltså på ett specifikt samtalsämne i samtliga intervjuer. Här använde jag intervjuguiden och plockade ut de samtalsämnena som förekommit i minst fem av de sju intervjuerna. Man plockar ihop bitar från olika intervjuer som handlar om samma ämne och sätter ihop texter av dessa urklipp. Här använde jag koder för att markera från vem uttalandet kom. Med dessa analyser försökte jag lyfta fram resultat från intervjuerna med hjälp av teoretiska resonemang.

Felkällor

Om jag hade fått möjlighet att göra om intervjuerna hade jag önskat att man kunde träffa varje kvinna ensam i ett rum med stängd dörr. Den inledande frågan i intervjun skulle inte ha varit så lång och komplicerad. Den gjorde att det blev en svår start. En annan svårighet under intervjuerna var att vissa kvinnor hade genomgått fler dagvårdsperioder på AC än den som uppsatsen handlar om, varför de ibland blandade ihop upplevelser från sina olika behandlingsperioder.

Instrumentbeskrivning

Instrumenten som användes i studien är SCL-90 och EDI-2.

SCL-90

Namnet SCL-90 står för Symtom Checklist-90. Man genomför SCL-90 i syfte att ta reda på hur personen som testas tycker sig ha mått under den senast gångna veckan. SCL-90 går ut på att personen besvarar totalt 90 påståenden med en femgradig skala 0, 1, 2, 3 och 4. Varje påstående inleds med "Hur mycket har du besvärats av.". Svaret 0 betyder "inte alls" och svaret 4 motsvarar "våldigt mycket" (Cesarec, Fridell, Johansson och Thorsen Malling, 2002). I *Figur 12* beskrivs de i SCL-90 nio ingående subskalorna. Antalet items, dvs. påståenden, som ingår i respektive skala varierar och anges inom parantes efter varje subskala. Nio av testets 90 items ingår inte i någon subskala.

Figur 12. Beskrivning av de nio subskalorna i SCL-90.

Subskala	Beskrivning
Somatisering (12)	Att man upplever kroppsliga obehag.
Obsessiv-kompulsivitet (10)	Att man känner sig tvungen att tänka vissa tankar eller upprepa vissa beteenden.
Interpersonell sensitivitet (9)	Att man är överobservant på andras beteenden eller förändringar i omgivningen.
Depression (13)	Att man upplever nedstämdhet.
Ångest (10)	Att man upplever starkt obehag eller panik.
Fientlighet (6)	Att man upplever känslor av aggressivitet gentemot andra.
Fobisk ångest (7)	Att man undviker bestämda obehagliga situationer.
Paranoidt tänkande (6)	Att man tänker och känner att man är förföljd eller hotad utifrån.
Psykoticism (10)	Att man har ett splittrat/förvirrat tänkande.

(Cesarec, Fridell, Johansson och Thorsen Malling, 2002)

Utöver de nio subskalorna som SCL-90:s items är utspridda över, mäter skattningstestet tre globala subskalor. Dessa omfattar mer överordnade aspekter av generella besvär, skriver Cesarec, Fridell, Johansson och Thorsen Malling (2002). I *Figur 13* beskrivs de tre globala subskalorna i SCL-90.

Figur 13. Beskrivning av de tre globala subskalorna i SCL-90.

Global subskala	Beskrivning
Globalt svårighetsindex (GSI)	Generell psykisk besvärnivå.
Positivt symtomstörningsindex (PSDI)	Djupet av de upplevda problemen.
Totala antalet positiva symtom (PST)	Antalet symtom.

(Cesarec, Fridell, Johansson och Thorsen Malling, 2002)

GSI kommer man fram till genom att summera svaren (0-4) på alla besvarade items och dividera den summan med antalet besvarade items. GSI är således det genomsnittliga svaret som personen har svarat på hela SCL-90, oavsett vilken subskala påståendena har tillhört. PSDI får man då man summerar svaren på de items som besvarats med >0 och dividerar den summan med antalet items som besvarats med >0. PSDI är därför ett genomsnittssvar på alla symptom som personen tycker sig ha haft den sista veckan. Värdet på PST är inte mer komplicerat än att det är det antal items som personen har besvarat med >0.

Enligt Cesarec, Fridell, Johansson och Thorsen Malling (2002) är Cronbach's Alpha och interkorrelationerna för de nio subskalorna höga. Alla korrelationskoefficienter för interkorrelationer för SCL-90 i ett normalmaterial är signifikanta på nivån $p < 0,0001$. I diskriminantanalyser för tre diagnosgrupper, varav ätstörningar är en av dem, placeras gruppen ätstörningar i störst utsträckning korrekt, skriver Cesarec, Fridell, Johansson och Thorsen Malling (2002). Ett vanligt användningsområde för SCL-90 har varit att, just som i det här fallet, mäta förändring i symtomnivåer i samband med behandling.

EDI-2

Instrumentet är ett självskattningsformulär, i vilket försökspersonen ska besvara 91 olika påståenden som handlar om vilka känslor, beteenden och attityder man har dels relaterat mat, ätande, vikt och kropp mm och dels till mer generella personlighetsdrag som antas ha betydelse för ätstörningar. 1983 presenterades testet i sin ursprungsversion och då innehöll det åtta subskalor. Idag är dessa åtta subskalorna kompletterade med tre preliminära subskalor (Garner, 1994). Dessa står under "Preliminära skalor" i *Figur 14*. En presentation av de elva enskilda EDI-2-delskalorna följer i *Figur 14*, där det också ges ett exempel på ett i instrumentet ingående påstående som personen ska ta ställning till.

Figur 14. Subskalor i EDI-2.

Subskalor som mäter beteende och attityder till ätande, kroppsform, vikt och mat:

Subskala:	Viktfoxi
Mäter:	Överdriven oro över bantning, upptagenhet vid vikt och rädsla för att gå upp i vikt.
Exempel:	”Jag är livrädd för att gå upp i vikt.”
Subskala:	Bulimi
Mäter:	Tendenser att tänka på och aktivera sig i hetsättningsanfall.
Exempel:	”Jag äter när jag är upprörd.”
Subskala:	Missnöje med kroppen
Mäter:	Missnöje med form och storlek på de kroppsdelar som är ”viktigast” för personer med ätstörningar (mage, höfter, lår och stjärt).
Exempel:	”Jag är nöjd med min figur.”

Subskalor som mäter generella personlighetsdrag med koppling till ätstörningar:

Subskala:	Låg självkänsla
Mäter:	Känslor av otillräcklighet, osäkerhet, värdelöshet, tomhet och en brist av kontroll över ens liv.
Exempel:	”Jag känner mig otillräcklig.”
Subskala:	Perfektionsim
Mäter:	Tron/Övertygelsen om att ens egna privata prestationer måste vara av högsta standard för att accepteras och att detta förväntas av andra (föräldrar, lärare).
Exempel:	”Endast topprestationer duger i min familj.”
Subskala:	Interpersonell misstro
Mäter:	Individens känsla av alienation och motstånd till att ingå i nära relationer. Individens motstånd till att ge uttryck för känslor och tankar för andra.
Exempel:	”Jag har svårt att uttrycka mina känslor inför andra.”
Subskala:	Störd introceptiv medvetenhet
Mäter:	Förvirring och förmåga att känna igen och korrekt korrespondera på känslomässiga tillstånd. Osäkerhet att känna igen mättnads- och hungerskänslor.
Exempel:	”Jag är rädd att tappa kontrollen över mina känslor”.
Subskala:	Rädsla för vuxenlivet
Mäter:	Önskan att återgå till barndomens säkerhet.
Exempel:	”Den lyckligaste perioden i livet är när man är barn.”

Preliminära subskalor:

Subskala:	Asketism
Mäter:	Tendens att söka dygden i spirituella ideal som självdisciplin, självförnekelse, återhållsamhet, självuppgifring och kontroll av kroppsliga begär.
Exempel:	”Att äta för nöjes skull är ett tecken på moralisk svaghet.”
Subskala:	Störd impulsreglering
Mäter:	Tendens till impulsivitet, missbruk, vårdslöshet, fientlighet, destruktivitet i relationer och självdestruktivitet.
Exempel:	”Det känns som att jag måste skada mig själv eller andra.”
Subskala:	Social osäkerhet
Mäter:	Övertygelsen om att sociala relationer är spända, osäkra, besvikelser, inte värda mödan och generellt av dålig karaktär.
Exempel:	”Jag upplever mig själv som en förlorare i alla sammanhang.”

(Garner, 1994)

När man utför självskattningstestet ombeds man värdera hur väl påståendena ställer överens med en själv under den senaste gångna veckan. Man kryssar därefter i sitt svar på en sexgradig skala; alltid, mycket, ofta, ibland, sällan och aldrig. Påståendena är formulerade så att symtomatologiska riktningen varierar, vilket framgår i ovan givna exempel. De tre svar som pekar starkast i den symtomatologiska riktningen ger 1, 2 respektive 3 poäng. Övriga tre svarsalternativ ger inga poäng.

Tillgång till tidigare skattningsresultat

I brevet som skickades ut och som alltså sju kvinnor besvarade, framgick det att de som sa ja till att ställa upp i studien, även sa ja till att ge ett skriftligt godkännande av att Capio fick lämna ut resultaten av skattningarna SCL-90 och EDI-2, som gjordes i inledningen och avslutningen av behandlingsperioden. Det skriftliga medgivandet (*Bilaga 2*) skedde när jag mötte respektive kvinna för tematisering och testningar. Dessa medgivanden undertecknades också av mig och handledaren, vartefter de sändes i rekommenderat brev till Claes Norring på Capio AnorexiCenter. Trots att det var avtalat från början av uppsatsarbetet att skattningarna skulle levereras till mig om processen dittills skett på ett tillfredsställande sätt, kunde Capio inte leverera resultaten på åtta stycken skattningar. Detta berodde på att dessa skattningsresultat inte fanns att finna i de datoriserade journalerna. Skattningarna som Capio inte kunde tillhandahålla är två kvinnors inskattningar på SCL-90, en kvinnas utskattning på

SCL-90, två kvinnors inskattning på EDI-2 och tre kvinnors utskattningar på EDI-2. Övriga testresultat på instrumenten SCL-90 och EDI-2 från 2004 lämnades ut till mig genom Eva von Dewall på Capio i Malmö.

ETISKA DILEMMAN I STUDIEN

Ur etisk synvinkel har jag som författare till uppsatsen en intressant position, eftersom jag utvärderar en grupp kvinnors individuella upplevelse av en dagvårdsbehandling på AC utan att jag företräder AC. Det finns ingen anledning till att jag skulle vilja vinkla resultatet på något sätt, jag tillhör varken vårdtagarna eller vårdgivarna. Istället blir jag den utomstående psykologen och författaren till det här uppsatsarbetet. Det tror jag stärker chanserna att kvinnorna vågar vara öppna och ärliga i sina beskrivningar av hur de tycker att behandlingen var och påverkade dem. De riskerar tack vare sin anonymitet inte att direkt kritisera AC, till vilka de har stått i en påtaglig beroendeställning tidigare.

Ett etiskt dilemma med uppsatsen och metoden, kan vara att kvinnorna försätts i en obekvämlig situation under intervjuerna. Trots att de har tackat ja till deltagandet, är det omöjligt att garantera att de inte kommer att ångra det beslutet. Jag kunde inte veta hur mycket distans kvinnorna hade fått till sin sjukdom, utan jag fick förlita mig på att de som tackade ja, också var införstådda med att situationen kunde upplevas ansträngande i varierande grad. Hessle (1977) diskuterar hur man kan undvika att aktualisera personernas grundproblematik i samband med att man söker upp dem och frågar om de vill och kan delta i en intervju. Denna handling, att man kontaktar dem för att delta i intervju som i det här fallet handlar om dagvårdsbehandlingen som de gick i, innebär att de söks upp som före detta personer med ätstörningar (patienter). De är alltså fortfarande intressanta som personer med ätstörningar i forskningssammanhang, trots att de kanske har gjort allt för att dra ett streck över den perioden av sina liv (Hessle, 1977).

Thomsson (2002) menar att intervjuaren har en etisk skyldighet att se till att intervjun blir givande för deltagaren. Jag som författare har i största möjliga mån försökt leva upp till detta, bl.a. genom att ge kvinnorna all information om detta, så att de på egen hand skulle kunna ha möjlighet att ta ställning till sitt eventuella deltagande, och dels genom att fråga kvinnorna om hur det kändes för dem att prata om ämnet, innan vi skiljdes åt.

RESULTAT

Resultatredovisningen är uppdelad i två huvuddelar. Först kommer en beskrivning av resultaten från tematiseringarna. Därefter följer en redovisning av min jämförelse av 2004 års skattningsresultat (in- och utskattning) med de aktuella mätningarna som gjordes i samband med tematiseringarna i december 2006. Resultaten av skattningsjämförelserna redovisas i tabellform, och förklaras under rubriken Slutsatser av skattningar. De sju kvinnor som deltog kallar jag ett nummer från 1-7 kombinerat med koden AN, BN eller UNS beroende på vilken diagnos de behandlades för på AC. Kvinnornas åsikter och erfarenheter tas upp under olika teman i den vågräta analysen som följer här nedan. Jag plockar inledningsvis ut en sammanfattande bakgrundsinformation om kvinnorna ur den lodräta analysen.

Lodrat analys

A1 drabbades av AN när hon gick i gymnasiet. Hon slutade aldrig äta helt, men motionerade överdrivet och tappade mycket vikt. Både före och efter den aktuella behandlingen fick A1 andra former av behandling. Idag både studerar och arbetar A1 och går inte längre i behandling. Hennes tillvaro är dock inte bekymmersfri. Mycket handlar fortfarande om maten och träningen och hon har svårt för att vara ledig och koppla av.

A2 fick redan i nionde klass tankar på att hon var tjock och att hon skulle banta. Två år senare satte hennes AN igång. Sedan gick det upp och ner med maten och vikten, men det var först efter gymnasiet som hon fick riktig hjälp. Psykologkontakt, två dagvårdsperioder, slutenvård och en andra fortfarande pågående psykologkontakt har gjort att hon idag klarar av sina heltidsstudier och periodvis har det bra med maten. För A2 hade den aktuella dagvårdsbehandlingen inte så stor effekt i sig, men det var en bra förberedelse för henne inför slutenvården.

A3 tycker aldrig att det har fungerat med maten. Redan i lågstadieåldern drabbades hon av AN som övergick till BN för att sedan pendla mellan dessa ätstörningsformer. Efter gymnasiet fick hon behandling på AC, där hon stannade kvar och gick en period till. A3 har haft en speciell upplevelse av dagvårdsbehandlingen eftersom hon var gravid under tiden. Nu har hon fått sitt andra barn, hon varit sjukskriven och föräldraledig sedan behandlingen och idag kämpar hon på utan varken samtalskontakt eller medicinering. Hon tycker dock inte att hon mår riktigt bra ännu, mycket beroende på hennes besatthet av vikten och plågsamma kroppsupplevelse.

U4 hade svårt att se på sin psykiska ohälsa som att det var en ätstörning. Hon led i grund och botten av depression och ångest. På dagvårdsbehandlingen kände hon sig felplacerad då hon tyckte att allt var utformat för att behandla dem som var underviktiga och som hade svårt för att äta. Dagvården gav inte U4 någon vidare bättring, men så en dag fick hon nog av att använda maten som flykt. Individuell samtalsterapi har hjälpt henne till att idag kunna ha ett meningsfullt liv, hon har en partner och ska påbörja arbetsträning.

U5 upplevde som tonåring att mat var ångestdämpande. Hennes mamma hade trösttit och låtit U5 göra henne sällskap. När U5 själv blev mamma blev hon sjuk i en allvarlig depression och förhållandet till maten spårade ur. U5 fick hjälp på AC med att bli mer närvarande i sina känslor, men hennes överätningar på kvällarna fortsätter. Hon tycker fortfarande att hon har en lång bit kvar att kämpa, och hon är ledsen för att hon är överviktig. Yoga, meditation och kroppskännedom tycker U5 är viktiga inslag för att hon ska må bättre.

B6 led av BN i 11 år. Det började i 20-årsåldern som reaktion på en fullt åldersadekvat viktökning. Det problematiska förhållandet till mat och träning fanns med henne under studieåren och in i arbetslivet. Tills slut fick B6 nog och orkade inte med mer. Samtal, två dagvårdsperioder och slutna vård på AC i Varberg har till slut gett B6 sitt liv tillbaka. Idag är hon både fru och mamma och säger själv att hon överhuvudtaget inte har några problem med maten längre.

B7 fick först AN i gymnasiet som en reaktion på en kravfylld och kroppsfixerad miljö. Några år senare hade ätstörningen övergått i BN och hon fick behandling i dagvården. Hjälpen var inte tillräcklig för B7 som fortsatte att utsätta sig själv för hård belastning och stress som resulterade i att hetsättnings- och kräkningsbeteendet upprätthölls. Hon sökte hjälp på nytt och går vid intervjutillfället i en individuell kognitiv beteendeterapeutisk samtalsterapi. Trots sitt dåliga mående i många år har B7 lyckats utbilda sig, ta examen, skaffa arbete och flytta hemifrån.

Vågrät analys

Bakgrund

När A1 gick på gymnasiet var hon sjuk i körtelfeber och gick ner lite i vikt till följd av sjukdomen. När hon var frisk ville hon inte gå upp till sin normala vikt. A1 utvecklade ett tvångsmässigt förhållande till motion och mat. Tillslut kunde hon inte ens unna sig mat efter att hon hade sprungit långa rundor. Hon svalt dock aldrig helt och hon kräktes aldrig, men hon åt väldigt nyttigt och var extremt fysiskt aktiv. Efter hand isolerade hon sig alltmer.

När A2 gick i nionde klass började tankar om att hon var tjock komma upp. Två år senare, när hon gick på gymnasiet, hade hon fått kvinnliga former och började hårdbanta. Hennes AN präglades av mycket tvångstankar kopplade till motion, myter om hur maten omvandlas till fett på kroppen och klassiska fysiska ätstörningssymtom som frusenhet, yrsel och nedstämdhet. Senare gick A2 upp i vikt men hade kvar sitt anorektiska beteende och tankemönster, varför hon senare omdiagnostiserades till UNS.

För A3 har det aldrig riktigt fungerat med maten. Redan i lågstadiet uppstod hennes anorektiska beteende och matvägran. I mellanstadiet hade hon kontakt med BUP beträffande ångest och depression, som hon säger egentligen berodde hennes ätstörning. I högstadiet övergick hon till en bulimisk ätstörning för att åter falla tillbaka i AN efter gymnasiet. A3 har haft en speciell erfarenhet av sin behandling eftersom hon var gravid när hon kom till dagvårdsbehandlingen. Hon hade otroligt nog haft mens som vanligt trots sin låga kroppsvikt.

U4 flyttade hemifrån och i samband med det tog hennes matproblem fart. Hon utsatte sig för långa svältperioder, fasta och hetsätningar in emellan. Hetsätningarna kom sedan att ta över och hon gick upp i vikt. Hon besvärades av sina äckelkänslor som yttrade sig i förakt och avsky inför sig själv och sin kropp. Via studenthälsan fick U4 kontakt med AC. U4 tror att ätstörningen var ett sekundärsymtom på att hon mådde allmänt psykiskt dåligt på grund av depression och panikångest. Maten var aldrig huvudproblemet för henne, utan det var något hon tog till för att kontrollera den livskris som hon upplevde sig genomgå.

U5 kan se att hon har haft ett osunt förhållande till mat sedan hon var liten. Hennes ätstörning kulminerade efter att hon fött sin dotter och drabbats av en depression i samband med det. Att bli förälder innebar såklart mycket ansvar och mindre tid att spendera på mat och motion, som

hon hade ägnat sig mycket åt innan hon blev mamma. På kvällarna när dottern sov hetsåt hon, men utan att kräkas. Att överäta på kvällstid blev en rutin för U5. Hon tog själv kontakt med AC när hon förstod att det spårade ur mer och mer med maten.

B6 var sjuk i BN under 11 år. Det började när hon var utomlands som 20-åring och hon och en väninna tyckte att de skulle prova att kräkas upp maten. Hemma i Sverige kunde hon sedan inte ta sig ur problemet. B6 sökte hjälp på AC när hon bröt ihop och inte längre klarade av att arbeta heltid samtidigt som hon tacklades med sina matproblem och intensiv motion. *"Nu har jag fått nog, jag klarar inte det här längre"*, sa hon till sig själv och påbörjade sin långa kamp mot ätstörningen.

B7 gick i gymnasiet och mådde dåligt av måsten, press och stress som hon upplevde. Hon hade gått upp lite i vikt, vilket är fullt normalt i den åldern, och genom att börja banta trodde hon att hon kunde återfå kontrollen över den kravfyllda situationen som också var mycket mat- och kroppsfixerad, säger hon. B7 utvecklade ett anorektiskt beteende och gick period i dagvården, dit hon slussades via en skolkurator och BUP. Två år senare hade hennes sjukdom växlat till BN och hon deltog då i den aktuella behandlingen.

Tidigare behandling

A1 var inlagd på allmänpsykiatrisk avdelning i tre veckor på föräldrarnas initiativ. Där fick A1 psykofarmaka, men det hann inte ge någon effekt, menar hon. A1 gick sedan hos en psykolog på BUP innan hon kom till dagvårdsbehandlingen på AC. Deras kontakt hade bara pågått under en 10-veckorsperiod så hon tycker inte att det var givande. Att dagvårdsperioden föregicks av sluten vård, tycker hon var bra för henne, för att hon där tvingades att bryta sina destruktiva mönster och rutiner. Under dagvårdsbehandlingen tog A1 inte några mediciner. Hon anser att psykofarmaka är obehagligt, för att *"man blir två olika personligheter"*.

A2 fick olika sorters behandling före och efter den aktuella dagvårdsperioden. Hon berättar: *"Jag gick ner till 43 kg och då tog mina föräldrar tag i det, så de tog mig till en läkare."* När hon fyllde 18 år avbokade hon snabbt resten av besöken hos läkaren, varför det inte hann få någon effekt. Sedan var det via företagshälsovården på sitt arbete som hon kom i kontakt med AC, där hon inledde sin behandling med att gå hos psykolog i öppen vård, följt av en dagvårdsperiod innan den aktuella dagvårdsperioden startade.

A3 hade inte behandlats för ätstörning innan hon kom till dagvården på AC. Hon berättar dock att: *"...jag har haft depressioner och ångest, så jag kom in på BUP när jag var 10 år gammal."*

U4 hade innan dagvårdsstarten på AC gått i en privat kognitiv terapi som hennes mamma tagit initiativ till då hon märkte att dottern inte mårde bra. *"Jag tyckte att det hjälpte mig mycket, kanske inte med ätstörningen konkret... men mycket det som var runt omkring som jag upplevde som ett större problem egentligen"*, säger hon. I samband med att hon började i dagvårdsbehandlingen började hon ta antidepressiv medicin, som hon upplevde att hon blev "påtvungad" mot sin vilja.

U5 blev inlagd i två veckor på grund av sin depression. *"...jag bara sov och sov och sov, för jag var så deppig"*, berättar hon. Därefter i behandlades hon med kognitiv terapi hos en psykolog. Hon tog antidepressiv medicin före dagvårdsbehandlingen och under densamma.

B6 gick 2 år i samtal på AC och en 8-veckorsperiod i dagvården innan hon gick i den aktuella behandlingen. *"Jag gick i vanlig samtalsterapi då, men det var inte tillräckligt"*, säger B6. Hon behandlades också med Cipramil.

"Det var nog först BUP och en kurator i skolan...", säger B7 på frågan om hur hon kom i kontakt med AC. Hon var på AC under en dagvårdsperiod två år före den aktuella behandlingen, då för sin AN. Mellan dagvårdsperioderna hade B7 ingen hjälp.

Orsak

När vi pratar om varför A1 tror att hon drabbades av AN, säger hon att hon tror att självsvälten och den stränga motionen var ett uttryck för någon annan grundproblematik. Problematiken yttrade sig i AN då och gör sig hörd i andra former idag, menar hon. Det finns något i henne som gör att hon tycker att det finns en anledning till att hon ska pressa sig till max. Allt ska vara under kontroll. Det ska vara jobbigt, en bestraffning, säger hon. *"Att det blir så överdrivet allt jag gör. Att jag inte kan göra något lagom. Det är svårt att bara känna efter."*

A2 tror att orsaken till att hon drabbades av ätstörning handlar om kontroll. *"Jag har blivit uppfostrad till att vara duktig, ordentlig, göra mitt bästa"*, säger hon. Hon har blivit

perfektionistisk och är inte nöjd förrän något är perfekt. Hon tror att hon blev berövad någon form av kontroll som hon ville ha, och därför fick kompensera den kontrollförlusten med att kontrollera det som hon hade verklig makt över, den egna kroppen.

A3 beskriver sitt barndomshem som "ätstört". *"Jag tror att det beror på att min mamma gav mig viktväktar-mat och light..."*, säger A3. Medan mamman ofta bantade, höll hennes pappa en lika ohälsosam kost, fast åt andra hållet, i stil med *"cocacola till frukost"*. Hon tror att det är barndomens avsaknad av att få lära sig hur och vad man bör äta för att må bra, som har orsakat henne sin ätstörning. Hon har två systrar som vuxit upp i samma miljö, men de visar inga symtom på att ha drabbats på samma sätt som hon.

U4 nämner också familjen när hon pratar om orsaken till sin sjukdom. Hon beskriver sin barndom som otrygg och trasslig, med en psykotisk pappa, skilda föräldrar och utan syskon. Redan som barn drabbades hon av ångestproblematik. U4 verkar engagerad när hon pratar om orsaker till ätstörningar mer ur ett samhällsperspektiv. Hon menar att utanför hennes individuella sårbarhet och mottaglighet, finns det faktorer i samhället som spelar in. Hon säger att *"...det är så otroligt mycket som spelar in både med ideal men också mycket med självkänsla och krav och omvärldens förväntningar på hur man ska vara... hur man förväntas anpassa sig och ställa upp...att vi tjejer ska behaga alla på alla plan...så att man inte har tid för sig själv"*. Hon upplever det som att kvinnor är sin kropp på ett helt annat sätt än män. *"Män är sina huvuden"*, tycker U4.

U5 har tänkt mycket kring orsaken till hennes ätstörning. Hon frågar sig själv hur det kan komma sig att man *"har ett väldigt hårt sätt mot sig själv, nästan som att man slår på sig själv"*? Det går ofta en hel dag utan att hon äter något *"...för att man ska visa sig duktig utåt"* och hon fortsätter *"...när man kommer hem och är själv, att man bara släpper alla spärrar man har haft under dagen, en sådan obalans"*. Hon förknippar ätstörningen med depressionen, som blev ett faktum efter att hon slutade att amma sin lilla. *"Jaha, men vad nu då?"*, tänkte hon och kände en oerhörd tomhet efter att symbiosen, som det innebär att amma sitt barn, löstes upp. U5 härleder också sin ätstörning tillbaka till barndomen. Hennes egen mamma tröståt och tog för vana att ta extra till U5 samtidigt som hon tog extra till sig själv. U5 upplevde det som att mamman ville att hon skulle sitta där och trösta och äta med henne. I tonåren började hon märka att maten hade en ångestdämpande funktion. *"Jag blev lugn när jag åt"*, säger hon. Det är apropå det här med matens ångestdämpande och lugnande effekt

som hon lägger till att *"jag tror att maten var mitt sätt, jag tror att andra de tar piller, eller dricker sprit eller knarkar, använder sex eller spel..."*.

B6 tror att hennes bulimi fick andra orsaker under årens lopp, efter att det hade börjat med rent kosmetiska motiv i 20-årsåldern. *"Det har fått andra orsaker sedan, under årens lopp"*, säger hon och hennes BN vidmakthölls upp i 30-årsåldern. Hon nämner ansvar, press, stress och ständiga prestationer som en bidragande orsak till att det blev för mycket.

B7 utvecklade BN efter att först ha drabbats av AN. Det första insjuknandet förklarar hon med de höga prestationskraven, kropps- och matfixeringen som rådde henens omgivning: *"Min familj har ju bantat allihop och mina vänner skulle bara iväg och träna hit och dit."* Att hon sedan fick BN, vilket tyvärr är ett vanligt sjukdomsförlopp, förklarar hon med att *"...det var lite för mycket sorg och så lade jag mycket skuld på mig själv även om det inte var mitt fel."* Dessutom hade hon för mycket att göra, för lite sömn och för mycket stress, tycker hon.

Inställning till dagvårdsbehandlingen

A1 beskriver sin inställning till dagvårdsbehandlingen som att hon var frustrerad och inte hade något tålamod. Hon tänkte att eftersom hon inte kunde göra något åt situationen själv, så kunde inte AC göra det heller. Under intervjun framgår det att A1 kände sig osäker på om hon verkligen förtjänade behandlingsplatsen på AC. Var hon på rätt ställe? Hon tänkte att det kanske fanns någon annan som behövde hjälpen mer än hon? Ibland var hon rädd att visa upp sin kostregistrering för att hon trodde att hon inte längre skulle vara berättigad behandlingen om hon åt så "mycket".

När A2 kom till dagvårdsbehandlingen var hennes inställning att hon skulle varva ner och tillåta sig själv att äta regelbundet utan att behöva träna kompensatoriskt efteråt.

A3 säger att hennes inställning till dagvårdsbehandlingen var att göra det för barnets och familjens skull. Under behandlingens gång fick hon dock en vidare motivation: *"...under behandlingen så blev det ju för min egen skull, men det var ganska länge som det bara var för bebisens skull"*.

När U4 kom till dagvårdsbehandlingen hoppades hon på att hon skulle kunna sluta hetsäta och tycka illa om sig själv.

”När jag började på AC kände jag att jag ville prova vad som helst och jag var öppen för medicinering”, säger U5 om sin inställning till behandlingen.

När B6 äntligen skulle få hjälp var hennes inställning att hon inte ville att mat och träning skulle vara en så stor del av hennes liv. Hon säger: *”Man insåg att så vill man ju inte ha det i resten av sitt liv.”* Målet var att kunna leva ett normalt liv.

I B7:s inställning till dagvårdsperioden saknades lite motivation. *”Jag ville såklart bli frisk, men jag hade nog inte den kraften att gå hela vägen den gången heller”,* säger hon.

Bra med dagvårdsbehandlingen

A1 tycker att det var en befrielse att någon annan bestämde åt henne vad hon skulle äta och hur mycket, så att hon slapp alla tankar kring den planeringen, som annars kunde ta orimligt mycket av hennes tid i anspråk. Att komma in i dagvårdens struktur innebar också en naturlig brytpunkt för hennes dittills strikt schemalagda rutiner kring motion och mat. Hon tyckte också att det var fullt rimliga mål som serverades och måltidsordning som följdes.

Överhuvudtaget tycker A2 att det var ett bra upplägg på dagvårdsbehandlingen. Om personalen säger A2: *”Jag tyckte att personalen där var fantastisk och de var ju väldigt kunniga...det tyckte jag var toppen, att de var riktiga psykologer, riktiga läkare.”* Om sin kontaktperson säger A2 att hon tycker att hon kunde ge svar på tal. Hon hade bra samtalstekniker och A2 hade stor respekt för det som kontaktpersonen sa. Avslappningen var bra, tyckte A2, för att den skedde under så kontrollerade former. Hon nämner all den viktiga informationen som betydelsefull, särskilt psykologi, näringslära och information om hur kroppen fungerar.

A3 tycker precis som A2 att det var bra med information om kroppen för att inse konsekvenserna av att man äter fel. *”All information man fick om vad som händer i kroppen och sånt om man inte äter eller om man äter fel, det var jättebra för det hjälpte mig att inse...”*, säger A3. Hon håller också med om att personalen var mycket bra.

För U4 innebar dagvården en lättnad av många anledningar. Dels för att hon fick vila utan att behöva prestera, dels för att hon blev serverad mat och slapp tänka och engagera sig i det och

dels för att hon fick vara sjukskriven och kunde ta sitt tillstånd på allvar. Ingen hade erkänt att U4 hade en ätstörning, men nu uttalades det och U4 kunde äntligen känna *"...jag får lov att tycka att det här är ett problem och en sjukdom, det är inte bara jag som har svårt att hålla kontrollen"*. Avslappningen var ett bra inslag, men inte alls tillräckligt för att förbättra kroppsuppfattningen, enligt U4:s åsikt. De individuella samtalen som hon hade med sin KP var givande.

Det kognitiva tänkandet som genomsyrade behandlingen på AC, tycker U5 var precis vad hon behövde. *"Att programmera om mitt tänkande"* säger hon, och fortsätter: *"Det är min verklighet men det behöver inte vara den riktiga verkligheten."* U5:s åsikt om dagvårdens fria tid, som fick spenderas enligt eget önskemål, är positiv. Hon motiverar det med att viljan att ständigt vara aktiv och effektiv, är en problematisk sida av ätstörningssjukdomar. Under den fria tiden fick de öva sig på att bemästra svårigheten med att bara vara.

"Upplägget av behandlingen, jag tyckte det var jättebra", säger B6. Avslappningen, sitttiden efter måltiden, regelbundenheten och portionsstorlekarna nämner hon som uppskattade.

För B7 var det stärkande att behandlas i grupp för att man fick träffa andra med liknande problem. *"...det var väldigt skönt att se att det fanns andra som inte var idioter eller misslyckade människor, utan att de var helt underbara de också, men att de hade problem och att det var okej..."* säger hon. Hon tycker att det var bra att de inte fick lov att stressa när de var på AC. Även om det var jobbigt de första dagarna, så behövde de ju just öva sig på att bara sitta stilla och inte göra något.

Mindre bra med dagvårdsbehandlingen

A1 tyckte att det var mindre bra att hon under dagvårdens "fria tid" inte hindrades att arbeta med sitt skolarbete, för hon hade behövt den tiden till att vila sig och träna sig på att "göra ingenting". Det var just det att "bara vara" och låta tiden passera som var och är en stor svårighet för henne. Hon tycker idag att det hade varit bättre för henne om hon varit sjukskriven från skolan så att hon kunde få ut mesta möjliga av behandlingen. Hon säger att hon ofta under "fri tid" också lämnade AC:s lokaler för att gå ut och promenera eller uträtta ärenden. Hon tar upp rörelsefriheten som något negativt med dagvården, eftersom hon vet att hon hade behövt öva sig på att stå ut med rastlösheten och ineffektiviteten. *"Det var ju mycket den känslan att jag hela tiden måste utnyttja tiden på något sätt, till något annat. Ja, jag*

upplever det liksom som en inre oro alltid, och det gör att jag är rastlös och att jag inte kan koncentrera mig på det jag gör.” Ledigheten på eftermiddagar, kvällar och helger var något som något innebar negativa konsekvenser för A1. Den kunde strunta i att följa AC:s rekommendationer när de inte vistades där eftersom den tiden inte kunde kontrolleras. A1 hade gått i en dagvårdsperiod innan den aktuella, och fick byta kontaktperson i övergången mellan dessa två behandlingsperioder, vilket hon hade önskat slippa. A1 säger att det efter ett tag kändes som att hon inte kom längre i de enskilda samtalen med kontaktpersonen. De stod bara och stampade.

A2 tycker att 8 veckors dagvårdsbehandling är för kort tid. Hon behövde hjälp resten av dygnet också, det var mindre bra med dagvården att den bara omfattade 8 av dygnets 24 timmar. På vardagarna efter 15 och under helgerna var det sjukdomen som styrde, och A2 kompenserade för det som hon hade ätit på dagvården. Hon tycker också att det är för lite med ett KP-samtal per vecka. Ibland ställdes schemalagda aktiviteter in av olika anledningar, då kunde tillvaron på dagvården vara enformig och kännas meningslös. Hon säger: *”...och så satt man i dagrummet och hade inte så mycket att göra förutom att vänta ut nästa måltid.”*

Det som A3 tar upp som mindre bra med dagvårdsbehandlingen nämns i fler intervjuer. Nämligen hur lämpligt det är att blanda personer med olika ätstörningsdiagnoser i en och samma behandlingsgrupp. Hon säger: *”Jag tänker att de som är lite kraftigare... det måste vara jättejobbigt att vara i en grupp med 'smalisar', tror jag.”* Personer med AN har andra behov än personer med BN, påpekar A3.

Det här pratar också U4 om. Hon upplevde dagvårdsbehandlingen som *”att det i första hand var anorektikerna det utgick från, i andra hand bulimikerna och i tredje hand sådana som jag som inte hade någon 'riktig' diagnos”*. Detta påverkade U4 så mycket att hennes tillstånd förvärrades under veckorna på AC. Hon upplevde det som att *”alla”* utom hon hade jobbigt med att äta de gemensamma måltiderna, de grät och tyckte att maten smakade illa. Så i den miljön började U4 också tycka att det blev jobbigt att äta, hon som aldrig tidigare haft problem med att äta vanlig mat. Hon berättar att hon kände sig äcklig som åt utan att gnälla och tillägger att *”man blir lite paranoid... så det kändes som att alla de smala ”perfekta” anorektikerna tyckte att jag hade dålig självkontroll som inte tyckte att maten var äcklig”*. Det var inte bara under måltiderna som U4 kände sig felplacerad, utan hon tyckte att hela behandlingen var inriktad på att behandla personer som vägde för lite eller som på sin höjd

var normalviktiga. Faktum var att hon vägde 10 kg för mycket. Vidare upplevde U4 dagvårdsbehandlingen som ett *"omyndigförklarande vuxendagis"*.

U5 säger att det var jobbigt att behandlas i grupp *"i och med att jag var överviktig och många där var anorektiska"*. Hon tror inte att hon var ensam om att bära på känslan av att inte vara värdig behandlingsplatsen.

B6 håller med om att dagvården ibland kunde kännas som en *"lekskola"* Visserligen hade man lite föreläsningar, men *"annars tyckte jag mest att man satt"*, säger hon. Vidare var B6 inte fullt nöjd med sin KP. Hon tyckte inte att personkemin stämde dem emellan och ibland tyckte hon inte att personalen kändes tillgänglig, varför hon inte vände sig till sin KP de gånger då hon egentligen hade behövt samtal och stöd.

Även om behandling i grupp medför fördelar, nämnde även B7 gruppkonstellationen som en nackdel, då hon upplevde att de lite starkare individerna fick ta för mycket. *"Ibland fick man gå in i en roll och peppa en annan när man själv kanske behövde bli peppad."* Som flera andra har sagt, tycker B7 att det var en nackdel att hon fick byta KP mellan de olika dagvårdsperioderna. Hon kommenterar också sysslolösheten som många andra också gjort. Hon verkar se både för- och nackdel i det. Nackdel i att det var en *"dagiskänsla"* och fördel i att de behövde det *"för vi var alla som vuxna människor i ett litet barn kändes det som"*, säger hon.

Önskvärda förändringar av dagvårdsbehandlingen

A1 hade gärna sett att man utnyttjade tiden mer och bättre. Hon hade velat träna på att göra olika saker som förbättrade ens förhållande till maten ytterligare.

A2 tycker att dagvården skulle vara bättre om man hade erbjudits fler individuella aktiviteter, fler kontaktpersonsamtal och 10-15 veckor istället för 8. Allra bäst effekt av dagvård tror hon att man får om man äter så få måltider som möjligt hemma, varför det hade varit önskvärt att ha en längre dag så att det även serverades kvällsmat före hemgång. A2 efterfrågar också mer planering av helgerna då de var *"fria"* från dagvårdsbehandlingen. Hennes förslag är: *"Att man hade ett individuellt samtal på fredagen och gick igenom hur helgen ska se ut, en noggrann planering över vad man ska göra till frukost, lunch och middag."*

A3 skulle gärna se att flexibiliteten ökade i behandlingen så att den mer kunde anpassas till gravida personer med ätstörningar. *"Jag tyckte inte att de visste tillräckligt om gravida med ätstörningar"*, säger A3.

U4 hade velat ändra på dagvårdens upplägg. Hon föreslår. *"...att ha alla anorektikerna för sig och bulimikerna för sig"*. Personer med UNS skulle placeras i den behandlingsgrupp som mest liknade den ospecificerade ätstörningen.

U5 håller med om ovanstående och säger att *"om jag själv skulle välja så hade jag nog inte valt att sitta i en grupp med anorektiker"*. Inom kroppsuppfattning och kroppskänedom tycker U5 att man skulle ha kunnat komma så mycket längre på 8 veckors behandling än vad man faktiskt gjorde. Hon hade gärna sett att man ägnat med tid åt att få ihop kroppen och psyket. Vidare tror hon också att behållningen av behandlingen hade varit bättre om de hade fått vara med och laga maten. *"I alla fall för mig som "bara" hade ätstörning och övervikt, men kanske inte för anorektikerna,"* tycker U5.

B6 skulle ha infört längre dagar och fler måltider i dagvården om hon hade fått bestämma. *"...säg att man åt nästan det sista målet där eller att man hade en kvällsmacka när man kom hem, det hade varit lättare för mig"*, tycker hon.

B7 hade sett till att man fick behålla en och samma terapeut/behandlare under tiden som man var på AC. Hon motiverar det med att: *"Jag bytte hela tiden terapeut, så jag hade ju inte samma i den första och andra behandlingen utan jag hoppade vidare och det är ganska svårt..."*.

Effekter av dagvårdsbehandlingen

Det som blev bättre för A1 med hjälp av dagvårdsbehandlingen var att hon fick sundare proportioner mellan lagad mat och grönsaker än tidigare. Innan bestod tallriken av överdrivet mycket sallad. Hon säger att hon fick uppleva en behagligare mättnad när hon lärde sig att äta enligt AC:s modell. Hon tog till sig denna måltidsrytm och kopierade länge AC:s frukost och försökte hålla deras övriga rekommendationer kring portionsstorlek etc. Behandlingen hade också goda effekter på A1:s vikt. Hon gick upp med 0,5 kg i veckan, precis som det var planerat. När hon gick upp i vikt kände hon sig mer stabil och gladare, säger hon. Hon stannade dock av i viktökningen när hon en bit in i behandlingen åter började motionera mer.

Dagvården var inte tillräcklig för att hjälpa A2. Hennes AN förbättrades bara lite grann under dagvårdsbehandlingen. Det var först senare behandling som fick henne på rätt köl.

A3 säger följande om dagvårdsbehandlingen effekt: *”Jag har lärt mig att äta även om jag inte vill, så bara äter jag, sen är det färdigt.”*

U4 tycker tyvärr inte att hon förbättrades av att gå i dagvårdsbehandlingen, men efter att den avslutades blev hon bättre. *”Jag kände nog att jag helt enkelt hade fått nog.”* Det hon trots allt tycker att hon lärde sig på AC var *”...det här med att lyssna på sig själv, känna efter vad man själv känner och tycker...”*.

U5 berättar hur hon med hjälp av dagvårdsbehandlingen kom att uppmärksamma kroppskänedom och sina egna känslor på ett nytt sätt. *”Jag har förstått att allting handlar så mycket om känslor och att jag före behandlingen... har varit så himla avskärmd från känslor och verkligen tryckt bort dem.”* Trots denna insikt fortsatte U5:s hetsättningsbeteende under de 8 veckorna på AC och även efteråt. En effekt av dagvårdsbehandlingen är att hon förstod vilka risker hon utsätter sig för om hon på nytt börjar banta, så det håller hon sig ifrån. *”Då går djävulen igång liksom, leave it”* säger hon.

Dagvården var inte tillräcklig för att hjälpa B6. Hon uttrycker att hennes BN inte förbättrades på någon punkt enbart genom dagvårdsbehandlingen, utan att det var först senare behandling som hjälpte.

Tack vare dagvårdsbehandlingen kom B7 till insikten att *”det är okej att äta, att man får lov, att man inte gör något fel”*. Men hon menar att det är naivt att tro att man ska bli frisk på åtta veckor, det är långt ifrån tillräckligt tycker hon.

Behov av mer behandling

A1 poängterar att hon tror att dagvårdsbehandlingen på AC hade en bidragande effekt till att hon blev bättre, men att dagvården i sig inte var tillräckligt för att hjälpa henne. Efter avslutad dagvård blev vikten åter instabil och A1 fick behandling i slutna vård på AC i Varberg, där hon uppnådde bättre och mer långvariga resultat tack vare att hon var tvungen att begränsa den fysiska aktiviteten.

A2 fick sluten vård i Varberg efter aktuell dagvårdsbehandlings slut. A2 verkar tycka som A1 om jämförelsen av dagvården och sluten vården. För A2 hade behandlingen i Varberg också bättre effekt, men att dagvården ändå var förberedande för henne. *"Om jag inte hade gått i dagvården så hade Varberg blivit mycket svårare, så att det var jättebra med dagvården på det sättet att det förberedde mig"*, säger hon. Hon säger att hon tror att det gick bättre under behandlingen i sluten vård än i dagvård för att *"de hade ju stenkoll på en, inte som i dagvården där man kunde vara själv och komma och gå som man ville"*. Vidare säger hon att *"...de kunde bryta ens beteende och inte bara se till att man åt på dagen utan även på kvällen"*. Först därefter när hon var tillbaka hos sin psykolog på AC i Malmö började hon med farmakologisk antidepressiv behandling som fortfarande pågår. Idag tar hon också en liten dos av en medicin som har antipsykotisk effekt. Idag har hon en ny samtalskontakt hos en psykolog och en behandling hos sjukgymnast med inriktning på kroppskänedom.

A3 stannade kvar ytterligare en dagvårdsperiod efter den aktuella avslutades. Trots att dagvården möjliggjorde att hon kunde hantera det då akuta läget, hade A3 efter dagvårdsbehandlingen fortfarande stora bekymmer med sin kroppsuppfattning. Detta försvårades ytterligare för henne eftersom hon var gravid och därför genomgick större kroppsliga förändringar än hon annars hade gjort. *"Ja, det är ju väldigt jobbigt för en som har anorexi att sen bli gravid och se hur kroppen ser ut efter det..."*, säger A3. När hon hade fött sin dotter kom hon tillbaka till AC för enskilda samtal. När AC sedan stängdes vände hon sig till ätstörningsteamet på MAS där hon fick en samtalskontakt. Hon tog antidepressiv medicin i många år för att hon varit instabil i humöret och hade ett dikotomt tänkande, men har idag slutat med den. Det diskuteras huruvida hon kanske trots allt är i behov av psykofarmaka och hon kommer eventuellt att börja igen.

Efter avslutad dagvård behövde U4 fortfarande hjälp med sin kroppsuppfattning. Hon tyckte att det var otroligt jobbigt att vara i sin kropp och känna sin kropp. Hon fick så småningom gå i kognitiv samtalsterapi för ångest och depression, som hon tror var en bidragande anledningen till att hon fick ätstörning. *"Först i grupp som jag tyckte var jobbigt och sedan individuellt som fungerade jättebra"*, berättar U4. Idag har hon en psykodynamisk samtalskontakt, som hon hoppas att hon kommer få att ha kvar länge.

När dagvården avslutades var U5 rädd. *"Jag kunde inte alls ta till mig att jag skulle äta så när vi slutade, att man skulle göra den sortens mat, det var helt främmande för mig"*, säger hon. Hon gick en period efter dagvårdsbehandlingen i en kognitiv samtalsterapi och i sjukgymnastik som även drevs av Capiro. Sedan har hon på egen hand engagerat sig i olika självutvecklande aktiviteter, som hon tycker är en form av självhjälp. Det har handlat om yoga och meditation tex.

Efter dagvården fick B6 en plats i Varberg i sluten vård eftersom hon hade kvar sin ursprungliga form av BN. *"Där kände man sig riktigt sjuk, det gjorde man inte på dagvårdsbehandlingen..."*, säger hon. Hon var i behov av heltäckande behandling hela dygnet. Hennes självkänsla och självförtroende behövde fortfarande stärkas och hon hade kvar sina orimliga föreställningar om vad som skulle kunna hända om man åt utan att kompensera, tex. 100 kilos omedelbar viktuppgång.

När B7 slutade i dagvården, var mycket fortfarande förvirrat för henne och hon hade ännu för mycket att göra. Hon säger *"jag var inte beredd att lägga något åt sidan mer än min hälsa"*. Hon beskriver tiden som följde efter dagvården så här: *"Allt fungerade bra, hästen mådde bra, skolan gick bra, jobbet gick bra, men jag mådde inte bra. Men ingen visste ju det för jag dolde ju det, det var ju därför jag gjorde som jag gjorde när jag var själv."* Hon har behandlats med antidepressiv medicin i ett halvår och har via sin familjeläkare fått remiss till ätstörningsmottagningen på MAS vartefter hon påbörjade en 20 veckors behandling på privata Idunkliniken i Malmö, som fortfarande pågick då intervjun ägde rum.

Livssituation idag

A1 ägnar sig idag åt heltidsstudier på universitetet. Ledighet och tid för självstudier tycker hon är problematiskt, då hon besväras av rastlöshet, koncentrationssvårigheter och ständiga tankar på mat. Hon säger: *"Då är det hela tiden bara det jag ser framemot, att ett par timmar till och sedan får jag äta."* A1 jobbar därför mycket vid sidan om sina studier. Hon beskriver jobbet som en flykt. *"För jag känner så fort jag har mindre jobb så blir det ju att träningen och maten stör igen."* När hon jobbar är hon trygg och måltiderna blir mindre laddade. *"Nu var det lunch och då äter man"*, säger hon. *"Jag måste ha något, antingen skola eller jobb"*, säger hon. Om sin livssituation idag talar A1 om meningslöshet. Hon säger att *"det är nog bara så här bra det kan bli"*. Så länge hon arbetar håller hon uppe en glad fasad, säger hon, men när hon är ensam hemma gråter hon och känner hur ledsen hon egentligen är.

A2 förbättrades från att behandlas i slutenvård till att arbetsträna i form av halvtidsstudier och är idag sysselsatt med heltidsstudier på universitetet. Hon har en bit kvar att arbeta med sin kroppsuppfattning och får fortfarande behandling. Hon berättar: *"Jag har en sjukgymnast där vi jobbar med kroppskänedom och så har jag en psykolog som jag går till en gång i veckan."*

A3 har nu hunnit få sitt andra barn. Hon har varit sjukskriven och föräldraledig sedan behandlingen på AC. Hon har idag varken någon samtalskontakt eller någon medicin. A3 tycker fortfarande inte att hon mår riktigt bra. *"Det jag skulle behöva är ju att lära mig äta normalt och nyttigt och regelbundet som är bra för både henne och för mig"*, säger hon.

U4 har varit sjukskriven sedan dagvårdsbehandlingen, men ser nu fram emot att komma ut och arbetsträna. Hon har hittat en partner och tycker att livet är mer meningsfullt. Hon uppskattar sin samtalskontakt på RFSL med psykodynamisk inriktning. Hon säger att hon har insett att *"...jag ska lita lite mer på vad jag själv känner"*.

Nu lever U5 med sambo och dotter och hon arbetar. U5 har nu större förståelse för varför hon har tagit och tar till maten, men hetsättningsbeteendet är inte utsläckt. Gång på gång "trillar hon dit". Hon kämpar vidare med att vara närvarande och att acceptera sina känslor. *"Jag är nog ledsen för att jag är överviktig, sorgen"*, säger hon och fortsätter: *"...någonstans inom mig har jag ju ett jättestort behov av att jag någon gång ska bli fri"*.

Samtalet med B6 är mycket upplyftande och positivt. När hon lämnade behandlingen i Varberg var hon gravid med sin son och numera är hon också gift med barnets pappa. Tillsammans lever de ett harmoniskt familjeliv. På frågan om hon tror att det kan ha en reparativ effekt att bli förälder, svarar hon *"Jo, det vågar jag säga, för i mitt fall var det ju så, men det kan ju vara så att det inte är det för alla"*. B6 har inte varit tillbaka i arbetslivet sedan dagvårdsbehandlingen eftersom sjukskrivningen följdes upp av föräldraledighet. Hon slutade med Cipramil när hon blev gravid, hon tar inte någon medicin i dagsläget och har ingen samtalskontakt längre.

Idag säger B7 att hon tänker på ett helt annat sätt än hon tänkte på då. *"Jag har helt andra mål, jag har hittat mig själv på ett annat sätt"*, säger hon. Sedan dagvårdsbehandlingen har

hon hunnit avsluta sin utbildning, flytta hemifrån, få jobb, inleda ett förhållande och tagit farväl av hästen. B7 går idag i en tidsbegränsad samtalsbehandling.

Ätstörningssymtom idag

A1 är mycket fysiskt aktiv och ibland upplever hon att hon kan äta och äta utan att bli mätt. Hon har börjat kunna unna sig något ”gott” på sistone, men hon äter det med dåligt samvete. *”Men jag är inte rädd för mat på alls samma sätt som jag var förr”*, säger hon. Hon väger sig inte längre, hon känner sig inte fixerad vid det mer. Men ändå finns ständigt tankarna hon A1 på att hon ska hålla igen, inte för att hon har någon önskan om att gå ner, men för att hon är rädd för att gå upp i vikt. *”Vem skulle bry sig om jag gick ner lite?”* frågar hon. Beträffande träning och motion säger A1 att hon inte tycker att det är lika plågsamt längre. Motionen är dock fortfarande inrutad och hon följer alltid samma mönster, för att det känns tryggt för henne.

A2 har ett bra förhållande till motion. Hon rör på sig 1-3 gånger i veckan beroende på hur mycket annat hon har att göra.

A3 vill väldigt gärna komma igång och motionera men hon har fortfarande ont i kroppen efter svåra graviditeter. A3 äter mekaniskt efter klockan fortfarande, så som hon lärde sig i dagvården. Den viktökningen som är naturlig i samband med graviditet försvårar hennes förhållande till kroppen och maten. Att bli förälder har dock hjälpt henne att anta ett mer accepterande förhållningssätt. *”Ibland kan jag bara acceptera det och ibland känns det fruktansvärt”*, säger hon. Hon säger att hon är besatt av att gå ner i vikt och tillägger: *”...men jag kan ju inte banta när jag ammar”*.

U4 är helt normalviktig idag, hon har inga ätstörningssymtom kvar. Hennes förhållande till maten är oerhört okomplicerat, säger hon. Dessutom har hon börjat motionera och njuter av att kunna använda sin kropp. Hon säger att hon i princip är frisk bortsett från att hon *”...har väldigt lätt för att bli stressad och svårt att hantera det”*.

U5 dras ännu med överätning och hon säger att *”...jag trillar hela tiden tillbaks i det här med att slå på sig själv, ”du borde”, dåligt samvete...”*.

B6:s ätstörningssymtom har släckts ut. Hon säger: *"Idag kan jag säga att jag inte har några problem med maten överhuvudtaget och det känns helt fantastiskt att kunna äta vanlig pasta som jag inte kunde förr och att man inte behöver tänka på det. Jag har accepterat att det är som det är, så jag har det bra"*, fortsätter hon.

Som tidigare nämnt, går B7 fortfarande i behandling för sin BN. Symtomen finns alltså fortfarande kvar i stor utsträckning. Hon verkar dock ha en ljus framtidstro och en positiv inställning: *"Det har varit jättejobbiga år, men av de framsteg man gör blir man starkare, man tar alltid tillbakasteg men man kommer framåt i alla fall, så jag är snart över mållinjen, det tar sin lilla tid bara."* Hon säger att hon har en sund inställning till motion men hennes förhållande till kroppen är fortfarande präglad av komplex och självkritik.

Frisk från ätstörningar?

A1 tror aldrig att hon kommer att bli fri från sina typiska "ätstörningstankar". Men hon är så van vid det, så hon säger att hon inte tycker att det är något stort problem för henne längre. A2 tror att om man en gång har haft en ätstörning, så måste man vara på sin vakt resten av livet så att man lägger märke till varningssignaler. A3 menar att personer som har haft ätstörningar blir något som hon kallar "ätande anorektiker" eller en "icke-kompenserande bulimiker", ungefär som en nykter alkoholist. Hon måste lära sig att kontrollera sin sjukdom, för impulserna kommer ständigt att finnas närvarande, tror hon. *"Det kommer alltid att finnas kvar i bakhuvudet, det tror jag aldrig kommer att försvinna, men jag tror att man kan vara lycklig och leva ett bra liv ändå"*, menar B7. A2 tror att det är stor risk för återfall: *"Jag tror att man trillar dit ett par gånger men att man inte trillar lika djupt varje gång, utan till slut så hinner man upptäcka det i så pass god tid."*

Att intervjuas

A1 blev ledsen och grät under vårt samtal. Men hon tycker att det känns nyttigt att prata om det här. Hon blir påmind om att det faktiskt är mycket som har blivit bättre sedan dagvårdsbehandlingen. A2 tycker att det går bra att prata om det för sjukdomen har varit en stor del av hennes liv och hon har ägnat år åt att bli frisk. U4 säger att *"det kändes faktiskt rätt så kul att se tillbaka och jag ser ju att jag har kommit ganska långt"*. Det kändes både viktigt och jobbigt att prata om ämnet, tyckte U5. Hon blev ledsen när hon tänkte på att hon har en lång bit kvar att kämpa för att bli frisk. B6 säger att hon har mognat och inte tycker att det är jobbigt att prata om det här längre, till skillnad från under de 11 åren som hon var sjuk, då det

var "urhemligt" för alla. "Det har varit en del av ens liv, så man kan ju inte förneka det", menar B6. "Det är jobbigt men helt okej", säger B7 om att intervjuas om det här samtalsämnet.

Jämförelse av skattningsresultat

SCL-90

Kvinnornas resultat på SCL-90 som gjordes i inledningen av dagvårdsbehandlingen i maj 2004 presenteras i *Figur 15*.

Figur 15. Kvinnornas resultat på inskattning med SCL-90 i maj 2004.

SCL-90-skala/Kvinna	A1	A2	A3	U4	U5	B6	B7	M	Sd
Somatisering Värde (/12)			27 2,25	13 1,08	17 1,42	18 1,50	35 2,92	0,49	0,48
Obsessiv-kompulsitet Värde (/10)			27 2,70	10 1,00	12 1,20	15 1,50	28 2,80	0,65	0,61
Interpersonell sensitivitet Värde (/9)			16 1,78	19 2,11	19 2,11	14 1,56	22 2,44	0,55	0,57
Depression Värde (/13)			33 2,54	18 1,38	32 2,46	26 2,00	38 2,77	0,72	0,74
Ångest Värde (/10)			27 2,70	9 0,90	18 1,80	14 1,40	28 2,80	0,56	0,54
Fientlighet (Värde /6)			14 2,33	5 0,83	5 0,83	1 0,17	14 2,33	0,39	0,50
Fobisk ångest Värde (/7)			23 3,29	5 0,71	0 0	0 0	13 1,88	0,16	0,40
Paranoiskt tänkande (Värde /6)			12 2,00	7 1,17	14 2,33	1 0,17	13 2,17	0,41	0,54
Psykoticism (Värde /10)			16 1,60	8 0,80	15 1,50	5 0,5	21 2,10	0,23	0,37
Total råpoäng			214	103	136	110	232	-	-
GSI			2,38	1,14	1,51	1,22	2,58	-	-
PSDI			2,71	1,61	2,43	1,80	2,64	-	-
PTS			79	64	56	61	88	-	-

Värdet på respektive subskala, får man genom att dividera summan av svaren på de i subskalan ingående påståendena, med antalet items som ingår i subskalan (antalet inom parantes efter subskalans namn).

Kvinnornas resultat på SCL-90 som gjordes i samband med avslutningen av dagvårdsbehandlingen i juli 2004 presenteras i *Figur 16*.

Figur 16. Kvinnornas resultat på utskattning med SCL-90 i juli 2004.

SCL-90-skala/Kvinna	A1	A2	A3	U4	U5	B6	B7	M	Sd
Somatisering Värde (/12)		14 1,17	20 1,67	24 2,00	7 0,58	12 1,00	17 1,42	0,49	0,48
Obsessiv-kompulsitet Värde (/10)		14 1,40	21 2,10	11 1,10	11 1,10	8 0,80	14 1,40	0,65	0,61
Interpersonell sensitivitet Värde (/9)		11 1,22	17 1,89	19 2,11	23 2,56	12 1,33	13 1,44	0,55	0,57
Depression Värde (/13)		22 1,69	25 1,92	29 2,23	25 1,92	15 1,15	13 1,00	0,72	0,74
Ångest Värde (/10)		11 1,10	20 2,00	21 2,10	16 1,60	9 0,90	15 1,50	0,56	0,54
Fientlighet (Värde /6)		1 0,17	6 1,00	4 0,67	4 0,67	1 0,17	6 1,00	0,39	0,50
Fobisk ångest Värde (/7)		4 0,57	17 2,43	3 0,43	3 0,43	1 0,14	5 0,71	0,16	0,40
Paranoidt tänkande (Värde /6)		3 0,50	7 1,17	1 0,17	11 1,83	3 0,50	8 1,33	0,41	0,54
Psykoticism (Värde /10)		8 0,80	15 1,50	8 0,80	16 1,60	5 0,50	11 1,10	0,23	0,37
Total råpoäng		105	161	132	125	79	114	-	-
GSI		1,17	1,79	1,47	1,39	0,88	1,27	-	-
PSDI		1,75	2,52	2,16	2,05	1,41	1,48	-	-
PST		60	64	61	61	56	77	-	-

Värdet på respektive subskala, får man genom att dividera summan av svaren på de i subskalan ingående påståendena, med antalet items som ingår i subskalan (antalet inom parentes efter subskalans namn).

Kvinnornas resultat på SCL-90 som gjordes i utvärderingssyfte i december 2006 presenteras i *Figur 17*.

Figur 17. Kvinnornas resultat på skattning med SCL-90 i december 2006.

SCL-90-skala/Kvinna	A1	A2	A3	U4	U5	B6	B7	M	Sd
Somatisering	12	18	12	6	6	2	14		
Värde (/12)	1	1,5	1	0,5	0,5	0,17	1,67	0,49	0,48
Obsessiv-kompulsitet	25	16	6	9	9	2	9		
Värde (/10)	2,5	1,6	0,6	0,9	0,9	0,2	0,9	0,65	0,61
Interpersonell sensitivitet	16	10	6	4	4	2	9		
Värde (/9)	1,78	1,1	0,75	0,44	0,44	0,22	1	0,55	0,57
Depression	37	29	19	13	13	3	13		
Värde (/13)	2,85	2,23	1,47	1	1	0,23	1	0,72	0,74
Ångest	24	23	9	10	10	3	11		
Värde (/10)	2,4	2,3	0,9	1	1	0,3	1,1	0,56	0,54
Fientlighet	0	0	1	2	2	1	1		
(Värde /6)	0	0	0,17	0,33	0,33	0,17	0,17	0,39	0,50
Fobisk ångest	7	5	7	1	1	0	1		
Värde (/7)	1	0,71	1	0,14	0,14	0	0,14	0,16	0,40
Paranoidt tänkande	9	3	0	0	0	0	4		
(Värde /6)	1,5	0,5	0	0	0	0	0,67	0,41	0,54
Psykiticism	15	4	4	1	1	0	5		
(Värde /10)	1,5	0,4	0,4	0,1	0,1	0	0,5	0,23	0,37
Total råpoäng	145	108	64	46	70	13	67		
GSI	1,61	1,2	0,71	0,51	0,78	0,14	0,74		
PSDI	2,13	2,30	1,44	1,88	1,67	1,08	1,43		
PST	68	47	32	34	42	12	47		

Värdet på respektive subskala, får man genom att dividera summan av svaren på de i subskalan ingående påståendena, med antalet items som ingår i subskalan (antalet inom parantes efter subskalans namn). I de två kolumnerna längst till höger i tabellen finns jämförelsegruppens medelvärde och standardavvikelse för respektive subskala (Cesarec, Fridell, Johansson och Thorsen Malling, 2002, s. 40). De är infogade för att man ska kunna få en uppfattning om kvinnornas psykiska mående jämfört med en normalgrupp.

EDI-2

Kvinnornas resultat på EDI-2 som gjordes i maj 2004 när dagvårdsbehandlingen skulle inledas, presenteras i *Figur 18*.

Figur 18. Kvinnornas resultat på inskattning med EDI-2 i maj 2004.

EDI-2-skala/Kvinna	A1	A2	A3	U4	U5	B6	B7
Viktfobi	10		16	15		16	
Bulimi	0		2	6		9	
Missnöje med kroppen	12		22	18		18	
Låg självkänsla	17		12	8		14	
Perfektionism	6		7	5		6	
Interpersonell misstro	4		5	1		1	
Störd introceptiv medvetenhet	16		17	2		9	
Rädsla för vuxenlivet	14		13	6		0	
Asketism	8		1	5		6	
Störd impulsreglering	12		11	7		0	
Social osäkerhet	8		7	6		3	
Totalt	107		113	79		80	

EDI-2 innehåller som tidigare nämnts 91 olika påståenden som fördelas på 11 skalor, vilka ses i *Figur 18*. Som mest kan man få värdet 3 på ett påstående vilket ger ett totalt maximalt värde på 273 (Garner, 1994).

Kvinnornas resultat på EDI-2 som gjordes i juli 2004 när dagvårdsbehandlingen skulle avslutas, presenteras i *Figur 19*.

Figur 19. Kvinnornas resultat på utskattning med EDI-2 i juli 2004.

EDI-2-skala/Kvinna	A1	A2	A3	U4	U5	B6	B7
Viktfobi	8	13	13	13		13	
Bulimi	0	0	0	1		8	
Missnöje med kroppen	12	16	18	17		18	
Låg självkänsla	13	11	10	16		9	
Perfektionism	6	7	4	7		4	
Interpersonell misstro	2	1	0	2		1	
Störd introceptiv medvetenhet	8	4	7	11		7	
Rädsla för vuxenlivet	11	3	10	6		2	
Asketism	6	11	2	4		3	
Störd impulsreglering	8	0	6	6		0	
Social osäkerhet	10	3	4	6		6	
Totalt	84	69	74	89		71	

EDI-2 innehåller som tidigare nämnts 91 olika påståenden som fördelas på 11 skalor, vilka ses i *Figur 19*. Som mest kan man få värdet 3 på ett påstående vilket ger ett totalt maximalt värde på 273 (Garner, 1994).

Kvinnornas resultat på EDI-2 som gjordes i utvärderingssyfte i december 2006 presenteras i *Figur 20*.

Figur 20. Kvinnornas resultat på skattning med EDI-2 i december 2006.

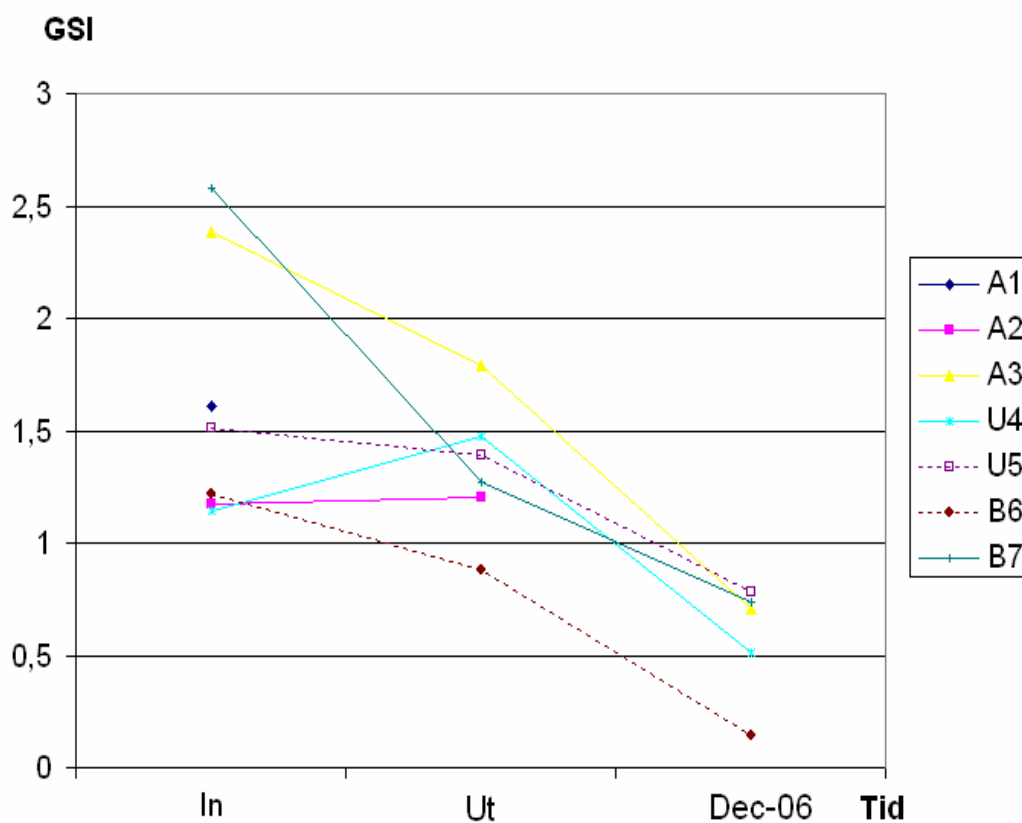
EDI-2-skala/Kvinna	A1	A2	A3	U4	U5	B6	B7
Viktfofi	12	19	19	0	4	0	15
Bulimi	2	0	1	0	11	0	11
Missnöje med kroppen	13	11	27	4	27	9	19
Låg självkänsla	15	18	5	2	5	0	2
Perfektionism	5	11	4	5	5	1	2
Interpersonell misstro	4	0	3	0	5	0	2
Störd introceptiv medvetenhet	7	4	0	0	4	0	4
Rädsla för vuxenlivet	10	3	5	2	2	0	1
Asketism	7	16	3	1	10	3	7
Störd impulsreglering	7	5	3	0	13	0	2
Social osäkerhet	10	9	1	2	14	0	2
Totalt	92	96	71	16	100	13	67

EDI-2 innehåller som tidigare nämnts 91 olika påståenden som fördelas på 11 skalor, vilka ses i *Figur 20*. Som mest kan man få värdet 3 på ett påstående vilket ger ett totalt maximalt värde på 273 (Garner, 1994).

Skillnader

I Figur 21 syns förändringen av kvinnornas värde på GSI (genomsnittligt symtomindex) under och efter behandlingen.

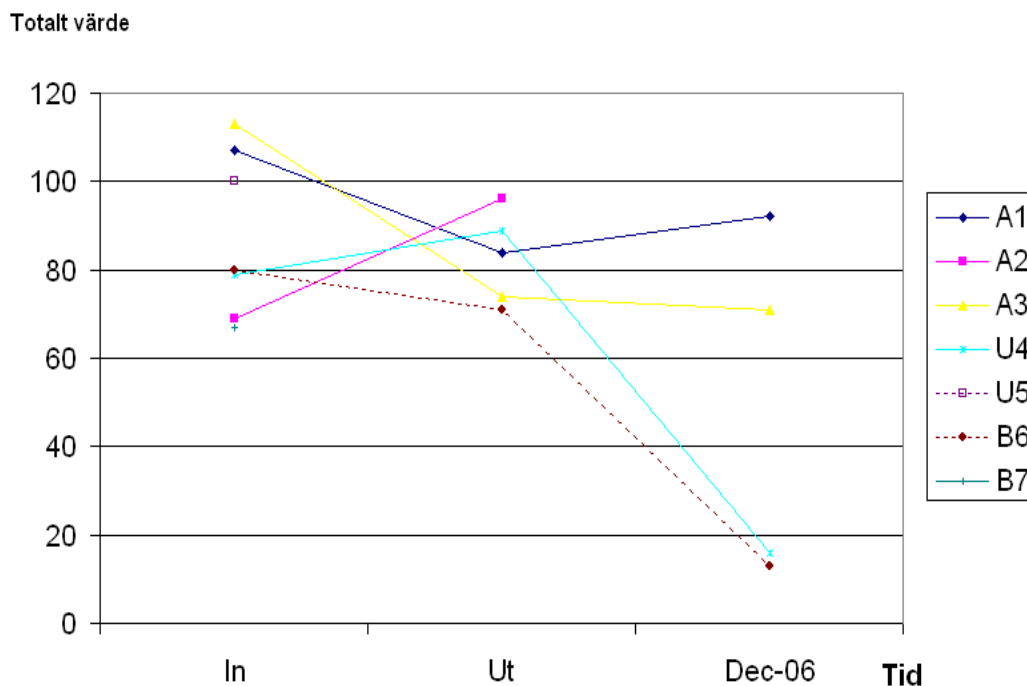
Figur 21. Förändring av GSI enligt SCL-90.



Figur 21 visar GSI på y-axeln och tid på x-axeln. Skattningsresultat från några mättillfällen kunde som tidigare nämnts inte delas ut av Capio, varför alla kvinnorna inte har fullständiga kurvor i Figur 21.

I *Figur 22* syns förändringen av kvinnornas totala värde på EDI-2 under och efter behandlingen.

Figur 22. Förändring av totalt värde enligt EDI-2.



Figur 21 visar GSI på y-axeln och tid på x-axeln. Skattningsresultat från några mätillfällen kunde som tidigare nämnts inte delas ut av Capiro, varför alla kvinnorna inte har fullständiga kurvor i *Figur 21*.

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Redovisningen av slutsatserna följer samma struktur som resultatredovisningen. Först kommer slutsatserna av tematiseringarna. Därefter följer slutsatserna av skattningarna med SCL-90 och EDI-2.

Slutsatser av tematiseringar

I resultaten av intervjuerna ser jag att den vanligaste åldern där ätstörningen debuterar är i gymnasieåldern för de här kvinnorna. Personerna med AN drabbades något tidigare och personerna med BN något senare. Flera av kvinnorna nämner att ätstörningen satte igång i samband med att de ville banta till följd av viktuppgång och kvinnligare former, som hör den åldern till, men som de inte accepterade. Som intervjuare får man intrycket av att de flesta av dem har varit och/eller är högpresterande personer med ”många järn i elden” och med höga

ambitioner. ”Höga krav” nämns i flera intervjuer, och de verkar allt som oftast riktas från dem själva mot dem själva. I något fall beskrivs ätstörningen som en sekundär problematik, där ångest och depression varit den primära. I majoriteten av fallen är dock sjukdomsbilden den omvända.

En minoritet av kvinnorna berättar att de själva sökte till AC, men de flesta kom dit via remiss. I två fall hade kvinnorna varit inlagda för psykiatrisk vård före dagvårdsstarten. Skol- och arbetskamrater nämns i upprepade fall som personer som uppmärksammat sjukdomen och hjälpt till. De gånger som personen med ätstörning fortfarande varit omyndig vid sjukdomsdebuten, beskriver de att föräldrar också varit involverade i försöken att få hjälp. Ingen av de sju som intervjuas säger att de tycker att dagvårdsbehandlingen var heltäckande eller medförde en betydande förbättring. Tre av de intervjuade slussades direkt vidare till slutna vård efter dagvårdsbehandlings avslut. En stannade kvar ännu en dagvårdsperiod. Idag har två av de intervjuade fortfarande en fortlöpande generell psykoterapikontakt och två andra går i fortlöpande ätstörningsbehandling i form av samtalsterapi. Alla som intervjuades har erfarenhet av psykofarmaka i form av antidepressiv medicin, men ingen säger att de kan intyga dess effekt. Några berättade istället om det obehag och den osäkerhet de kände inför att ta medicinen. Medicin förekommer ännu i ett av de sju fallen.

Beträffande orsaken till ätstörningen, använde två av de intervjuade kvinnorna som tidigare led av AN, ordet ”kontroll”. Huvudsakligen två kvinnor som tidigare led av BN, pratar om press och stress och så vidare kopplat till orsaken till sjukdomen. Några säger att de tror att ätstörningen är symtom på en mer ”djupliggande grundproblematik”, eftersom de inte känner sig psykiskt välmående trots att många av ätstörningssymtomen är utsläckta. Flera hamnar i beskrivningar av sin barndom då de söker denna djupare grund till ätstörningen. ”Ätstörda hem”, bantande familjemedlemmar, otrygg och trasslig barndom och mödrar som tröståt är några av faktorer som kommer fram i intervjuerna.

Angående kvinnornas inställningar till dagvårdsbehandlingen, kan man dra slutsatsen att flera kände sig osäkra på ifall de verkligen gjorde sig förtjänta av behandlingsplatsen. Beroende på om kvinnans sjuka eller friska sida tycks ha dominerat under dagvårdsbehandlingen, skiftade deras inställning. De som dominerades av sin sjukdom kände frustration och saknade tålamod. De deltog i behandlingen mest för någon annans skull, tex. familjens. De som dominerades av en frisk motiverad sida, hade mer inställningen att varva ner, tillåta sig själv, försöka komma

ur sitt sjuka beteende, försöka tycka om sig själv mer och kunna leva ett normalt liv. De deltog i större utsträckning i behandlingen för sin egen skull.

Dagvårdsbehandlingen får i det stora hela många berömmade omdömen. Även om behandlingen i sig inte var tillräckligt omfattande för någon av de sju intervjuade, är alla tacksamma för att de fick delta. Alltså har det varit givande på många sätt även om den totala effekten inte blev den som eftersträvats. Ett par områden som tas upp som positiva sammanfattas i *Figur 23*.

Figur 23. Positiva omdömen om dagvårdsbehandlingen.

- Maten; regelbundenheten, portionerna, proportionerna, sittiden, att slippa fatta egna beslut om mat.
- Gruppen; stärkande att se att man inte är ensam.
- Personalen; kunnig och begränsade utövande av tvångsbeteenden.
- Avslappningen.
- Undervisningen; betydelsefull och lärorik.
- ”Andrummet”; lättnad att få ta sin sjukdom på allvar, sluta ljuga för sig själv, slippa prestera.
- Fria tiden; bra att få träna på att ”bara vara”, inte få stressa.

Som motvikt finns en rad punkter som kvinnorna tyckte var mindre bra med dagvårdsbehandlingen. Punkterna i *Figur 24* är några av svaren som kvinnorna gav på frågan om vad de skulle ha förändrat med dagvårdsbehandlingen om det fått fria händer.

Figur 24. Negativa omdömen om dagvårdsbehandlingen.

- Maten; fick inte vara med och laga mat.
- Gruppen; svårigheter med att ha personer med BN och AN i samma behandlingsgrupp. Kvinnorna med BN tyckte att behandlingen utgick från behoven vid AN och vice versa. Vissa kvinnor kände sig felplacerade.
- Fria tiden; vissa kvinnor hade mycket svårt för att ”bara vara”. Fler tyckte att den fria tiden gjorde behandlingen enformig och meningslös och att den upplevdes som ett ”vuxendagis” eller ”lekskola”.

- Omfattningen; att vara ledig på kvällarna och helgerna gjorde att den sjuka sidan åter kunde få dominera när det inte var någon som kontrollerade dem. Att den totala behandlingstiden var åtta veckor, tyckte de flesta var en för kort tid för att uppnå bra resultat.
- Rörelsefriheten; de som använde den fria tiden till att gå ut och promenera tycker nu i efterhand att det inte var bra att de så enkelt kunde gå ifrån dagvårdsbehandlingen.
- Samtalen; några kvinnor tyckte att de skulle ha haft KP-samtal oftare än en gång i veckan. De stod och stampade på samma ställe och kom inte vidare i samtalen, tyckte någon.

Effekterna som uppnåddes under de åtta veckorna i dagvården var att de underviktiga ökade i vikt enligt rekommenderad viktuppgång. De som utsatt sig för självsvält kom igång med att äta och fick ett hum om portioner och proportioner. Kvinnorna som hade UNS och BN lärde sig att lyssna till och lita mer på sig själva och sina känslor.

Vidare behov av behandling fanns dock i flertalet av fallen när dagvården avslutades. Ingen av kvinnorna beskriver sig som välmående efter åtta veckors dagvård. Tre av kvinnorna uppnådde som tidigare nämnts önskad effekt av behandlingen först efter att de fått sluten vård på AC i Varberg.

Kvinnornas livssituationer idag är betydligt bättre än i samband med dagvårdsbehandlingen. Bara en av de sju är idag sjukskriven, men hon är på väg ut i arbetsträning. Två stycken studerar, två är föräldralediga och två arbetar. Två tycker att de är friska från sin ätstörning, två går fortfarande i behandling för sin ätstörning, en går i en psykoterapi som inte har speciell inriktning på ätstörningen. Övriga tre har idag ingen behandling eller samtalskontakt. Dessa tre uppger dock att de mår dåligt psykiskt.

Frågan om man blir frisk från en ätstörning ställdes till kvinnorna. Fyra sa att de tror att man får lära sig att leva med och kontrollera sin sjukdom och att man alltid måste vara vaksam. En svarade inte på frågan och två ansåg sig idag vara friska från ätstörningen.

Det var inte helt enkelt att prata om det här ämnet, tyckte många, även om de har redogjort för sina erfarenheter många gånger förut. Två av de intervjuade kvinnorna började gråta under vårt samtal. Det tycks ha varit en generell uppfattning att det är nyttigt att tänka tillbaka och prata om det. Ett par nämnde att de blev påmind om hur mycket som faktiskt är bättre idag, och att de annars brukar ha svårt att se på ätstörningen ur det perspektivet.

Slutsatser av skattningar

Som visas i *Figur 21*, kan man dra slutsatsen av skattningarna med SCL-90, att effekten av den åtta veckor långa dagvårdsbehandlingen var god i fyra av de sju fallen. Endast en kvinna uppvisar ett skattningsresultat vid utskattningen som var lägre än motsvarande värde vid inskattningen. I två av fallen, båda kvinnor med AN, saknas mätvärden från inskattningen. Därför kan inga slutsatser dras om deras eventuella förändring under dagvårdsperioden. I den aktuella skattningen från december 2006, uppvisar fem kvinnor ett lägre GSI-värde, dvs. ett friskare mående, än de gjorde vid utskattningen i slutet av behandlingen för knappt 3 år sedan. I ett av fallen saknas mätvärde från utskattningen, så någon slutsats om eventuell förändring sedan dagvården och fram tills idag kan inte dras i hennes fall. En kvinna, dock inte samma som försämrade sitt mående under pågående dagvårdsperiod, utan en annan, har ett marginellt högre GSI-värde, dvs. sämre psykiskt mående idag än vid utskattningen.

I *Figur 22* framgår att fyra kvinnor fick ett lägre värde på EDI-2, dvs. minskade ätstörningssymtom, under åtta veckors dagvårdsbehandling. Tre av kvinnorna saknar mätvärden från inskattningen, varför slutsats om eventuell förändring mellan in- och utskattning inte kan dras. Ätstörningssymtomen minskade alltså i takt med att behandlingen framskred i minst fyra fall av sju. Sedan utskattningen och fram till aktuell mätning i december 2006, visar två kvinnor, båda med dåvarande diagnosen AN, högre värden på ätstörningssymtom idag. Den tredje kvinnan med AN uppvisar ett marginellt lägre EDI-2-värde idag jämfört med utskattningen. En kvinna med UNS och en kvinna med BN visar på betydligt lägre värden för ätstörningssymtom idag än vid utskattningen. Två av kvinnorna saknar mätvärden från utskattningen, varför slutsats om eventuell förändring mellan utskattning och rådande situation inte kan dras.

INVÄNDNINGAR MOT RESULTATET

En befintlig felkälla i resultaten från kvinnornas skattningar är att det kan ha funnits någon/några med språksvårigheter, dyslexi, begåvningsvikt eller ovana vid det lästa ordet. De flesta tyckte att det var bra på olika sätt att prata om sin erfarenhet av dagvårdsbehandlingen under intervjun, något som naturligtvis också förklaras av att deltagandet grundades på frivillig basis. De som inte kan/vill prata om det, tackade naturligtvis nej till att ställa upp. Ett tänkbart scenario kan vara att de som inte vill ställa upp är de som fortfarande är sjuka och som därför kanske också har mest kritik att rikta mot

dagvården? Frånvaron av halva gruppens omdömen av behandlingen på AC, innebär att det kan finnas invändningar mot resultatet om man vill kunna uttala sig om hela behandlingsgruppen. De synpunkter som har kommit fram som bra och mindre bra med dagvårdsbehandlingen kan därför anses vara snedvridna om man önskar kunna generalisera till hela behandlingsgruppen. Detta är dock inte uppsatsens syfte. Resultaten och slutsatserna antas gälla för de sju kvinnor som deltog i studien. Reservationer mot dessa resultatet hålls dock också eftersom intervjuerna har analyserats enbart av mig. En intersubjektiv tolkning hade säkrat resultatet mot en del av dessa reservationer.

AVSLUTANDE DISKUSSION

De resultat som har presenterats och de slutsatser som jag kan dra, gäller för de sju av 14 tillfrågade kvinnor som valde att ställa upp på studien. Utifrån ett så magert underlag, kan man inte spekulera i hur det generella omdömet av dagvårdsbehandlingen ser ut. Då skulle det behöva ingå minst 30 personer i studien. Det skulle förvåna om det är så att just de mest missnöjda eller de mest nöjda har valt att ställa upp, men det går inte att utesluta att så skulle kunna vara fallet.

En slutsats som jag kan dra är att de intervjuade kvinnorna som varit drabbade av AN, är mycket drivna av att ha kontroll. Att ta kontroll över maten och kroppen verkar vara ett stort behov hos de personer med ätstörning när annat runt omkring upplevs som okontrollerbart. Det paradoxala är dock att ätstörningen medför allt annat än kontroll, eftersom det handlar om att personen med ätstörning blir beroende av sina tvångsmässiga ritualer och saknar förmåga att ha dessa under kontroll. När jag reflekterar över hur sjukdomar som AN och BN kan uppstå, verkar det för mig som att kvinnorna som drabbas saknar den självinsikt och den introceptiva uppmärksamhet som krävs för att kunna uppfatta kroppens signaler på trötthet, utmattning, hunger, törst osv., vilket gör att de kör på i ett rasande tempo och på något sätt njuter av sitt destruktiva självplågeri. En grundläggande självuppfattning om att vara mindre värd och oduglig, tänker jag kan ligga bakom detta driv. Även vid BN kan man anta att det brister i medvetenheten inåt. Den som är drabbad av BN känner inte vad problemet är eller vad man ska göra åt det. Därför blir den enda utvägen för att dämpa, lugna, glömma, skydda osv. Den låga självkänslan och upplevelsen av att vara värdelös, tror jag är anledningarna till att de här kvinnorna med ätstörningar har svårt att ta emot hjälp, de är bättre på att hjälpa andra än sig själva.

Trots den karaktäristiska låga självkänslan, verkar det som att flera av kvinnorna ser sig som duktiga, ordentliga och väluppfostrade. Beskrivningen ”perfektionistisk” kan antas inte ligga långt borta. Denna högpresterande yta till trots, verkar det som att press, stress, ansvar och prestation inte sällan är det som får bågaren att rinna över.

Det framgår av slutsatserna att kvinnornas behov av behandling och stöd för att ta sig ur en ätstörning har varit och är mycket stort och långdraget. De som är drabbade av ätstörningar verkar längta efter bekräftelse, omsorg och trygghet. För att tillgodose det här har ätstörningsbehandlingar ofta en heltäckande karaktär i del- eller heldygnsvård. Det är inte så konstigt att många kvinnor med ätstörningar tycker att behandlingssituationen är mycket behaglig och trygg. Ur ett anknytningsperspektiv kan man se det som att hon får tillfälle att ta igen den omsorg och möjlighet till anknytning som eventuellt varit bristfällig i hennes tidiga barndom. Kontakten och relationen mellan den drabbade och hennes behandlare, tänker jag därför är mycket viktig.

Det är uppenbart att många personer som har ätstörningar får behandling vid många olika tillfällen och i olika former. Det här är en mycket kostsam och resurskrävande del av den svenska vårdapparaten. Jag tänker att det finns en viss återfallsrisk i att inbjuda en person med ätstörning till tex. slutenvård. Det är en omfattande behandling som pågår i månader, med en behandlare som den som är drabbad av ätstörning kan antas gå in i en anknytningslik relation med. Det som aktualiseras vid behandlingens avslutning är inget annat än ännu en separationsfas, denna gång kan man se behandlaren som det primära objektet. Enligt psykoanalytiska teoribildningar skapar detta inget annat än ännu en olöslig konflikt hos den som är drabbad av ätstörning. Finns det kanske en anledning till att personer med AN och BN ofta och snabbt tyvärr tycks återfalla i destruktivt matbeteende efter avslutad behandling? Det borde vara mycket värt att inte lämna personer som varit i dagvård och slutenvård vind för våg efter avslutad intensiv behandling, men tanke på den höga återfallsrisken. Ett samtal vid åtminstone ett tillfälle per vecka med behandlare som för personen med ätstörning är känd sedan innan, skulle kunna vara ett sätt att mildra smärtan i separationen och erbjuda bättre återfallsprevention.

Som jag nämnde, kan man anta att avslutet i behandlingen upplevs som en upprepad separationsfas. Detta tema kommer oundvikligen att närvara under flera tillfällen under en kvinnas liv. Efter den ”riktiga” separations- och individuationsfasen tidigt i barndomen, följer

puberteten som ger ny kraft åt det här plågsamma och konfliktfyllda temat. Förmodligen kommer en ung kvinna med AN eller BN senare i livet ställas inför separationer som ställer ytterligare krav på självständighet och oberoende, som att flytta hemifrån, bli lämnad av en kärlekspartner, avsluta studier och arbeten eller förlora någon vän. Hon kommer eventuellt att få egna barn som själva kommer att genomgå separations- och individuationsfasen. Barnen kommer att flytta hemifrån. En dag kommer hon att få ta emot dödsbesked. Vad säger det här om chanserna att bli frisk från en ätstörning? De intervjuade kvinnorna tycks ha rätt i att "friskheten" ligger på ett ytligt plan, i handlingsberedskap, igenkänningsförmåga, alarmsystem och varningklockor som kan hjälpa personer som har haft ätstörning att visst leva ett utomordentligt lyckligt och friskt liv. Hit hän tänker jag att den kognitiva beteendeterapin fullt tillräcklig och effektiv som metod för behandling. Många kan nå hit med hjälp av att kognitivt strukturera upp sina tankar och känslor och lära sig att hantera dem genom medveten närvaro. Det är förmodligen det här man menar när man talar om att kunna "leva med sitt handikapp". Man kan dock tycka att världen inte handikappanpassar sig särskilt bra till personer vars "handikapp" är att de har lidit/lider av ätstörning. Massmedia av olika slag och samhällets ideal ställer till det för personer med ätstörningar, ungefär lika mycket som trappor ställer till det för rullstolsbundna och ljudsignaler ställer till det för döva.

Detta för diskussionen in på ämnet om massmedias och idealens påverkan på förekomsten av ätstörningar. I en ytlig granskning av ätstörningar och dess uppkomst, kan det samhälleliga kvinnliga kropps- och skönhetsidealet vara lätt att förlägga skulden hos. Enligt intervjuerna verkar det som att just de här kosmetiska syftena kan ge upphov till ett ätstört beteende, men de som har dragits med sina sjukdomar i många år, menar att dessa mer ytliga motiv ersätts av med djupliggande motiv som minner mer om beroende och tvång än om utseendefixering. Den teoretiska bakgrund som uppsatsen presenterar, tycks också peka på att dessa utseende- och skönhetsfaktorers påverkan inte är den huvudsakliga orsaken. Det verkar krävas en inre sårbarhet i den psykiska strukturen för att en individ ska drivas till den här graden av självplågeri som AN och BN innebär. Att dessa unga flickor och kvinnor samtidigt som de genomgår de kroppsliga förändringar som äger rum i tonåren och puberteten, går igenom en påfrestande separationsprocess på väg in i det vuxna självständiga livet, utgör i sig en oerhört skör grund att stå på. De unga kvinnorna i tonåren misstolkar utvecklingen av sina egna kroppar mot rundare och mer kvinnliga former, och de tror att de håller på att bli tjocka. De tror att det är dem som samhället vill straffa med så kallad "fettskatt" (Svensson, 2005). De tror att det är till dem som samhället, livsmedelsverket, folkhälsoinstitutet,

marknadsförningen, ViktVäktarna, gymkedjorna mfl. riktar sin ”skrämselpropaganda” om ”war of fat” (Svensson, 2005) och restriktiva rekommendationer. Men de uppmaningar kring folkhälsa och livsstil som florerar i vårt mediala samhälle, verkar mest nå fram till dem som allra minst behöver ta åt sig av budskapen och genomföra dessa livsstilsförändringar. Dessutom verkar det vara så oturligt att debatten överdrivs i varje led (Svensson, 2005). Den egentliga målgruppen för hälsoinformationen tycks samtidigt passera dessa larmrapporter, motionserbjudanden och nyckelhålmärkta livsmedel ovetande om de faror som de utsätter sig för, därav den ”fetmaepidemi” som man kan höra talas om. Viktigt är dock att notera att den så kallade ”fetmaepidemin” endast är en rådande sida av dagens ätproblematik. Allt mer tycks människors förhållande till kost och träning gå ut på att antingen tränar man och då gör man det mycket och äter överdrivet restriktivt, eller så tränar man det inte alls, i kombination med en kost som medför en hälsorisk. Förhållandet till kost och träning, utseende och kropp verkar för många tyvärr vara ett ”allt-eller-inget-tänkande”, eller ett dikotomt förhållande, som definieras som att ”tillvaron ses i termer av två ömsesidigt exkluderande kategorier utan någon ”gråskala” däremellan” (Freeman, Pretzer, Fleming och Simon, 1996, s. 6). Den gyllene medelvägen borde vara det som förespråkas, som motvikt till alla andra hysteriska budskap.

Vi lever dock på 2000-talet och en så allomfattande revolution av samhället och hela existensen som skulle krävas för att få till stånd mer sunda kropps- och skönhetsideal, finns det ingen möjlighet att genomföra, tänker jag. Vad man däremot kan göra är att arbeta med att sprida kunskapen om ätstörningssjukdomar. Vårdpersonal, skolpersonal, fritidsledare, tränare men självklart också familjemedlemmar och kamrater har en stor del i att upptäcka ätstörningar. Vidare spridd information gör att sjukdomarna kan upptäckas och behandlas tidigt, eftersom man behöver bryta sjukdomen i ett tidigt skede för att få en god prognos.

En förebyggande åtgärd som bör prioriteras är att i största möjliga mån avråda normalviktiga flickor och unga kvinnor från att banta (Jaktstrand, 2002). Ett budskap om att acceptera den individuella normalvikten behöver spridas, som motvikt till det anorektiska idealet a la Barbie. Flickor som har ätstörningar i familjen och duktiga högrepresterande flickor är särskilda riskgrupper som bör uppmärksammas. Vidare bör flickor som blir könsmogna i låg ålder, uppmärksammas lite extra, eftersom tidig kroppslig utveckling är en bidragande riskfaktor för att utveckla missnöje med kroppen som i värsta fall följs av bantning och ätstörning. En målgrupp som man kanske glömmer bort i det förebyggande arbetet, är föräldrarna. Faktum är

att flickor som drabbas av ätstörningar har överviktiga föräldrar i dubbelt så många fall som normala flickor. Välbekanta ”barnen gör inte som du säger utan som du gör” (Glant, 2000b), är en fras som tål att upprepas.

Mamma-dotter-relationen får stort utrymme i diskussionen om ätstörningar. Det är värt att understrykas att man inte kan lägga skulden till att en flicka drabbas av ätstörningar hos varken hennes mamma eller pappa. Alla handlingar och beslut som utlöser och upprätthåller ett anorektiskt eller bulimiskt beteende, är ett resultat av den drabbades egna fria val. Däremot är det inte sagt att mamman på omedveten väg inte kan ha medverkat i sin dotters bristande psykiska struktur och otrygghet. Det är inte tal om några dåliga föräldrar när man talar om orsaker till ätstörningar. Man kan snarare anta att det är frågan om ”good-enough-mothers” som vill reparera för en bristande relation till sin egen mamma. Separationssvårigheter mellan mamman och den sedermera ätstörningsdrabbade dottern, kan bero på att mamman gör allt för att inte följa mormoderns exempel, och gör helt enkelt tvärt emot mormodern. Att en mamma som själv inte känt sig älskad eller efterlängtd som barn, som inte blivit speglad eller bekräftad, som inte själv fått uppleva en gynnsam separation och individuation som litet barn, att hon håller fast vid symbiosen till sin egen dotter som hon så starkt kan identifiera sig med, för att den lilla inte ska behöva känna samma övergivenhet som hon själv, det är egentligen inte en så oförståelig tanke. Allt verkar i slutändan handla om rädslan för att blir övergiven och att inte vara älskad.

SAMMANFATTNING

Syftet med uppsatsen har varit att undersöka i vilken utsträckning en grupp kvinnor med diagnoserna AN, BN och UNS har haft hjälp av sin åtta veckor långa dagvårdsbehandling som de genomgick sommaren 2004. Studien, som genomförts med intervjuer i form av tematiseringar och skattningar med instrumenten SCL-90 och EDI-2, har syftat till att ta reda på vad kvinnorna tyckte var bra och mindre bra med dagvårdsbehandlingen, vilka eventuella förändringar av behandlingen de hade velat se och hur de mår idag jämfört med när de började och slutade i dagvårdsbehandlingen.

Kvinnorna berättade att de hade stor nytta av att gå i dagvården. Vissa hade större nytta av det och kunde lättare tillgodogöra sig den än andra. Kvinnorna skulle ha känt sig mer bekväma i behandlingssituationen om personer med samma diagnos behandlades tillsammans, istället för i en mixad grupp som var fallet i den här behandlingen. Informationen, maten, rutinerna,

personalen var positiva faktorer, men den fria tiden och de många möjligheterna att kunna gå ifrån behandlingen var till nackdel för behandlingen. Kvinnorna skulle hellre ha sett att dagen var längre så att de även åt sin kvällsmat på dagvården. Att ensam ansvara för eftermiddagen och kvällen med tillhörande måltid, var en för svår uppgift för de flesta. Likaså helgerna, då ingen kontrollerade deras beteende blev problematiska. Behandlingen kan sammanfattas som ett mycket bra försök och en mjukstart för kvinnornas vidare behandling. Många av dem har efter avslutad dagvårdsbehandling varit i andra mer heltäckande former av behandling. Två av de i studien deltagande kvinnorna behandlas ännu för sin ätstörning. Utveckling sedan dagvården slutade har gått mest framåt för de kvinnor som hade UNS och BN. De som fortfarande visar på höga ätstörningssymtom verkar vara kvinnorna som led av AN.

Psykoanalytiska teorier som försöker förklara ätstörningssjukdomarnas förekomst är inte heltäckande, utan flera orsaksfaktorer samverkar med varandra. I riskzonen för att drabbas av ätstörning finns en ung kvinna som fortfarande kan antas ingå i en slags symbios med sin mamma, då den tidiga separations- och individuationsfasen förblev olöst eller på något sätt komplicerad. Som tonåring genomgår kvinnan den andra stora separationen och individuationen från sin mamma och konflikten blåser upp på nytt. Den unga kvinnan har svårt att känna sig som en egen individ, hon har svårt att identifiera sitt "själv" och hon känner sig oduglig och icke älskvärd. Man känner igen henne på den perfekta ytan, på de felfria studieresultaten, på den tillagsinställda personligheten, på de höga prestationerna, på den anmärkningsvärka självkritiken och det ständiga missnöjet med sig själv. Med den här sårbara psykiska strukturen som grund och med samhällets och massmedias extrema skönhetspropaganda och slankhetsideal, blir lösningen på att reparera sin låga självkänsla och sitt usla självförtroende, att banta. Bantning är den i särklass vanligaste utlösande faktorn för en ätstörning. I yngre tonåren är AN vanligast och många av dessa sjukdomsfall övergår senare i BN eller UNS. Det krävs långvarig och heltäckande behandling för att bli frisk från en ätstörning. Psykofarmaka i kombination med kognitiv beteende terapi ger en bra behandlingsstart med bevisad effekt och möjlighet att släcka ut det destruktiva beteendet. Jag menar dock att psykodynamisk psykoterapi, som är mer djupgående, kan behövas om kvinnan ska få en mer allomfattande och bestående förståelse för sin sjukdom och vad den är ett uttryck för.

REFERENSER

- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S. & Jantschek, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive psychiatry*, 48, 118-123.
- Bergström, M. & Nilsson, K. (1987). Intervjuundersökning av opiatmissbrukande kvinnor - metod och metodproblem. *Nordisk psykologi*, 39, 127-141.
- Bowlby, J. (2003). *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Finland: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Falköping: Natur och Kultur.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.
- Carnemalm, A. (2002) Mulliga modeller räcker inte. *Sydsvenskan*, 20021121.
- Cesarez, Z., Fridell, M., Johansson, M. & Thorsten Malling, S. (2002). *Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90*. Västermik: Ekblad & Co.
- Chodorow, N. (1995). *Femininum-maskulinum: modersfunktioner och könssociologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- d'Elia, G. (2003). *Kognitiv psykoterapi - ett samarbetsprojekt med patienten*. Svenska föreningen för psykisk hälsa: Nordstedts.
- Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. (2002). *Psykologilexikon*. Smedjebacken: Natur och Kultur.
- Eriksson, C. (2005). *Normalochfin*. Finland: Natur och Kultur.
- Eriksson, T. (2003). Anorexi drabbar allt fler yngre. *Sydsvenskan*, 20030301.
- Fairburn, C. (2003). *Att övervinna hetsätning*. Riga: Cura Bokförlag och Utbildning.
- Farchaus Stein, K. & Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: Content and Organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European eating disorders review*, 15, 58-69.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, Karen M. (1996). *Kognitiv psykoterapi i klinisk tillämpning*. Kristianstad: Pilgrim Press.
- Forbush, K., Heatherton, F T. & Keel, K P. (2007). Relationship between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International journal of eating disorders*, 40, 37-41.

- Garner, M D. (1994). *Eating disorder inventory-2*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Glant, H. (2000a.). *Sluta hetsäta*. Borås: Natur och Kultur.
- Glant, H. (2000b). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar*. Finland: Natur och Kultur.
- Grebo, U. & Thormählen, B. (2005). *Psykoterapi*. Stockholm: Psykoterapistiftelsen.
- Hessle, S. (1977). Att forska med utsatta. En etisk diskussion utifrån intervjuer med intervjuare. *Forskningsrapport nr 32*. Stockholms Socialförvaltning.
- Holmgren, P. & Persson, H. (2002). *Ätsörningsproblem, anknytning och självbild. En enkätundersökning av en grupp gymnasieelever*. Psykologexamensuppsats Vol IV (2002):33. Institutionen för psykologi. Lunds Universitet.
- Igra, L. (2002). *Objektrelationer och psykoterapi*. Falköping: Natur och Kultur.
- Jaktstrand, M. (2002). Nu ska Hanna inte kräkas mer. *Sydsvenskan*, 020715.
- Johansson, T. (2006). *Makeovermani*. Finland, Natur och Kultur.
- Johnsson, P. (1990). *Anorexia nervosa och bulimia nervosa: självbild, försvar och differentiering*. Lunds Universitet.
- Klein, M. (2000). *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Borås: Natur och Kultur.
- Kohut, H. (1986). *Att bygga upp självet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Krenzisky, S. & Persson, V. (2001). *Ätsörningar – fem kvinnors upplevelser av sin ätstörning och behandling*. Uppsats SOL 064. Socialhögskolan. Lunds Universitet.
- Leion, P. (2002). *Att svälta sig själv eller kräkas då och då, kan det vara så farligt? En kvalitativ studie kring anorexia nervosa och bulimia nervosa ur ett individualperspektiv*. Psykologexamensuppsats Vol IV (2002):47. Institutionen för psykologi. Lunds Universitet.
- May, R. (2001). *Kärlek och vilja*. Falun: Natur och Kultur.
- McDougall, J. (2001). *Kroppens teatrar*. Borås: Natur och Kultur.
- McWilliams, N. (2003). *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Finland: Wahlström & Widstrand.
- Ottosson, J-O. (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Rydén, O. & Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi. Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Falköping: Bonniers.
- Svantesson, E. (2006) Ny klinik ska ge bättre relation till mat. *Sydsvenskan*, 20060116.
- Skårderud, F. (2002). *Oro. En resa i det moderna självet*. Finland: Natur och Kultur.
- Stahre, L. (2002). *Kognitiv behandling vid övervikt och hetsätning*. Lund: Studentlitteratur.
- Strömbom, H. (2007). Fler unga med anorexi söker hjälp. *Sydsvenskan*, 20070311.

- Svensson, M. (2005). *Peta inte i maten*. Stockholm: Timbro.
- Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- van der Ster, G. (2005). *Mattillåtet*. Uddevalla: Forum.
- van der Ster Wallin, G. & Lindskog, E. A-C. (2003). *Ät allt! Hellre nästan rätt än exakt fel*. Danmark: Alfabeta Bokförag.
- Wallin, U. (2000). *Anorexia nervosa in adolescence – course, treatment and family function*. Lund: Department of Child and Youth Psychiatry, Lund University.
- Wise, J. & Wise Kierr S. (1979). *The overeaters. Eating styles and personality*. New York: Human Science Press.
- Winnicott, D. W. (1998). *Barnet, familjen och omvärlden*. Borås: Natur och Kultur.

BILAGOR

Bilaga 1: Intervjuguide.

Före dagvårdsbehandlingen:

- Hur påverkades du av din ätstörning före dagvårdsbehandlingen?
I allmänhet?
Fysiskt?
Psykiskt?
- Vilken ätstörning behandlades du för i dagvårdsbehandlingen?
- Vid vilken ålder började din ätstörning?
- Vad tror du är orsaken till att du drabbades av ätstörning?
- Hade du varit i behandling/medicinerat för din ätstörning före dagvårdsbehandlingen?
När?
Hur?
Var?

Dagvårdsbehandlingen:

- Hur upplevde du behandlingen dagvårdsbehandlingen?
Positivt?
Negativt?
- Är det något du skulle vilja ändra på?
- Vad tog du för mediciner?
- Hur upplevde du din kontakt med behandlarna på dagvårdsbehandlingen?
- Vilka mål var viktiga för dig att uppnå under dagvårdsbehandlingen?
Uppfylldes målen?
- Upplever du att behandlingen har hjälpt dig?
Ja: Hur? När upplever du att du blev hjälpt?
Nej: Hur? Har något annat hjälpt dig?

Efter dagvårdsbehandlingen:

- Har du varit i behandling/medicinerat för din ätstörning efter dagvårdsbehandlingen?
När?
Hur?
Var?
- Hur mår du idag?
- (Hur bedömer du dina chanser att bli fri från din ätstörning? Vill du bli fri från den?)
- Hur påverkas du av din ätstörning idag?
I allmänhet?
Fysiskt?
Psykiskt?
- Vilken relation har du idag till:
Maten?
Kroppen?
Motionen?
- Vad har du haft för sysselsättning efter dagvårdsbehandlingen?

Generellt om ätstörningar:

- Vilka kriterier tycker du att man ska uppfylla för att kunna anses vara frisk från en ätstörning?
- På vilket sätt tror du att man kan förebygga ätstörningar?

Bilaga 2. Medgivande.

Medgivande.

Härmed godkänner jag att Capiro Anorexi Center tillåter Maria Hansson ta del av mina resultat på självskattningstesterna SCL-90 och EDI-2. Testerna gjorde jag den 12 maj 2004 i inledningen av min dagvårdsbehandling på Capiro Anorexi Center i Malmö. Maria Hanssons syfte med att ta del av mätningarna, är att hon vill skriva sin psykologexamensuppsats om effekterna och upplevelserna av behandlingen. Detta arbete sker vid Institutionen för Psykologi vid Lunds Universitet under handledning av fil dr, leg psykolog Marie Bergström. Informationen om mina testresultat kommer att behandlas konfidentiellt och kommer under inga omständigheter att föras vidare eller på något sätt missbrukas.

Jag som har gått i behandling för ätstörning:

Ort och datum:.....

Namn:.....

Personnummer:.....

Namnsteckning:.....

Student:

Ort och datum:.....

Namn: Maria Hansson

Namnsteckning:.....

Handledare:

Ort och datum:.....

Namn: Marie Bergström, fil dr, leg. psykolog

Namnsteckning:.....
