

Lunds universitet
Campus Helsingborg
Socialhögskolan
Socialt arbete med drogmissbrukare
Vårterminen 2006 – SOL 065

ÄTA BÖR MAN ANNARS DÖR MAN
EN KVALITATIV STUDIE OM ORSAK,
BEHANDLINGSFORMER OCH BEHANDLINGRESULTAT FÖR
ANOREXIA NERVOSA

Författare: Sandra Bengtsson
Emma Lindström

Handledare: Joakim Thelander

Abstract

Anorexia nervosa is a psychosomatic eating disorder that involves self starvation and fear of gaining weight. Our purpose was to study the methods of treatment available and the function of them. Another part of the purpose was to find out what kind of goals the treatment has and if an anorectic person can be cured. To understand the methods of treatment we also wanted to find out what the causes to the development of the disease can be.

The questions were:

- 1 What are the causes to the development of anorexia nervosa?
- 2 What kinds of methods are used in the treatment facilitates and how do they work?
- 3 What goals are pursued in the treatment?
- 4 Can an anorectic person be cured?

The method that we chose was to interview ten professionals who worked in treatment facilities. In analysing the interviews we used theories from the literature on anorexia nervosa. We came to the conclusion that anorexia nervosa is a multiple cause disease. The treatment is individually adapted based on the anorectic person's needs. The anorectic person can be cured but it is a long process that involves a lot of hard work.

Innehållsförteckning

ABSTRACT	2
FÖRORD.....	4
1 INLEDNING	5
1.1 PROBLEMFÖRMULERING.....	5
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	6
1.3 CENTRALA BEGREPP	6
2 METOD OCH URVAL	7
2.1 METOD.....	7
2.2 URVAL	8
2.3 RESULTATENS TILLFÖRLITLIGHET	8
2.4 ANALYS OCH TRANSKRIBERING AV INTERVJUER	9
2.5 KÄLLKRITIK	10
2.6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	11
2.7 FORTSATT FRAMSTÄLLNING	11
3 TIDIGARE FORSKNING	12
3.1 ORSAKER TILL ANOREXIA NERVOSA.....	12
3.1.1 Inre orsaker.....	12
3.1.2 Yttre orsaker.....	13
3.2 BEHANDLING.....	15
3.2.1 Fysiologisk behandling av anorexia nervosa.....	15
3.2.2 Matträning.....	16
3.2.3 Kognitiv terapi.....	17
3.2.4 Gruppterapi.....	17
3.2.5 Familjeterapi.....	18
3.2.6 Psykoanalytisk psykoterapi	18
3.2.7 Kroppsterapi.....	19
3.2.8 Bildterapi.....	19
3.3 PROGNOSE FÖR ANOREXIA NERVOSA.....	20
3.3.1 Blir anorektiker bättre?.....	20

4 TEORIER.....	21
4.1 SYSTEMTEORI.....	21
4.2 KOMMUNIKATIONSTEORI	22
4.3 PSYKODYNAMISK TEORI.....	22
4.4 KOGNITIV TEORI.....	23
5 ANALYS AV INTERVJUERNA.....	24
5.1 ORSAKER TILL ANOREXIA NERVOSA.....	24
5.1.1 Inre orsaker.....	24
5.1.2 Yttre orsaker.....	26
5.1.3 Val av behandling.....	29
5.2 BEHANDLINGSMODELLERNAS TEORI OCH PRAKTIK	30
5.2.1 Behandlingsmetoder och tillvägagångssätt	30
5.2.2 Mål för behandlingen.....	36
5.3 UPPFÖLJNING OCH RESULTAT FÖR BEHANDLINGEN	37
5.3.1 Uppföljning av patienterna	37
5.3.2 Resultat för behandlingen	38
5.4 KAN MÄNNISKOR MED ANOREXIA NERVOSA BLI FRISKA?.....	39
6 SLUTDISKUSSION.....	41
6.1 SAMMANFATTNING	41
6.2 SLUTORD.....	43
KÄLLFÖRTECKNING	46
BILAGA	48
INTERVJUFRÅGOR.....	48

Förord

Vi vill börja med att tacka de informanter som ställt upp och bidragit med sina kunskaper och erfarenheter. Att de tagit sig tid för oss och velat medverka har gjort det möjligt för oss att fullfölja denna uppsats.

Vi vill även rikta ett tack till vår handledare Joakim Thelander som har hjälpt oss i förfarandet med uppsatsarbetet. Slutligen vill vi tacka våra familjer och vänner som ställt upp och stöttat oss med diverse saker under uppsatstiden.

Ängelholm 2006

Sandra Bengtsson och Emma Lindström

1 Inledning

1.1 Problemformulering

Vi har valt att undersöka och skriva om anorexia nervosa, som får ganska stor uppmärksamhet i dagens samhälle. Camilla Porsman (2005: 17) skriver att anorexia nervosa är den minst förekommande formen av ätstörningar, men den är ändå antagligen den mest kända av dem. Uppskattningsvis finns det cirka 5 000-10 000 personer med anorexia nervosa i Sverige. Arkhem (2005: 113) menar att det är svårt att få fram exakta siffror för hur utbredd anorexi är och att det finns ett stort mörkertal på grund av att många inte söker hjälp för sin sjukdom.

Glant (1998: 41) menar att vårt sätt att äta kan påverkas av många olika faktorer, till exempel utbudet av matvaror i livsmedelsaffärer. Människor idag är betydligt mer medvetna om vad som är hälsosamt för oss att äta och vad som inte är det. Vi blir också mer fixerade vid våra kroppar, vi kan betala höga priser för att förändra eller förbättra vår kropp. I de länder där det är svårt drabbas färre av anorexia nervosa, det tycks vara mer av en välfärdssjukdom.

Vi har valt ämnet för att vi tycker att det är ett intressant fenomen. Vår förförståelse är att anorektikern tror att hon har kontroll över sin kropp när hon svälter sig men i själva verket är det sjukdomen som har kontrollen över henne. Vi tycker även att det är intressant att titta på vad det är som driver människor in i detta sjukliga beteende och hur arbetet ser ut för att komma ur mönstret. Därför vill vi studera de behandlingsmodeller som finns tillgängliga. Vi frågar oss också om anorektikern genom behandlingsmetoderna någonsin kan återgå till ett normalt ätande och kan bli helt fri från de negativa tankarna.

Vi har valt att avgränsa oss till att belysa olika behandlingsmodeller, deras effekter och om människor kan bli frisk från sjukdomen. För att få förståelse för behandlingsmodellerna kommer vi även att titta på anledningar till varför anorexia nervosa utvecklas.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vår undersökning är att ta reda på vad det finns för behandlingsmodeller vid anorexia nervosa, dess funktion och mål, hur resultaten ser ut och om anorektikern kan bli frisk. Vi kommer även att titta på orsaksfaktorerna för att få förståelse för behandlingen.

Våra frågeställningar är:

- Vad är orsakerna till att anorexia nervosa utvecklas?
- Vilka modeller används på olika behandlingsinstanser och hur fungerar de?
- Vilka mål eftersträvas och hur ser resultaten ut för behandlingen?
- Kan en anorektiker någonsin bli frisk?

1.3 Centrala begrepp

Här definierar vi ett antal centrala begrepp i undersökningen:

Anorexia nervosa är den medicinska förteckningen på självsvalt vilket står för nervös aptitlöshet. En individ med anorexia nervosa är rädd för att äta och gå upp i vikt (Glant 1998: 160).

En anorektikers ätbeteende kan visa sig genom att personen ofta har egendomliga matvanor till exempel flyttar runt maten på tallriken och skär allt i mycket små bitar, hon är även mycket intresserad av fettinnehållet i olika matvaror (Arkhem 2005: 127). En anorektiker har ofta mattankar som är en form av tvångstankar om mat vilket är en central del i sjukdomen.

BMI (Body Mass Index) är ett annat centralt begrepp i undersökningen vilket är ett mätinstrument. BMI räknas ut genom att jämföra längden med kroppsvikten, på vis beräknas om en person är över- eller underviktig. Mätinstrumentet har olika kriterier för till exempel normalvikt som är BMI 20 (Nationalencyklopedin 2000).

Självkänsla är hur vi uppfattar oss själva och hur vi värderar oss själva som baseras på vad vi tror är andras uppfattningar (Eysenck 2000: 346).

Behandling innebär att en människa får vård för en sjukdom som personen lider av (Nationalencyklopedin 2000).

Ett annat begrepp som vi kommer att diskutera är frisk och vilken betydelse som läggs i ordet. Porsman (2005: 320) definierar begreppet som att frisk betyder att anorektikern blir fri från sina viktfofiska tankar, utseendefixering och sina matvanor.

2 Metod och urval

2.1 Metod

Vi har valt att använda oss av den kvalitativa metoden. Starrin och Renck (1996: 52ff) skriver att i den kvalitativa metoden ligger fokus på att studera speciella fenomen, kännetecken och betydelser. Metoden skiljer sig från den kvantitativa metoden där det tittas på omfattningen av vissa företeelser och dras generella slutsatser. I den kvalitativa intervjun ses varje intervjutillfälle som ensam i sitt slag där avsikten är att få information om attityder och uppfattningar. Nackdelar med den kvalitativa metoden kan vara att intervjun är svår att återge och återskapa av andra eftersom att relationen mellan intervjuaren och den intervjuade kan påverka utfallet i undersökningen. Relationen spelar på så vis en viktig roll i utgången av de svar som intervjuaren får av informanten (Starrin & Renck 1996: 52ff).

Vi vill undersöka vad det finns för behandlingsmodeller, hur de fungerar, vilka mål som eftersträvas och resultaten av behandlingen. Vi vill även undersöka om de personer vi har intervjuat anser att människor med anorexia nervosa kan bli friska. Vi vill alltså ta del av behandlingsformer och informanternas personliga tankar, erfarenheter och kunskaper kring detta. Därför anser vi att den kvalitativa metoden fungerar bäst i undersökningen (Denscombe 2000: 162). Vårt mål var att samla information med hjälp av cirka 12 intervjuer varav 10 personer kunde ställa upp. Svårigheterna med att få tillräckligt med informanter berodde främst på tidsbrist från deras sida. Vi har spelat in nio intervjuer med hjälp av bandspelare och en avböjde inspelning, i det fallet antecknade vi istället. Bandinspelningar använde vi oss av för att få svaren så korrekta som möjligt när vi skrev ut intervjuerna för analys, vilket medför att det blev lättare för oss att vara koncentrerade på att lyssna och engagera oss i samtalet (Repstad 1999: 70). Vi har sökt litteratur inom området för att kunna jämföra teori med praktik. Metoden valdes för att få en mer ingående förståelse för orsaksfaktorerna och för hur behandlingsarbetet fungerar i verksamheterna. Intervjuerna har varit semistrukturerade, vi har använt oss av ett intervjuformulär med ämnen och frågor som vi har velat få besvarade (Denscombe 2000: 135).

Vi har båda närvarat vid alla intervjuerna. En av oss har ställt frågorna och den andra har suttit med och lyssnat. Detta har medfört att vi har kunnat diskutera intervjun och tolka svaren tillsammans vid analysen (Repstad 1999: 84). Intervjutiderna har varit mellan 45 minuter till

en timme, tiden har varierat beroende på hur informanterna har utvecklat sina svar. Vi har i stort sett ställt samma frågor till alla informanterna, det har dock varierat lite. Ibland har vi fått utveckla frågorna när informanterna inte riktigt förstått innebörden av dem eller ställt följdfrågor för att få mer utvecklade svar. Några frågor har uteslutits när tiden har varit knapp, men vi anser att det inte har påverkat resultatet eftersom att dessa frågor inte varit centrala i vår undersökning.

2.2 Urval

Vi har valt att begränsa oss till att intervjua personal på behandlingsinstanser i södra Sverige, för att underlätta möjligheten att ta oss till platserna. Vi har intervjuat flera personer på en del instanser och en på andra, det har berott på hur många som har haft tid att ställa upp. Det har varit fem personer inom öppenvården och fem personer inom slutenvården, för att få en mer fullständig bild av arbetet med personer som lider av anorexia nervosa (Denscombe 2000: 142). Informanterna bestod av nio kvinnor och en man. De har haft olika utbildningar och yrken inom behandlingsinstanserna så som sjukskötare, socionomer, skötare och sjukgymnaster. Alla informanterna har haft någon form av vidareutbildning till exempel inom psykoterapi. Vi tog telefonkontakt med personerna och frågade om de ville delta i vår undersökning, sedan åkte vi till behandlingsinstanserna och utförde intervjuerna.

2.3 Resultatens tillförlitlighet

Validitet och reliabilitet används för att kunna se hur datainsamlingen har fungerat. Begreppen kommer ursprungligen från kvantitativa undersökningsmetoder men används även i kvalitativa undersökningar (www.infovoice.se).

Validiteten handlar om i vilken mån undersökningen mäter det den är avsedd att mäta. Det görs en bedömning om undersökningen är fullständig vid jämförelse med syfte och frågeställningar. Det är viktigt att titta på om det insamlade materialet och analysen stämmer överens med syftet (Svensson 1996: 213).

Syftet med undersökningen var att ta reda på vilka behandlingsmodeller som finns, hur de fungerar, deras mål, resultat och om personer med anorexia nervosa kan bli friska. Vi ville även titta på bidragande orsaker för att få en förståelse för behandlingen. Vi upplever att validiteten är hög eftersom vårt syfte och frågeställningar har blivit undersökta i studien. Vi

anser att materialet vi samlat in från informanterna och från litteraturen ger svar på syftet i undersökningen.

Reliabilitet innebär att författaren till undersökningen tittar på om den är tillförlitlig eller pålitlig (www.infovoice.se). När denne tittar på undersökningens tillförlitlighet kan frågan ställas – om någon annan skulle göra samma undersökning, skulle de komma fram till samma resultat? Det är viktigt att titta på om författaren själv kan ha påverkat svaren på något sätt eller om denne varit neutral (Denscombe 2000: 250). Svaren från informanterna kan vara olika beroende på hur personens sinnesstämning är, det kan göra att personen är mer eller mindre utförlig i sina svar. Därför är det viktigt att se intervjun i sitt sammanhang och det kan bli olika svar trots användning av identiska frågor vid två olika intervjutillfällen (Svensson 1996: 210).

Vi har ställt följdfrågor för att få mer utförliga svar till exempel vid frågorna om orsaker och om människor kan bli friska från anorexia nervosa. Vi tror inte att svaren hade blivit lika utförliga om vi bara hade ställt frågorna från intervjuformuläret, därför är vi medvetna om att det kan ha påverkat det analyserade materialet. Däremot tror vi att det hade blivit liknande resultat om någon annan hade gjort undersökningen på grund av att behandlingsmetoderna tar lång tid att befastas och förändras inte drastiskt på kort tid (Denscombe 2000: 250). Vi är dock medvetna om att informanterna kanske kan svara mer eller mindre utförligt vid andra intervjutillfällen.

2.4 Analys och transkribering av intervjuer

I analysen började vi med att bryta ner materialet och dela upp det i olika kategorier. Kategorierna blev inre och yttre orsaker, former av behandling som vi delade upp efter de olika metoderna, mål och resultat av behandlingen. Vi hade även frågeställningen om huruvida en person med anorexia nervosa kan bli frisk. Vi tittade på vad informanterna svarat och försökte se likheter och skillnader. Vi diskuterade, reflekterade och tolkade informationen vi från intervjuerna och gjorde en sammanställning av svaren. Vi lyfte fram en del citat i sammanställningen som vi ansåg vara viktiga att belysa. Den litteratur vi läst in oss på har vi använt för att jämföra med informanternas svar och sätta in dessa i ett vidare sammanhang (Denscombe 2000: 247ff).

Som vi tidigare nämnt spelades alla intervjuer utom en in på bandspelare. Intervjun där bandspelare inte användes förde vi anteckningar och har därför inte citerat den. Vi har lyssnat på de bandinspelade intervjuerna och skrivit ut dem var för sig. En del intervjuer skrevs ut i sin helhet och i andra intervjuer utelämnades beskrivningar som inte hör till ämnet. Vid användningen av citat har vi i vissa fall gjort små redigeringar vid utfyllnadsord, men har inte ändrat personernas sätt att uttrycka sig på och inte heller ändrat betydelsen i deras svar.

Vi anser att svaren från informanterna till största del är tillförlitliga, men vi är medvetna om att det kan finnas en viss möjlighet att de förskönat informationen de har gett oss. Detta tror vi främst kan vara vid svaren om hur resultaten ser ut då de kanske gärna vill ge en positiv bild av den egna instansen. Vi är också medvetna om att informanternas svar kan vara färgade av de synsätt som dominerar på instansen, men det är inget vi har lagt märke till.

2.5 Källkritik

Den litteratur vi använt oss av har bestått av böcker, tidskrifter och Internetsidor. Böckerna har vi lånat på biblioteket i Helsingborg och Ängelholm och vi har haft några egna böcker. Årtalen på de böcker som vi har valt är skrivna mellan 1994 och 2005, men flertalet av böckerna har legat runt 2000 och senare. Vi har varit medvetna om att de äldre böckerna kan ha information som kan vara förlegad och har därför försökt att använda oss mer av den nyare litteraturen. De flesta av författarna har endast skrivit om kvinnor och vi är medvetna om att det även finns män som lider av anorexia nervosa. Men eftersom vi inte har inriktat oss på könsskillnader anser vi att det inte gjort någon skillnad för undersökningens syfte. Vi är medvetna om att författarna till böckerna kan vara färgade av sitt synsätt, vilket vi haft i åtanke vid användandet av litteraturen. Det finns en överensstämmelse i litteraturen vilket ökar tillförlitligheten. Vi har använt oss av två tidskriftsartiklar som kommer från *Läkartidningen*, vilket vi anser vara en seriös tidning.

Vi har inte använt oss av så många Internetsidor eftersom det kan vara en osäker källa i vissa fall. Det har främst varit kända organisationers hemsidor för vi anser att de är tillförlitliga. Vi har jämfört informationen från hemsidorna med övrig litteratur och de har inte skilt sig åt nämnvärt, därför anser vi att dessa sidor är trovärdiga.

2.6 Etiska överväganden

Vi valde att intervjua personal på behandlingsinstanser för att vi anser att det kan vara känsligt för någon som lider av sjukdomen att få ingående frågor om dennes tillstånd. Det kanske kommer upp obearbetade känslor, till exempel ångest hos anorektikerna och på så vis det kan göra mer skada än nytta att ställa frågor om sjukdomen. Vi menar också att det hade varit svårare att få tillräckligt många informanter om vi hade inriktat oss på att undersöka fenomenet ur anorektikernas synvinkel.

Vi valde att anonymisera både instanserna vi varit på och de personer som intervjuats. Vi anser att det inte är av betydelse för läsaren att veta var vi har varit. Vi tror att det kunde bli lättare för informanterna att dela med sig av sina tankar om de fick vara anonyma. Våra informanter fick information om vad intervjuerna skulle användas till, vad vårt syfte med undersökningen var och att deras identiteter inte kommer att avslöjas i uppsatsen. Vi har inte heller inte tagit med deras namn eller vad instanserna heter på bandinspelningarna eller i utskrivningarna av intervjuerna. Allt medverkande från informanternas sida har skett på frivillig basis och de har haft friheten att välja om de velat bli inspelade eller inte (Repstad 1999: 68).

2.7 Fortsatt framställning

Vi börjar med att redogöra för tidigare forskning och teori för att sedan gå in på analysen av intervjuerna. Vi har delat in den tidigare forskningen i orsaker till anorexia nervosa som innehåller en beskrivning om inre och yttre orsaker som kan bidra till sjukdomen. Vi tar upp former av behandling där vi kort beskriver de olika metoder som används. Vi tar även upp prognosen för anorexia nervosa. Därefter kommer vi in på teorier som kopplas till behandlingarna och gör en kort beskrivning av de olika synsätten som används. Efter teorierna går vi vidare in på analysen som delats in på följande sätt: *Orsaker till anorexia nervosa, Behandlingsmodellernas teori och praktik, Uppföljning och resultat av behandling och Kan personer med anorexia nervosa bli friska?* Slutligen redogörs vår *Slutdiskussion* som består av en *sammanfattning* och ett *slutord* som är baserade på undersökningen. När vi skriver om patienterna används benämningen *hon*, eftersom det främst är kvinnor som utvecklar anorexia nervosa.

3 Tidigare forskning

3.1 Orsaker till anorexia nervosa

Vi har tittat på vad det finns för idéer om orsaksfaktorerna och vi har delat in dem i inre och yttre orsaker. De inre orsakerna är relaterade till vårt psyke och genetik, och de yttre orsakerna kommer från den sociala omgivningen.

3.1.1 Inre orsaker

Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 61) skriver att bantningen kan börja i samband med att personer mår psykiskt dåligt eller befinner sig i en kris. Efter ett tag tappar de kontrollen över sin viktnedgång och får ångest när de har ätit. Ofta kombinerar de avståndstagandet från mat med onormalt mycket fysisk aktivitet, de kan även använda sig av laxermedel. Till slut blir det personens sätt att leva, hon inser inte vad hon håller på med och gör allt för att lura andra som försöker få henne att äta. Hon bjuder gärna andra människor på mat utan att själv äta och skulle hon bli bjuden så smusslar hon undan maten (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 61).

Arkhem (2005: 105) skriver att studier visar att anorexia nervosa är mer eller mindre genetiskt, personen kan ha en medfödd gen, eller ett antal gener som kan vara en bidragande faktor till att vissa får anorexia nervosa. I vår hjärna sitter hypotalamus, varifrån våra känslor av hunger och mättnad styrs med hjälp av nervsignaler. Om signalsystemet inte fungerar som det ska har vi svårt att äta lagom mycket. Försök med möss visar att fel i hypotalamus kan vara ärftliga och om det gäller samma för människor så kan vi kanske ärva anlagen. Enligt Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 53f) har det framkommit att om ett syskon eller om mamman har anorexia nervosa så löper syskon eller barn större risk att utveckla sjukdomen än om ingen i familjen har det. Det är viktigt att se till att syskonen oftast växer upp i samma miljö och att det också kan påverka om de utvecklar anorexia nervosa eller inte. Alltså kan utvecklingen av anorexia nervosa eventuellt handla om den sociala uppväxten istället för det genetiska, vilket i så fall snarare är en yttre orsak.

Under de senaste tio åren har intresset för biologiska förklaringar till självsvalt ökat. Resultat från tvillingstudier talar för att ärftliga faktorer kan ha betydelse, vad som ärvs är dock fortfarande okänt. Det kan vara en sårbarhet för social påverkan, i form av personlighetsdrag

som perfektionism och tvångsmässigt beteende. Hällström (1999) skriver att Morley 1986 formulerade en teoretisk modell för anorexia nervosa som gick ut på att dessa patienter har en ökad frisättning av serotonin som är en signalsubstans och produceras i hypotalamus.

Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 60f) menar att vid anorexia nervosa förekommer ofta depressioner. Det är en comorbiditet vilket innebär att personen har två psykiska sjukdomar samtidigt. En del människor har innan anorexia nervosa utvecklats haft återkommande depressioner men det är inte så vanligt. Desto vanligare är det att depressionen kommer som en följd av anorexia nervosa.

3.1.2 Yttre orsaker

Flickorna med anorexia nervosa är ofta mycket hänsynsfulla och har svårt att hävda sig. Problemen börjar i tonåren och i samband med att personen känner sig tjock och börjar banta (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 62). Även Glant (2000: 13f) menar att bantning är en utlösande faktor men att problemet är att det inte går att förutsäga vilka flickor som blir sjuka, eftersom att inte alla blir det.

Glant (1998: 42f) skriver att en bidragande faktor till att människor drabbas av anorexia nervosa kan vara de värderingar och vanor som finns i familjen där de växer upp. Inställningen till mat och mathållningen kan variera, till exempel vad de har råd att köpa för mat och hur arbetstiderna är förlagda. Det är inte bara förhållandet till mat och hur vi äter som har betydelse för hur vi utvecklas, det gäller även synen på den egna kroppen och den betydelse vi lägger vid utseendet. I den familj där mamman granskar sig själv och ständigt klagar över hur "tjock" hon är, riskerar de andra att bli påverkade av henne. Enligt Glant (2000: 15) kan det dock vara problematiskt att finna mönster i hemförhållanden. Vissa som insjuknar kommer från komplicerade hemförhållanden och somliga kommer från så kallade stabila hem. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 63) menar att det finns teorier om att orsaken finns i familjemönstret. Föräldrarna anses vara överbeskyddande utan att visa något större känslomässigt engagemang. Barnet får lära sig att vara duktigt och ordentligt inte för sin egen skull utan för att göra föräldrarna till lags. Tonåringen som utvecklar anorexia nervosa är sällan i familjens centrum, hon väcker sällan uppmärksamhet och är noga med att undvika kritik från andra.

Enligt Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 45) kan utvecklingen av anorexia nervosa påverkas av familjens ambitionsnivå genom att i vissa familjer sätts det hög press på ungdomarna. Enligt författarna kan utvecklandet av anorexia nervosa kanske bero på att de till slut inte orkar hålla ambitionsnivån uppe och svälten kanske blir en flykt från den jobbiga situationen. Författarna (Råstam Bergström, Gillberg & Gillberg 1995: 46) menar att människor med anorexia nervosa ofta är mycket känsliga för andras åsikter om dem. De oroar sig över vad andra tycker om dem och deras utseende.

En annan teori är att anorexia nervosa ses som en störning i identitetsutvecklingen. Vår tids skönhetsideal bär en del av skulden (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 63). Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 43) menar att idealbilderna som media framställer kan vara svåra för unga kvinnor att leva upp till och kan på så sätt påverka dem negativt. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 65) skriver att smalmat, kolesterolfri lättlunch och minimjölk och så vidare har smugit sig in i vår kultur. Detta markerar ett ideal beträffande mat. Ett ideal som innebär skönhet, framgång och lycka om de klarar att uppnå det. Framförallt kvinnoidealet har förändrats mer och mer, långa slanka flickor visar upp sina kroppar på reklampelare och tidningssidor.

Barn och ungdomar som har blivit utsatta för sexuella övergrepp, framförallt oralsex, kan insjukna i anorexia nervosa. Personerna som lider av anorexia nervosa har ofta stängt av kroppens känslor och är inte medvetna om vad det betyder för kroppen att svälta sig (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 63). Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 52f) fann i Göteborgsstudien att en del som utvecklat anorexia nervosa utsatts för våldtäkt eller överfall, de fann inga andra sannolika orsaker i dessa fall. Det finns dock inte enligt nämnda författare några andra studier som visar på att sexuella övergrepp skulle vara en vanlig orsaksfaktor, trots att det kan vara en medverkande kraft som spelar in i utvecklingen av anorexia nervosa. Göteborgsstudien gick ut på att undersöka alla 15-åringar i Göteborgs kommun delvis med avseende på anorexia nervosa (Lamminen 2004: 14).

Glant (2000: 14ff) menar att det går att skilja mellan utlösande faktorer och bakomliggande orsaker. Den utlösande faktorn i samband med ätstörningar är ofta beslutet att gå ner i vikt, dvs. bantningen. Bakomliggande orsaker är enligt författaren svårare att få fram. Hon menar att det inte är fastställt om det beror på en viss personlighet, även om det lyfts fram en del typer som är överrepresenterade i undersökningsmaterialen. Dessa typer är bland annat

pedantisk eller tvångsmässig läggning. Författaren menar att det är svårt att fastställa om personlighetsdragen förekom innan sjukdomen bröt ut. Glant (2000: 14ff) menar att det beror på att det är känt att svält ökar tvångsmässiga beteenden hos människor, det är frågan om en kombination av orsaker. Glant (2000: 14ff) skriver att det råder en allmän enighet om att det innebär en större risk för utveckling av anorexia nervosa om personen har bantningsbeteende och en bakomliggande psykologisk problematik.

3.2 Behandling

Precis som att det finns flera orsaker till anorexia nervosa, finns det också flera olika behandlingsformer för sjukdomen. Vi har tittat på några och kommer att ge en beskrivning av dem i följande avsnitt.

3.2.1 Fysiologisk behandling av anorexia nervosa

Andersson Höglund, Hedman Ahlström (2000: 66ff) skriver att det viktigaste är att häva den livshotande situationen först, detta sker ofta på intensivvårdsavdelningen där personen med anorexia nervosa får dropp, vilket innebär att han eller hon får vätska och näring direkt i blodet. När tillståndet har stabiliserats kan den långa behandlingen börja. Om behandlingen inte kan ske i öppenvården läggs patienten in på en psykiatrisk akutavdelning. Personalen utformar en vårdplan eller ett vårdprogram som beskriver hur behandlingen skall gå tillväga. I vårdplanen kan det ingå bestämmelser om mat och rutiner kring ätandet, viktkontroll och behandling i form av avslappningsövningar, kroppsuppfattningsövningar och så vidare. Det finns också dagverksamheter där personer med anorexia nervosa får behandling och rehabilitering (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 66ff).

Ångesten hos anorektikern kan öka i samband med att personen tillfrisknar och då är det viktigt att vara lyhörd för personens behov av närhet, personlig hygien, mat osv. När personen inte behöver livsuppehållande insatser mer är det viktigt att denne får tillbaka ansvaret för sitt liv (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 66ff).

Arkhem (2005: 132ff) skriver att på en del kliniker skrivs antidepressiva läkemedel ut som ett komplement till behandlingen. Det går dock inte att bota anorexia nervosa med hjälp av psykofarmaka men det kan hjälpa till vid depressioner och tvångstankar. Det är främst SSRI-preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare) till exempel Cipramil, Fontex och Zolofit

som används. Preparaten styr mängden serotonin, en signalsubstans som produceras av hypotalamus. När människor är deprimerade finns det mindre aktivt serotonin i hjärnan än normalt. Effekten av antidepressiva tabletter kan vara nedsatt vid tillstånd av svår svält. Men författaren anknyter till anorexiforskarna Per Södersten och Cecilia Bergh som anser att SSRI-preparat inte bör användas alls vid behandling av anorexia nervosa. De menar att preparaten kan leda till att sjukdomen förvärras eftersom SSRI-preparat kan ge en minskad aptit som en biverkning (Arkhem 2005: 132ff).

Det går enligt Arkhem (2005: 182ff) inte att säga att någon metod är bäst, behandlingen måste anpassas efter varje patient. Den metod som gör att den ena blir frisk kan vara helt fel för den andra. Den absolut viktigaste faktorn är att anorektikern vill bli frisk. Hon måste därför få en behandling som hon tror på och som gör henne motiverad till att kämpa mot sjukdomen. Lika målmedvetet som en anorektiker kan svälta sig, lika målmedvetet kan hon börja äta igen för att leva upp till omgivningens förväntningar och inte för att hon är motiverad att bryta sitt beteende. Men författaren menar att det är viktigt att tankarna och psyket hinner med förändringen, att byta identitet från sjuk och svältande till frisk och ätande kan ta tid. Under hela behandlingstiden får patienten information om sitt sjukdomstillstånd och råd för att försöka ändra sitt ätbeteende. Många instanser som behandlar ätstörningar har ofta team av experter som samarbetar till exempel läkare, sjuksköterskor, psykoterapeuter och näringsexperter (Arkhem 2005: 182ff).

3.2.2 Matträning

Patienten får träna på vardagliga saker som innefattar mat och ätande. Tillsammans med en sjuksköterska eller en dietist får patienten planera måltiden, göra matinköp, laga och äta maten. Målet med behandlingen är att ge patienten ett nytt och sunt ätbeteende (Arkhem 2005: 184).

Porsman (2005: 42ff) skriver att ätträningen kan vara upplagd på olika sätt beroende på behandlingsinstansen. Huvuddelen av behandlingen består i att anorektikern steg för steg ska lära sig äta vanlig mat i normala mängder så som tre huvudmål - frukost, lunch, middag, samt två mellanmål per dag. Eftersom anorektikern har en sänkt ämnesomsättning på grund av självsvälten och ofta svultit sig en längre tid så är kostbehandlingen anpassad efter det. Inledningsvis får anorektikern troligen inte äta mer än cirka 1 000 kcal per dygn, vilket kan jämföras med normalbehovet för en kvinna som vanligen ligger kring 2 000 kcal per dygn.

Skulle anorektikern tvingas äta mer än så till en början är risken stor att hon drabbas av rejäl förstoppning och magont, eftersom kroppen i flera bemärkelser vant sig vid ett extremt lågt kaloriintag. När anorektikern lär sig äta normalt igen känner hon sig ofta uppsvälld och övermätt. På grund av det används ofta måltidsersättningsdrycker (näringlösningar) som komplement till vanlig mat för att anorektikern skall få i sig tillräckligt med energi (Porsman 2005: 42ff).

3.2.3 Kognitiv terapi

Kognition innebär inhämtande och bearbetning av kunskap och terapin syftar till att ändra sättet att tänka om sig själv, om tillvaron och framtiden (Folkhälsoinstitutet 1999: 87).

Patientens tankar står i fokus och terapeuten försöker komma åt de tankar som ligger bakom patientens negativa känslor för sin kropp. Terapeuten försöker hjälpa patienten genom att låta henne jämföra sina tankar mot verkligheten och motbevisa dem (Arkhem 2005: 184).

Kognitiv psykoterapi (KPT) bygger på samspeletsrelationen mellan patient och terapeut där patienten är expert på sig själv och terapeuten på psykoterapi. Psykoterapistiftelsen (www.psykoterapistiftelsen.se) menar att syftet med KPT är att tillsammans kartlägga patientens tankar, känslor, handlingar och dess konsekvenser i olika situationer. Arkhem (2005: 184) skriver att målet är att komma åt patientens negativa tankar, förändra dem och bygga upp ett bättre självförtroende. d'Elia (2004: 63f) menar att lyssnandet i samtalet är viktigt, att både lyssna till det verbala och det ickeverbala språket. Det är också viktigt att bekräfta känslor och att spegla det som patienten säger. I den kognitiva psykoterapi gör terapeuten korta sammanfattningar av vad patienten har sagt under samtalet och refererar till relevanta personliga erfarenheter. Terapeuten förmedlar till patienten att hennes upplevelser är mottagna, accepterade och respekterade. I psykoterapi får patienten hjälp att sätta ord på sina känslor som annars kan vara svårt att göra i en kris.

3.2.4 Gruppterapi

Flera anorektiker träffas och pratar tillsammans med en terapeut. Patienterna delar med sig av sina erfarenheter och bearbetar sina problem tillsammans. Terapins inriktning kan variera, liksom gruppens storlek. Målet är att gruppens medlemmar ska kunna få stöd av varandra (Arkhem 2005: 185ff). Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 265) menar att fördelen med att arbeta i grupp är att alla i gruppen kan reagera, stödja och ge råd till varandra för att utveckla sin självbild.

3.2.5 Familjeterapi

I familjeterapin är hela familjen med och samtalar om matproblem och om relationerna inom familjen (Arkhem 2005: 185ff). Familjens resurser är viktiga och används för att kunna förändra familjesituationen. Enligt Psykoterapistiftelsen (www.psykoterapistiftelsen.se) visar vetenskapliga studier att familjeterapi fungerar bra mot anorexia nervosa och rekommenderas för människor i alla åldrar, alltså inte bara för barnfamiljer. Arkhem (2005: 185ff) menar att terapeuten använder familjen som stöd för patienten, terapin används i första hand vid unga tonåringar som fortfarande bor hemma. Målet är att förbättra kommunikationen inom familjen (Arkhem 2005: 185ff). Vid samtalen får alla i familjen säga vad de vill ha sagt utan att bli avbrutna. I familjeterapin vill terapeuten förändra relationerna genom att försöka skapa en fungerande struktur i familjen (Lundsbye et al, 2000: 26f). Om denne förändrar processen och strukturerna i familjen så kommer också familjemedlemmarnas upplevelser och beteenden förändras. Det kan skapa bättre självförtroende, integritet och stärka förmågan till att få en djupare kontakt till nära personer. Inom familjeterapin finns ett synsätt som utgår ifrån att individens symtom ses som ett uttryck för familjens sätt att fungera på (Lundsbye et al, 2000: 26f).

Lundsbye med flera (2000: 189f) skriver att terapeuten samlar information från familjen och gör en analys. Av analysen bildar terapeuten hypoteser som ska omfatta hela familjesystemet och det är viktigt att inte förstärka syndabocksprocesser som vanligtvis redan finns i familjen. Inom familjeterapin kan terapeuten använda sig av familjekartor för att få en helhetsbild och kunna orientera sig i relationerna som patienten har runtomkring sig.

3.2.6 Psykoanalytisk psykoterapi

Den österrikiske läkaren Sigmund Freud är grundaren till psykoanalysen som koncentrerar sig på att lyfta fram omedvetna önskningar och upplevelser hos patienten. En psykoanalys kräver samtal fyra till fem gånger i veckan under tre till fem år. Målet med analysen är att bearbeta fixeringar och låsningar i tidigare utvecklingsstadier så att individen kan vidareutvecklas (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 264f). Den som analyseras ligger ofta ner för att fritt kunna få loss sina associationer och säga vad som faller henne in. Associationer handlar om upplevelser i tidigare psykologiska utvecklingsstadier, omedvetna psykiska önskningar och konflikters betydelse för symtombilden. Analytikern tolkar sedan det material

som denne får så att den då blir förståelig för patienten (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 264f).

3.2.7 Kroppsterapi

En central del i kroppsbilden är kroppsidealet. Det består av patientens tankar kring sin kropp som reflekterar många känslor och handlingar vilket visar sig i ett anorektiskt beteende. Här är det viktigt att terapeuten uppmärksammar, utforskar och utformar kroppsidealet (Carlsson & Eriksson 2001: 109f).

Terapeuten kan ta reda på hur patienten upplever sin kropp genom att låta denne välja ut kroppsbilder, fotografiska eller tecknade som sedan analyseras i terapirummet. Viktiga frågor här är, Vad är det som upplevs viktigt i kroppsbilden? Vilken roll spelar de olika kroppsdelarna? Vad stämmer överens med patientens bild av sin egen kropp och med hur hon faktiskt ser ut? (Carlsson & Eriksson 2001: 108f). Arkhem (2005: 185f) skriver att i kroppskänedom står patientens kropp i centrum, syftet är ett ge patienten en bättre kroppsuppfattning. Terapeuten hjälper patienten att förstå sina kroppsliga behov av näring och vila, det blir tydligt för anorektikern hur negativt kroppen reagerar på självsvälten. Behandlingen kan även innehålla praktiska övningar där patienten får lära sig att våga se och röra sin kropp. Målet är att patienten ska lära känna, förstå och tycka om sin egen kropp.

Enligt Blomberg (2004) har Roxendal utvecklat Basal kroppskänedom (BK) och syftet är att finna en god balans i kroppen, stärka kroppskänslan, minska blockeringar och öka sin koncentrationsförmåga. Det ingår övningar som utförs på golvet och görs sittande, stående, gående och liggande. Patienterna lär sig koncentrera sig på mittpunkten och mittlinjen i kroppen, andningen är en viktig del i träningen. Det ingår övningar som ska verka avslappnande och aktiverande (Blomberg 2004).

3.2.8 Bildterapi

Bildterapi används för människor som har svårt att uttrycka sig i ord men lättare kan uttrycka olika situationer eller upplevelser genom att rita eller måla bilder. Bildterapi kan ske individuellt eller i grupp. Bildterapeuten hjälper personen att förstå och bearbeta känslor genom att ställa frågor omkring bilden (Andersson Höglund & Hedman Ahlström 2000: 268). Enligt Svensson (2002: 169) är bildterapi till för att patienten ska kunna få kontakt med sin inre och yttre värld. Detta underlättar för patienten att uttrycka känslor och att kommunicera.

Känslor och upplevelser kommer fram vilket då kan beskrivas med ord och terapeuten kan genom bilden bekräfta känslorna och upplevelsena som patienten beskriver.

Wide (2005: 91ff) menar att om det uppkommer ett underliggande tema i bilderna innebär det att personen har satt igång en process. Det kan ibland se ut som ett bildspel när terapeuten och patienten sedan tittar på bilderna. I början försöker en del patienter fly från kreativiteten genom att måla stereotypa bilder, andra målar inte alls eller pratar hela tiden. Terapeuten stödjer då patienten till att våga vara kvar i arbetet med bilden och efterhand frigörs ofta den blockerade energin. Att få tillit till sig själv är en del i processen och blir till en grund i det fortsatta bildskapandet.

3.3 Prognos för anorexia nervosa

Anorexia nervosa är en allvarlig och dödlig sjukdom. Det är mycket varierande hur det går för dem som blivit drabbade. De som har en allvarligare form av sjukdomen löper en större risk att dö eller skadas för resten av sitt liv (Carlsson & Eriksson 2001: 56).

Carlsson och Eriksson (2001: 58) hänvisar till Fairburn som fann att självkänslan hade en stor betydelse vid tillfrisknandet från anorexi. Författarna hänvisar även till Sohlberg (Carlsson & Eriksson 2001: 58) som menar att graden av impuls kontroll har en stark anknytning till om patienten ska bli frisk från sjukdomen. Han menar även att sjukdomstiden har betydelse för om personen blir frisk eller inte. Har patienten haft anorexia nervosa i många år blir tillfrisknandet svårare.

3.3.1 Blir anorektiker bättre?

Tiden från debuten av problemet till övervinande av sjukdomen varierar för de patienter som förbättras eller blir helt återställda. Carlsson och Eriksson (2001: 174ff) skriver att 47 procent återhämtar sig inom tre år, 31 procent inom tre till fem år medan 22 procent behövde mer än fem år på sig. Det har visats att 33 procent av de normalviktiga patienterna har börjat förlora vikt omedelbart efter utskrivningen från sjukhuset. Detta behöver inte betyda att sjukdomen återkommer, men det är ett tecken på att utskrivningen från behandlingen var alltför tidig. Enligt Carlsson och Eriksson (2001: 174ff) har det visat sig att återfallen efter tre till 14 år beror på någon speciell påfrestning i livet, såsom en graviditet.

Hur definieras vad som är bra och bättre när det gäller anorexia nervosa? De kriterier som används för att bestämma vad som är bättre varierar från studie till studie. De som har haft anorexia nervosa och nu mår bra, uppvisar i regel ingen ångest i olika matsituationer tillsammans med andra. En stor del av dem som tillhör gruppen bra, har till och med mått bättre i matsituationer än vad andra ”friska“ kvinnor har gjort. Även många ”friska” kvinnor i vårt samhälle har fixering vid mattankar, fokusering på ”smalmat”, rädsla för att gå upp i vikt och så vidare (Carlsson & Eriksson 2001: 174ff).

Enligt Porsman (2005: 18) ligger dödligheten i anorexia nervosa mellan fem och nio procent. De vanligaste dödsorsakerna är självmord, njurproblem och hjärtproblem. Njurar, hjärta, hjärna och skelett riskerar att skadas permanent. Det psykologiska lidandet är mycket stort under hela den tid som anorektikern går med sin sjukdom utan att få hjälp.

4 Teorier

Dessa följande övergripande teorier menar vi är viktiga, för att förstå de olika behandlingsmodellerna. Teorierna som vi kommer att redogöra för är systemteori, kommunikationsteori, psykodynamisk teori och kognitiv teori.

4.1 Systemteori

Systemteorin är enligt Schjödts och Egelands (1994: 45ff) ett samlingsbegrepp för många olika teorier. Inom familjeterapi kommer nästan alltid systemteorin in eftersom den innefattar så många andra teorier som är viktiga att känna till i arbetet med familjer. För att det ska kunna kallas för ett system måste det uppfylla två kriterier vilket är att de interagerar i systemet och att det varar i en viss tid. Biologiska system är lättare att avgränsa än sociala system. I det sociala systemet är det svårare att avgränsa vilka som tillhör systemet och vilka som inte gör det. I denna avgränsning kan hjälpmedel som att titta på frekvensen, intensiteten och kvaliteten i de personliga kontakterna och interaktionen användas. I en familj är ofta dess medlemmar med i andra system utanför som kan utgöras av grannar, idrottsförening och så vidare. Det kan vara viktigt att titta på de system som de tillhör utanför familjen för att kunna förstå familjen som ett system (Schjödts & Egeland 1994: 45ff).

Lundsbye med flera (2000: 78f) refererar till Hall och Fagen som menar att det är meningslöst att försöka finna en enda orsak till varför något blivit som det blivit eftersom det oftast inte finns en ensam orsak till problem. Ett problem kan ha många olika orsaker och samma bakomliggande händelse kan ha många olika effekter. Det är också viktigt att inte lägga skulden på någon i systemet, det brukar familjen själva redan göra. En grund i systemteoritänkandet är att alla i systemet är delaktiga och ansvariga för det som händer inom det. I systemen finns stabilitet, balans och jämvikt alltid med, men betyder inte att det existerar ett harmonitillstånd för det. Författarna menar att familjens mönster är stabila och kan rubbas om det sker förändringar hos en person i systemet. Denne möts av reaktioner från de andra medlemmarna i systemet och detta kan återställa jämvikten. Författarna menar också att om balansen inte återställs kan symtom hos individen uppkomma igen och en annan individ kan också utveckla symtom (Lundsbye et al 2000: 78f).

4.2 Kommunikationsteori

Kommunikationen har olika typer av funktioner för oss människor. En funktion är informationsförmedlande som innebär att vi förmedlar våra åsikter, värderingar, känslor, behov, kunskaper, fakta och så vidare. Frågor kan också vara informationsförmedlande på det viset att vi människor vill veta något genom att vi frågar. Vanligtvis förmedlar vi vår inställning till det vi vill veta i frågan till den andra. Kommunikationen kan också ha en handlingsbestämmande funktion som innebär att vi har som avsikt att påverka andra som mottar förmedlingen, vi vill ha en effekt av det vi förmedlar (Lundsbye et al 2000: 97f).

Kommunikationen har också en social funktion som innebär att vi inte har någon avsikt med att informera utan vi kommunicerar för att ha en relation till en annan människa. Kallprat är ett exempel på en social kommunikation, vi vill ha en kontakt- och gemenskapsfunktion. Kommunikation har oftast en instrumentell funktion som innebär att vi har en avsikt att uppnå någon typ av effekt från omgivningen. Kommunikationen är en viktig del i behandlingsarbetet och är central i familjeterapin (Lundsbye et al 2000: 97f).

4.3 Psykodynamisk teori

Payne (2002: 111f) skriver att grunden i teorin är att vårt beteende kommer från händelser och samspel som finns i vårt medvetande. Fokus läggs på hur vårt medvetande påverkar vårt

beteende, båda dessa påverkas av den omgivning vi lever i. Det finns två viktiga delar i teorin och de är att våra handlingar och beteenden styrs av våra tankar (psykisk determinism) och att det finns vissa delar av vårt tänkande och den mentala aktiviteten som inte är nåbara för vår kunskap (det omedvetna). Vi tränger bort vissa tankar och känslor som inte stämmer med värderingar och uppfattningar som är viktiga. I teorin sägs det att bortträngda tankar kan vara dynamiska på så sätt att dessa tankar kan få oss att göra saker som vi kanske inte är medvetna om (Payne 2002: 111f).

Enligt Cullberg (2003: 91f) är det viktigt att titta på det omedvetna som finns hos oss människor för att kunna förklara våra beteenden. Det är en psykoanalytisk uppfattning med Freuds tankar i grunden. Vi kan ha bortträngda tankar som inte varit tillåtna när vi var små. Men människor kan ändå vara påverkade av dessa bortträngda tankar genom att det kommer fram i en annan form. Cullberg menar att det inte går att framkalla omedvetna bortträngda minnen och tankar, men vissa situationer kan göra att de kommer upp igen, de kan komma fram till exempel vid chocktillstånd som kan uppkomma vid vissa situationer. Dessa delar är grunden i den psykoanalytiska psykoterapin där personen får hjälp med att bearbeta sina problem och som kan användas vid behandlingen av anorexia nervosa (Cullberg 2003: 91f).

4.4 Kognitiv teori

Enligt d'Elia (2004: 136) utgår den kognitiva teorin från att kunskap är organiserad i olika kategorier och kunskapen läggs i kognitiva strukturer eller scheman. Scheman kan förklaras som tankemodeller som gör att vi kan känna igen saker, personer eller händelser. I dessa scheman kan personen hitta en sak som denne har sett tidigare och därmed komma ihåg vad det är och vad det används till. Enligt författaren läggs kunskapen i tre kategorier: den jag är, vad andra är för mig och hur omvärlden ser ut att vara för mig.

Inom den kognitiva teorin talas det om automatiska tankar som består av inre röster, mentala bilder, tolkningar, kommentarer, rädslor och minnen som uppstår automatiskt i vårt medvetande. De bildar våra egna privata världar, det är vår mentala värld. Våra automatiska tankar sker parallellt med allt annat som händer omkring oss och med andra tankar vi har. När vi talar med andra personer kommer de automatiska tankarna upp samtidigt och det sker i princip dygnet runt. I behandlingen av anorexia nervosa arbetar behandlaren med att försöka få patienten att förändra sina automatiska tankar (d'Elia 2004: 127).

5 Analys av intervjuerna

De personer vi intervjuade tillhör olika yrkesgrupper men samtliga arbetar praktiskt med behandlingen kring anorexia nervosa. Vi vill dock inte jämföra olika yrkeskategorier utan ser dem som personer som alla på olika sätt har kunskaper om anorexia nervosa. Genom att intervjuerna har skett på olika instanser har det gett en bredare och mer fullständig bild av hur behandlingarna ser ut inom området. Vi kommer att belysa en del skillnader mellan öppenvård och slutenvård som vi har uppmärksammat under undersökningens gång.

5.1 Orsaker till anorexia nervosa

Under intervjuerna frågade vi informanterna om vad de anser kan vara orsaker till att anorexia nervosa utvecklas. Deras svar har vi delat in liksom i kapitlet Tidigare forskning i *Inre orsaker* och *Yttre orsaker*.

De flesta av informanterna berättade att det är många bidragande orsaker till anorexia nervosa. Det beror inte på en enda faktor utan det är flera faktorer som spelar in samtidigt.

5.1.1 Inre orsaker

Fler än hälften av informanterna tog upp att utvecklandet av anorexia nervosa kan påverkas av inre orsaker. Detta tycks alltså vara en relativt vanlig uppfattning bland dem.

En socionom beskrev det så här:

Vi är olika som personer och att man rent genetiskt kan ha en viss sårbarhet med sig, en känslighet, en sensitivitet i sin personlighet /.../ lite kan man säga att det finns en ärftlighet /.../ Då man gör såna tvillingstudier och när man tittar på det så ser man att är man en äggstvilling och det är den ena utvecklar anorexia så löper den andra cirka 50 procents risk, dvs. en ökad risk och då finns en ärftlighet.

Tvillingstudier tar även Hällström (1999) upp och beskriver också som socionomen gjorde, att studierna visar att ärftlighet kan spela en viss roll i utvecklandet av anorexia nervosa.

Det var flera informanter som svarade att utvecklandet av anorexia nervosa kan bero på en genetisk sårbarhet. En sjuksköterska menade att det kan finnas en nedärvd känslighet för att

utveckla psykiatriska sjukdomar hos människor. Några av informanterna menade att ibland kan de se att det finns fler i släkten som har eller har haft ätstörningar men de kunde inte svara för om det är genetiskt eller inte. Här ansluter sig informanterna till uppfattningen hos Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 53f) som hävdar att om någon i familjen har anorexia nervosa så löper de andra i familjen större risk att utveckla sjukdomen än om det inte finns någon i familjen som har det.

Informanterna diskuterade även att anorexia nervosa kan ha med personligheten att göra. En sjuksköterska menade att ”Det handlar mycket om känslor och olika beteenden /.../ Ibland handlar det om vilken personlighet man är, det är alltså väldigt olika”.

När det gäller ifall personligheten har betydelse menar Glant (2000: 15) att det inte går att veta om en speciell personlighet fanns före eller kom efter sjukdomens utbrott.

Ett par informanter menade att anorexia nervosa kunde ses som en psykosomatisk sjukdom. Detta innebär att om personen är en känslig individ och psyket inte riktigt orkar med de påfrestningar som denne utsätts för, kan anorexia nervosa utvecklas. Om personen har svårt att uttrycka att hon mår dåligt kan ätstörningen bli ett sätt att kommunicera på, för att visa sitt sinnestillstånd för omgivningen. Detta är inget som görs medvetet utan sker per automatik. Anorexia nervosa kan alltså ses som en typ av kommunikation. Vi kopplar det till ickeverbala kommunikation som Lundsby med flera (2000: 97ff) beskriver. Den ickeverbala kommunikationen är vi inte alltid medvetna om och vi använder inte orden för att förmedla vårt budskap.

Några informanter beskrev att det kunde finnas en kombination av psykiska sjukdomar, att personen lider av både anorexia nervosa och en annan psykisk sjukdom samtidigt. En socionom uppgav att det förekommer att anorektikerna lider av samsjukdomar eller comorbiditet som det även kallas. Vid anorexia nervosa är det vanligt med depressioner (Råstam Bergström, Gillberg & Gillberg 1995: 60f).

5.1.2 Yttre orsaker

Våra informanter berättade om de yttre faktorer som kan påverka uppkomsten av anorexia nervosa. I likhet med de inre orsakerna verkade det här vara en vanlig uppfattning bland informanterna.

Majoriteten av de personer vi talade med tog upp familjens roll vid utvecklandet av anorexia nervosa. En sjuksköterska berättade att ”Om man tittar på de patienter som kommer hit så har de ofta höga krav på sig själva och föräldrarna har nog också höga krav på barnen. De har ofta svårt att säga nej, känsliga på olika sätt”. Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 45) skriver som våra informanter sagt, att en hög ambitionsnivå i familjen kan sätta en hög press på familjemedlemmarna och kan påverka utvecklingen av anorexia nervosa.

En del informanter menade att människor har olika sårbarhet, beroende på vad de har blivit utsatta för i livet och hur de kan hantera det. En sjukskötare sa att ”De är ju ett sätt att ta till det för att de inte har ett annat sätt som de känner fungerar och maten kan de ju kontrollera istället för sig själva”.

En socionom sa att hon tänker mycket i objektsrelationer. Objektsrelationsteorin härstammar från psykoanalysen och bygger på relationen mellan människor och förhållandet mellan mor och barn (www.psykologibasen.dk). Socionomen berättade att vi påverkas genom uppfostran och av omgivningens reaktioner på ens beteende. Hon menade att vi visar upp de sidor av oss själva som vi får positiv feedback på. Det som inte är tillåtet i omgivningen får vi ingen feedback på och kan då utveckla ett falskt själv, vilket hon kände att en del anorektiker har. Hon menade att personen inte vågar erkänna eller uttrycka vad de har för behov och vågar inte visa för andra vem hon egentligen är. På detta sätt försöker personen vara alla andra till lags och ser inte till sina egna behov.

Samma socionom sa vidare att en faktor kan vara att familjen är otrygg och rädd för förändring. När den unga kommer upp i tonåren vill de skapa sig ett eget liv utanför familjen. Är familjen rädd för förändring så kan detta skapa problem och den unga kanske backar istället och väljer att vara sina föräldrar till lags. Det kan också vara konflikträdsla i familjen, eller att en föräldrakonflikt gör föräldrarna koncentrerade på sig själva istället och barnen blir mer medlare i konflikten än att deras behov uppmärksammas.

En sjukskötare sa att:

Jag är väl utav den åsikten att föräldrarna är väldigt skuldmedvetna och skamsna, de lägger det på sig själva, så jag tror att det är viktigt att man avdramatiserar att föräldrarna tror att de har gjort fel. Jag tror att alla föräldrar gör så gott de kan.

En socionom ville poängtera att det finns en gammal bild om att de anorektiska familjerna ser ut på ett speciellt sätt till exempel med en överbeskyddande mamma. Hon sa att detta är ett synsätt som de har gått ifrån. Hon menade att det inte går säga att det är en viss sorts familjekonstellation som drabbas. Hon var mycket engagerad på denna punkt och kände att det var viktigt att klargöra detta. Tveksamhet när det gäller familjens roll finns även i litteraturen om anorexia nervosa. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 63) menar att tendenser till överbeskyddande från föräldrarnas sida och brist på känslomässigt engagemang är en bidragande faktor, medan Glant (2000: 15) å andra sidan menar att det inte är en viss sorts familj som bidrar till insjuknandet i anorexia nervosa.

Informanterna påpekade att det finns många olika sorters påverkan från omgivningen som kan vara bidragande faktorer till anorexia nervosa. Några av informanterna talade om mobbing och utanförskap och menade att genom detta blir personen kränkt och tappar tron på sig själv. En socionom menade att en utlösande faktor kan vara traumatiska händelser där personen utsätts för någonting som inte kan lösas i den stunden. En sjuksköterska sa att ”En del har blivit utnyttjade sexuellt, misshandlade, skilsmässor, mobbing. Mycket andra faktorer och inte bara att de vill gå ner i vikt, det är inte så vanligt utan de har mått dåligt innan så det är inte så att de känner sig tjocka”.

En skötare svarade att om personer har blivit utsatt för sexuella övergrepp känner de sig äcklade av sig själva och mår dåligt, detta kan göra att de insjuknar i anorexia nervosa. Skötarens erfarenheter stämmer till en viss del överens med det som sägs i litteraturen. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 63) menar att om en person blivit utsatt för sexuella övergrepp kan de utveckla anorexia nervosa. Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 52f) skriver att en del som utvecklar anorexia nervosa utsatts för våldtäkt eller överfall, men menar att det inte är en vanlig orsak.

De flesta av våra informanter har tagit upp samhällets och mediernas roll vid utvecklingen av anorexia nervosa. En sjuksköterska uttryckte det så här:

Sen skall vi inte glömma medias påverkan som är väldigt tung. Det är en sådan utseendefixering och det är det som styr, vilket medför att vi glömmar oss själva och inte vågar vara den vi är eller den vi skulle vilja vara och det gör att vi inte tror att vi duger som vi är.

En socionom hade åsikten att kvinnoynen har förändrats i samhället, i dag ska kvinnor vara ute i arbetslivet och sköta hemmet och räcka till överallt. Förr var kvinnor hemma och hade sitt jobb i hemmet. Idag har vi andra typer av förebilder, eller brist på förebilder. Vi har en stor press på oss från tidningarnas artiklar om den perfekta kroppen och vi får hela tiden nya tips på hur vi kan gå till väga för att banta bort några fler kilo. Vi blir även påverkade av tv, till exempel dokusåpor som går ut på att förändra sig och ha det perfekta utseendet, vi får inte vara de vi är. Detta kan skapa känslor av att inte vara tillräckligt bra, något som också framhävs i litteraturen. Råstam Bergström, Gillberg och Gillberg (1995: 43) menar att mediernas idealbilder påverkar ungdomar genom att de är svåra att leva upp till. Även Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 63) menar att anorexia nervosa kan till en viss del bero på samhällets skönhetsideal.

Bantning är en av de orsaker många av våra informanter beskrev som en utlösande faktor. Några informanter har tagit upp att personen börjar träna och äta nyttigt för att gå ner i vikt. När hon lyckas med viktnedgång får hon en kick och fortsätter att utesluta mat och ökar sin träning för att nå dessa kickar. Men uteslutandet av mat skapar ångest och då utesluter de mer mat för att lindra ångesten men då ökar ångesten i stället. På så vis har personen kommit in i ett så kallat ekorrhjul och får svårt att sluta. Informanternas erfarenheter stämmer överens med det som Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 65) skriver om att hälsosam mat med lightprodukter har blivit en del av vår kultur. I och med detta kommer även ett ideal in i samhället som innebär skönhet, framgång och lycka. En skötare uttryckte sig så här angående bantning:

Många börjar ju med att vilja gå ner lite, startar en bantning och lyckas med det, och sen kan inte stoppa det. Det är ju egentligen inte så väldigt många av alla dem som bantar som hamnar i det läget så det måste ju finnas en mekanism som gör att man faktiskt utvecklar anorexia.

Detta bekräftas av Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 62) som menar att problemen börjar genom bantning. Även Glant (2000: 13f) anser att bantning kan ses som en utlösande faktor men att det är svårt att förutsäga vem som bli sjuk.

5.1.3 Val av behandling

Alla informanter utom en ansåg att kunskapen om de bakomliggande orsakerna hade en viss betydelse för vilken behandling de väljer för personer med anorexia nervosa. En sjuksköterska menade att det inte hade betydelse och att de inte tittar på det i början, utan det kommer längre fram i behandlingen. Indirekt har det ändå en betydelse, men inte direkt i början, vid valet av behandling.

Många av informanterna menade att hur de väljer att arbeta med flickorna har mycket att göra med vad de har för behov och vilken typ av person de är. En del behöver mer stöd och andra behöver mindre. En sjukgymnast exemplifierade med att:

Om man började som tioåring till exempel och socialt sett med väldigt lite stöd så skulle det se annorlunda ut om man har en kvinna som börja när hon var 16-17 år och har levt med förhållandevis mycket stöd i familjen och i nätverket, det är skillnad, det är det.

Enligt Psykoterapistiftelsen (www.psykoterapistiftelsen.se) anses familjen och dess resurser vara viktig i behandlingen av anorexia nervosa. Några informanter sa att om de ser att det finns konflikter eller andra problem inom familjen så har de familjesamtal. En socionom menade att hon alltid försöker härleda problematiken och försöker se vad det kan ha sin grund i. En sjuksköterska berättade att allt är anpassat efter individen, de lägger in resurser där det behövs.

En socionom berättade att hon är psykodynamiskt inriktad, hon jobbar med tidigare upplevelser och med vad ätstörningen har för funktion för personen. Men hon menade också att hon inte arbetar renodlat psykodynamiskt utan det blir mer en blandning av vad hon har lärt sig med åren. Beroende på patienten hon har framför sig, väljer hon hur hon ska arbeta. Arbetet är alltså inte ett enhetligt psykodynamiskt perspektiv utan socionomen menade att hon går på känslan som hon får om vad som behövs för patienten.

5.2 Behandlingsmodellernas teori och praktik

Innan vi redogör för de olika behandlingsmodellerna så vill vi poängtera något som flera av informanterna var noga med att tala om. De menade att det är mycket viktigt att veta att det inte går spikrakt uppåt utan att det går upp och ner i processen mot tillfrisknandet.

5.2.1 Behandlingsmetoder och tillvägagångssätt

Alla informanter berättade att de tillsammans med patienten går igenom allt fysiologiskt som händer i kroppen vid anorexia nervosa. De förklarar för anorektikern hur svälten påverkar hjärnan som är beroende av fett för att signalerna skall komma fram och att alla nerver är inkapslade i fettvävnader, på så vis måste det finnas fett i maten. Informanterna sa att de gör generella undersökningar som att kontrollera blodtryck, puls, EKG och vikt. En sjuksköterska berättade att ”Det är viktigt att utesluta andra sjukdomar. Sen kan det ta tid innan man ser på proverna om personen lider av anorexia nervosa. Kroppen har ju en förmåga att anpassa sig så då får man lita på sin kliniska bild”.

Informanterna menade att det är viktigt med fysiskt omhändertagande, speciellt vid så låg vikt som under BMI 14 (20 är gränsen för normalvikt). De menade att vid så lågt BMI är det bara fysiskt omhändertagande som gäller tills de har gått upp i vikt. En person som är så underviktig inte kan tillgodogöra sig övrig behandling. Det är viktigt att kontrollera puls och temperatur. Personalen ser till att de håller sig varma och att de får mat och vila, det skall vara lugn och ro omkring dem. Porsman (2005: 44ff) skriver att det ofta ges måltidsersättningar som ett komplement till vanlig mat för att anorektikerna ska få tillräckligt med energi. Författaren skriver som informanterna nämnde att anorektikerna får lära sig att vila som en del av behandlingen.

Några informanter tog upp att ibland kompletterar de behandlingen med farmakologisk behandling. Men en socionom poängterade att:

När det gäller anorexia nervosa använder man ju inte så mycket antidepressiva, förutom om personen är deprimerad på något sätt /.../ Här jobbar vi ju sällan med bara en teknik /.../ de flesta patienterna som varit här har matsamtal till exempel för att få struktur på sitt ätande.

Informanterna beskriver inte läkemedel som en huvudsaklig behandling utan som ett komplement, vilket bekräftas av Arkhem (2005: 132). Författaren menar även att antidepressiva medel kan ha nedsatt effekt vid tillstånd av svår svält.

På de flesta behandlingsinstanserna använder de sig av matträning i behandlingen av anorexia nervosa. En sjuksköterska berättade att de diskuterar mycket om vad det innebär att äta regelbundet och vilken betydelse det har att äta enligt tallriksmodellen. En socionom uttrycker matens roll så här:

Mat är medicin för en som har ätstörning kan man säga. För att strukturera maten, ät, glöm inte att äta frukost, ät alltid frukost på morgonen, ta ett mellanmål på förmiddagen, lunch, nåt mellanmål på eftermiddagen, middag på kvällen och så nåt mellanmål innan du går och lägger dig. Ungefär så, så att vi lär in ett nytt sätt och många utav anorektikerna får ju bara ångest av o äta och dom äter ett litet salladsblad och hoppar gärna över någon måltid.

En skötare berättade att vid matträningen jobbar de med delmål till exempel att börja äta frukost. I behandlingen använder anorektikerna sig av en ”ätbok” där de skriver upp vad de har ätit, var, när, med vem och hur det kändes. Sen tar de med boken till sjuksköterskan och går igenom det de har skrivit. Sjuksköterskan och anorektikern pratar om de olika känslorna och tankarna kring maten. Några andra informanter berättade att de kan gå ut och äta tillsammans med anorektikern, som en del i matträningen. På en behandlingsinstans har de en lunchgrupp, där en arbetsterapeut är med en grupp tjejer som träffas en gång i veckan och lagar mat. Behandlingsinstansen har träningskök där de lagar maten som de handlat tillsammans. Sedan avslutar de med att alla sitter ner och äter tillsammans.

På en slutenvårdsinstans fick vi veta att när anorektikerna har blivit bättre kan de flytta ut till en verksamhetsavdelning. Där lagar anorektikerna maten tillsammans med personalen till alla som bor på avdelningen. Efter det kan de flytta till en lägenhet där de får lära sig att klara sig själva. En sjukskötare menade att det är lite olika vad anorektikerna behöver träna på, en del har skött ett hushåll hemma och har en egen familj, andra har det inte.

Vikten av matträning som informanterna talade om beskrivs även i litteraturen, Arkhem (2005: 184) skriver att patienterna får lära sig att äta regelbundet och i rätt mängd. På grund av självsvälten och den sänkta ämnesomsättningen som medföljer anpassas kostbehandlingen till individen.

Många informanter berättade att de använder ett kognitivt synsätt. En sjuksköterska förklarade att de har främst kognitiv terapi, hon sa ”Vi är väldigt inriktade på färdighetsträning, att man skall göra saker istället för att skada sig eller spy. Där man utgår ifrån tanke, känsla och hur det påverkar varandra”.

Som sjuksköterskan förklarade är grundtanken inom det kognitiva synsättet enligt d’Elia (2004: 47ff) att arbeta med tankar och känslor. Terapeuten hjälper patienten att se sina tankar på ett mer objektivet sätt och fundera över vilka grunder, argument och livserfarenheter som tankarna grundar sig i.

På en behandlingsinstans arbetade de enbart med kognitiv inriktning i samtalsterapin. Alla hade gått en grundkurs i kognitiv terapi och de som arbetar där använder sig mer eller mindre av det kognitiva synsättet, även om inte alla arbetar med terapidelen. De menade att det handlar om att få ihop tanke, känsla och handling. De försöker lära patienterna om kroppen och få dem att förstå hur kroppen fungerar. Personalen arbetar med patienternas resonemang med sig själva, med deras inre dialog. En sjukskötare på samma instans berättade att de ibland använder sig av sokratisk frågemetod och förklarade att de ställer frågor hela tiden tills patienten själv kommer underfund med saker och ting. Han sa att det är patienten som vet bäst vad hon egentligen behöver. Det sokratiska förhållningssättet är enligt d’Elia (2004: 157) att terapeuten tar hjälp av erfarenheter, kunskap och den levande dialogen. Denne vill på så vis närma sig patientens begreppsvärld. De sokratiska frågorna ska leda patienten så att denna ska komma fram till sina egna slutsatser. Synsättet bygger på att människan är en tänkande, självreflekterande och kunskapssökande individ.

Flera informanter berättade att de använde sig av det kognitiva synsättet men att de hade andra utbildningar också. De menade att de använder sig av båda delarna, exempelvis att de har en psykodynamisk utbildning också men att de använder olika delar av de båda synsätten. De beskrev det som att de plockar från olika metoder som de har möjlighet att använda sig av.

Några av informanterna vi talade med berättade att de arbetade med en psykodynamisk inriktning. En socionom sa att:

Allt jag gör genomsyras i den kunskapen jag har. Att jag är så att säga färgad av det. Och att jag använder mig av de erfarenheter jag har. Att jag har en idé av att jag frågar just om de sakerna som jag gör. Att jag tror att det som de varit med om spelar roll om man säger så.

I det psykodynamiska synsättet är det enligt Cullberg (2003: 91) viktigt att titta på vårt omedvetna för att kunna förklara våra beteenden. De otillåtna tankarna som förträngts kan komma fram i en annan omedveten form när vi är vuxna.

En socionom menade att hon jobbar mer på djupet och går bakåt i tiden i personens liv men att hon inte alltid jobbar strikt efter det dynamiska synsättet. Det var flera som förklarade att de jobbar mer på djupet och analytiskt, detta synsätt beskrivs även i litteraturen. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 264) skriver att i psykoanalysen arbetar terapeuten med täta och regelbundna samtal. Denne fokuserar på att bearbeta tidiga upplevelser som syftar till att få individen att utvecklas.

Många av informanterna berättade att de tycker att det kan vara bra att patientens familj är med på samtal. En sjuksköterska sa att ”Familjearbete är ju oerhört viktigt och att man ta med familjen, när det gäller yngre så ser vi det som oerhört viktigt att familjen är med, och är det äldre så ser vi att det skulle vara väldigt bra så propsar vi på lika mycket som hos yngre”.

Flera av informanterna menade att familjen kan fungera som stöd för patienten och det är viktigt att de vet vad det är som händer och får en förståelse för sjukdomen. De menade att det kunde vara bra för familjen på grund av att föräldrarna ofta är oroliga för anorektikern och att de kan få vara med i behandlingen. En socionom berättade att de hade anhörigmöten där anhöriga kan komma och få information vid ett antal tillfällen, de anhöriga bjuds via patienten. Detta möte fungerar som ett stöd för de anhöriga. Personalen går igenom mycket av det de arbetar med i behandlingen, på så vis får de en förståelse för sjukdomen. Informanterna berättade att de ofta tar in familjen på familjesamtal och visar hur de arbetar och berättar för familjen hur de kan hjälpa tjejen när hon kommer hem.

På en annan instans arbetar de med en systemteoretisk modell där de vill se på helheten. Patienterna får gärna ta någon med sig som de känner att de kan prata med och lita på till exempel någon i familjen eller en vän. Om personen väljer att ta med familjen så jobbar behandlarna två och två med familjen, den ena ställer frågor och den andra lyssnar och reflekterar. De intervjuar en familjemedlem i taget för att alla ska få komma till tals och få tala till punkt. Alla ska på detta sätt kunna lyssna till det som sägs i rummet. Informanterna berättade vidare att efter intervjun diskuterar behandlarna och berättar sedan för familjen vad de har hört. Därefter får familjen svara på om det var någonting som skulle kunna vara till hjälp eller om det var någonting särskilt som de fastnade för. I diskussionen använder behandlarna orden som fanns i rummet, gör tolkningar och ibland kan de uppfatta saker som kanske sägs mellan raderna, men inte rakt ut.

Systemteorin som informanterna talade om ingår enligt Schjödts och Egeland (1994: 45) ofta i familjeterapi. När det gäller familjeterapi menar Lundsby med flera (2000: 26) i likhet med vad några av våra informanter berättat, att alla ska få lov att säga det som de vill ha sagt utan att bli avbrutna. Informanterna menar att det är viktigt för familjemedlemmarna att lyssna på varandra. Familjen får även lära sig att ge feedback till varandra då de bekräftar att de förstått vad den andra personen har sagt.

En socionom berättade att hon gör familjekartor eller familjeträd och pratar med anorektikern om det. Ibland kan hon se i familjekartor att det finns vissa matmönster i familjen som kan påverka inställningen till mat. Hon gick vidare in på att de vill förmedla att relationerna i familjen är viktiga, finns det en relation har de något att arbeta med. Även inom litteraturen beskrivs familjekartor. Lundsby med flera (2000: 194ff) beskriver att familjekartor är till för att få en helhetsbild av personens nätverk och relationer. I familjekartorna kan terapeuten och familjen titta på vilka mål som kan sättas upp och arbetas med, för att få en förändring.

Informanterna på slutenvården berättade att de ofta samtalar med anorektikerna i grupp. Där kan de diskutera om vad som händer på avdelningen och mellan patienterna. De är fyra till fem stycken i gruppen, några av de saker som de tar upp är stämningen på avdelningen, hur de klarar av att bo under samma tak och hur det är när de är hemma. På så vis är det mer inriktat på relationer. Tanken med gruppen är att de ska stödja varandra och att de kan utbyta erfarenheter. Informanterna poängterade att det inte är något krav på att de ska kunna stödja varandra men att det finns en möjlighet till det. Även inom öppenvården arbetar de med

grupper. Gruppen bidrar till att anorektikern kan känna en gemenskap och att hon inte är ensam med sina problem. En annan funktion med gruppen är att de får lära sig att ta hand om sig själva. Arkhem (2005: 185) menar att målet med gruppterapi är att personerna ska kunna stötta varandra i situationen de befinner sig i. Andersson Höglund och Hedman Ahlström (2000: 265) ansluter sig till både informanterna och Arkhem i att de anser att fördelen med att arbeta i grupp är att medlemmarna i gruppen kan hjälpa varandra att utveckla sin självbild.

De flesta informanter vi besökte berättade att de använder sig av kroppskännedom. Syftet med kroppskännedom är att förbättra känslan av kroppen och finna lust och glädje i kroppen. Det är också viktigt att få förståelse för den egna inre processen. Detta anses vara en bra metod eftersom anorexia nervosa är både en kroppslig sjukdom och en psykisk sjukdom. Carlsson och Eriksson (2001: 109f) bekräftar informanternas uppfattning att i ett anorektiskt beteende är kroppsbilden en central del. Dessa patienter har många tankar och känslor om sin kropp, det är därför viktigt att terapeuten uppmärksammar detta och jobbar med kroppsidealet. Terapeuten tar reda på hur anorektikern upplever sin kropp och arbetar vidare med detta. Arkhem (2005: 185f) beskriver så som informanterna återgav, att målet med kroppskännedom är lära känna och förstå sin kropp.

De flesta informanterna tog upp att de använder sig av bildterapi. De berättade att anorektikern får måla bilder av sina tankar som kan vara abstrakta bilder och konkreta figurer. Flera informanter menade att anorektikern genom bildterapi kan få hjälp med att sätta ord på sina känslor och tankar. De berättade att terapin kan ske både enskilt och i grupp. En sjuksköterska berättade att hon låter det gå ett tag och sedan tittar hon och patienten på bilderna igen och då kan de se hur hela processen har förändrats, först kan det vara helt svart och sedan blir det ljusare. Informanternas beskrivningar av syftet med bildterapi stämmer överens med Andersson Höglund och Hedman Ahlströms (2000: 268) förklaring, att bildterapi är till för att sätta ord på och bearbeta sina känslor, att måla kan hjälpa till att släppa fram sina känslor.

Vi frågade även informanterna om motivet till att de använder de olika metoderna. Alla svarade att de använder metoderna för att de är vetenskapligt beprövade. Några av informanterna sa att de går på möten med Svenska anorexi- och bulimiförbundet där de utbyter erfarenheter och får reda på nya rön och ny forskning.

Upplägget av behandlingen skiljer sig mellan slutenvården och öppenvården. Eftersom patienterna bor på instansen inom slutenvården så har de schemalagda dagar där all behandling ingår. Inom öppenvården är de inte där hela dagarna utan kommer till mottagningen på olika tider och till sina behandlingar. De är inte heller lika sjuka i öppenvården som inom slutenvården och ofta är öppenvården en fortsättning från slutenvården.

5.2.2 Mål för behandlingen

Det finns olika mål inom öppenvården eller slutenvården där anorektikern blir behandlad. Några av de informanter som vi talade med sa att de gör upp målen tillsammans med anorektikern och därför kan det bli olika beroende på individen. De flesta behandlingsinstanser genomsyras av ett mål – att komma upp till BMI 20, vilket är en gräns till normalvikt. De menade också att det är viktigt att patienten har återfått ett normalt ätbeteende och kan hitta andra utvägar för att hantera sin oro och rädsla så att denna inte sätts på maten. Ett annat viktigt mål är att anorektikern förändrar sin kroppsuppfattning och får en mer realistisk bild av sig själv. Det var en sjukskötare inom slutenvården som berättade att de kan ha både långsiktiga och kortsiktiga mål. De långsiktiga målen skulle kunna vara att i framtiden kanske läsa vidare på universitet. Det kortsiktiga är att personen ska kunna hantera maten. Detta för att patienterna inte hinner med allt under den tid som de vistades där.

Flera informanter berättade att konceptet om att anorektikerna ska bli friska innan de lämnar behandlingen har de gått ifrån. Detta beror på att det tar olika lång tid för anorektikerna att bli friska eftersom de har varit sjuka under olika lång tid. Om personen varit sjuk i många år tar det längre tid att bli frisk. Carlsson och Eriksson (2001: 58) beskriver det som att hur lång tid det tar för att bli frisk beror på hur lång sjukdomstiden har varit.

Vi frågade informanterna om alla anorektiker uppnår de mål som sätts upp. Vi fick till svar att så inte är fallet. Det finns till exempel vissa som väljer att avsluta sin behandling självmant långt innan de är färdiga. Det skilde sig lite i deras svar, en del tyckte att de flesta uppnår målen medan andra svarade att en del bitar hade blivit bättre men att de inte var helt färdiga med allt. Det skilde sig mellan öppenvård och slutenvård. Inom slutenvården är patienterna oftare inte helt färdiga när de skrivs ut utan går vidare till öppenvården för att fortsätta jobba mot sina mål.

Vi fick veta att behandlingstiden på de olika instanserna ser olika ut beroende på om det är öppenvård eller slutenvård. Inom öppenvården är behandlingstiden längre än inom slutenvården. Detta beror på att öppenvården finns till hands för patienterna efter att de varit på slutenvården. Öppenvården kan alltså vara som en fortsättning på behandlingen. Inom öppenvården menade de att det skiljer sig mycket beträffande hur länge anorektikerna går där, en del går några månader och andra kan gå i flera år. Inom slutenvården varierar det mellan 3 månader och 8 månader, på en instans sa en skötare att det hade hänt att några varit där i ett år. Enligt informanterna är det alltså mycket individuellt hur länge patienterna behöver stanna.

Vid utskrivning av patienterna skiljer det sig mellan slutenvården och öppenvården. Inom slutenvården är det vanligtvis en läkare som skriver ut och bedömer om patienten är redo att lämna instansen. Informanterna menade också att det planeras i god tid vad de ska göra efter slutenvården att de kan fortsätta inom exempelvis öppenvården. På en instans menade de att när patienterna börjar närma sig BMI 18-19 har de en behandlingskonferens där de börjar förbereda för ett utskrivningsdatum så att patienten kan börja förbereda sig för livet hemma.

Inom öppenvården menade de att avslutningen av behandlingen beror till viss del på när patienten känner att hon kan klara sig själv. En socionom berättade att hon ber patienterna fylla i ett självskattningsformulär när de kommer dit och ett när de börjar bli färdiga med behandlingen. De tittar på hur dennes bild av sig själv har förändrats och det kan hjälpa henne att gå vidare. En sjuksköterska inom öppenvården berättade att patienterna successivt slussas ut, genom att de kommer mer sällan. Från början kommer de kanske flera gånger i veckan till att i slutet kanske komma en gång i månaden. Det kan även vara så att vissa delar av behandlingen avslutas före andra.

5.3 Uppföljning och resultat för behandlingen

Vi frågade informanterna om de har någon uppföljning på patienterna. Om de svarade ja på den frågan, frågade vi hur resultaten ser ut. Svaren redogörs i följande avsnitt.

5.3.1 Uppföljning av patienterna

Det var ungefär hälften av informanterna inom öppenvården som sa att de har uppföljning på patienterna. En sjuksköterska berättade att de brukar sätta upp en tid ungefär två månader senare eller längre fram om det behövs. En annan sjuksköterska berättade att uppföljningen

sker på ett individuellt plan, en del träffar hon efter tre månader och andra efter sex månader. Några informanter hade ingen uppföljning alls på patienterna.

Inom slutenvården hade en instans uppföljning efter ett år och tre år då de ringer upp patienterna och intervjuar dem. De skickar även ut enkäter som patienterna får fylla i. Enkäternas frågor grundar sig i ätandet, deras personlighetsdrag och deras kroppsliga symtom. Ett problem informanterna berättade om är att det kan vara svårt att hitta patienterna efter tre år, en del kanske har flyttat, gift sig eller bytt namn. På en instans svarade de att de inte har någon regelbunden uppföljning, men att de håller på att skapa ett system för uppföljning. Där ska de följa upp alla efter ett år och om de ska följas upp vid fler tillfällen är inte riktigt bestämt. De berättade även att de precis gjort en uppföljning efter en period av tio år där de har skickat ut enkäter till patienter som varit i deras behandling. En sjuksköterska menade att ”Annars har vi inte någon kontakt med de patienter som vi har haft här om det inte är så att man hör från öppenvården att - nu så börjar hon bli sjuk igen och börjar bli aktuell för behandling”.

En socionom tog upp ett annat problem som kan uppkomma i uppföljningen. Hon menade att det är svårt att veta när de ska följa upp eftersom det kan ta olika lång tid för patienterna att bli friska. Hon sa även att återfallsrisken är som störst inom två år och det är svårt att avgöra om de ska gå in och titta före eller efter två år.

5.3.2 Resultat för behandlingen

Informanterna hade inga exakta siffror på resultaten, men de upplevde att de var goda. Vi undrade också över om det är många patienter som återkommer, på den frågan fick vi svaret att det förekommer. Tolkningen att resultaten upplevdes som goda av behandlingspersonal får ske med en viss försiktighet, det kan finnas ett behov av att beskriva den egna verksamheten som positiv och välfungerande.

En sjuksköterska inom öppenvården svarade att om patienterna kommer tillbaka har det ofta berott på att de upplevt någon form av kris som bidragit till att de har gått tillbaka till tankarna om maten. Hon berättade vidare att patienterna då bara har behövt några samtal för att komma tillbaka på rätt spår igen. Detta trodde hon berodde på att de är mer medvetna om sina problem och kan ta tag i dem direkt. På en annan instans menade de att de inte riktigt kunde svara på frågan. De kunde inte veta om patienten fick återfall eftersom patienten kan välja att

gå till en annan instans för behandling. En sjuksköterska inom öppenvården sa att de inte avslutar behandlingen innan resultaten är goda. Hon hade bara stött på något enstaka återfall och där hade de själva velat komma tillbaka.

Informanterna inom slutenvården berättade att om patienterna varit sjuka i många år var det ganska vanligt att de kommit tillbaka flera gånger. Det handlar då om patienter som varit sjuka mellan 10 och 20 år. En sjuksköterska berättade att deras patienter oftast är mycket sjuka och ser den behandlingen som en sista utväg eftersom de har provat en mängd andra behandlingsinstanser innan de kommer dit.

En sjukskötare inom slutenvården gav några ungefärliga siffror på utfallet för behandlingen som baseras på deras uppföljning av patienterna. Sjukskötaren återgav att ungefär 80 procent blir mycket bättre och ungefär 15 procent blir bättre men kanske har en del av problematiken kvar, fem procent är möjligen som de var innan eller möjligtvis sämre. Bland dem som har anorexia nervosa kan hälften av dem bli friska efter ett år, men det kan variera mycket. Detta ligger någorlunda i linje med vad Carlsson och Eriksson (2001: 174) skriver om hur prognosen ser ut för anorektiker. De menar också att resultaten kan vara mycket varierande. På en behandlingsinstans berättade en socionom att i de fall då anorektikern lider av en personlighetsstörning kan detta medföra att behandlingspersonalen inte kan arbeta vidare med ätstörningen. Hon menade också att det nästan är 30 procent som har en annan diagnos vilket kan påverka utfallet av behandlingen.

5.4 Kan människor med anorexia nervosa bli friska?

Vi frågade informanterna om de personligen tror att en person som lider av anorexia nervosa kan bli helt frisk. Beträffande definitionen av frisk förtydligade vi med att anorektikern blir fri från de negativa tankarna om mat och kan leva ett ”normalt” liv.

En sjuksköterska var säker på att det var möjligt för en anorektiker att bli fri från sina tankar men samtidigt poängterade hon att hon ansåg att mattankar var en del av det kvinnliga tänkandet som finns i vår kultur. Några andra informanter menade att människor har olika sätt att hantera svårigheter och stress på, kontrollen av mat är något som kan ligga i deras personlighet. En socionom menade att när personerna stöter på svårigheter behöver de inte ta till sådana drastiska uttryck som anorexia nervosa eftersom de lärt känna sig själva genom behandlingen. En sjukgymnast uttryckte det så här ”Jag tycker att personer som blivit kvitt det

i tjugo, trettioårsåldern, jag märker att de är väldigt försiktiga med mat och så. Så hanterar de sig själva, det förstör inte livet”.

En sjuksköterska uttryckte sig så här ”Jag tror att de kan leva ett helt normalt liv, men om de anses som helt friska, det vet jag inte. Jag tror att de flesta kommer att ha tankar kvar. Att de kanske tycker att det är jobbigt med vispgrädde och har ångesttankar”. Vidare sa samma sjuksköterska ”Utifrån en studie så har det visat sig att det är få som är fria från sina anorektiska tankar. Det kan ha de anorektiska tankarna men ändå fungera normalt. De kanske har problem med kladdkaka med grädde men äter det i alla fall”.

De flesta av de informanter vi talat med ansåg att anorektiker kan bli friska men att de kan ha en sårbarhet och en del av tankarna kvar. Sårbarheten består av att en person som haft anorexia nervosa kan falla tillbaka i sina gamla mönster då de går igenom kriser och andra svårigheter. Men under behandlingen har de lärt sig att hantera dessa situationer och fått en större självkänedom, därför faller de inte tillbaka lika mycket. En del informanter sa att anorektikerna kan ha en rädsla för att falla tillbaka men att de kanske aldrig gör det. En sjukskötare som vi talade med menade att ”Det kan vara så att man blir lite mer fixerad vid maten än vad normala är. Vad är normalt i dagens läge? Det är ju bara att titta i tidningen så är allt fixerat”.

En sjuksköterska ställde sig frågan om vad det innebär att vara frisk och vem är frisk? Även Carlsson och Eriksson (2001: 175f) ställer frågan om hur definieras bra (frisk) och bättre? Författarna menar att bli bra kan vara att anorektikern inte uppvisar någon ångest i matsituationer längre. De menar dock liksom våra informanter att även många friska kvinnor i vårt samhälle har fixering vid mat med fokusering på hälsosam mat och rädsla för att gå upp i vikt.

En socionom menade att det finns även de som inte blir friska och det finns de som dör av sin sjukdom. Det är en stor dödlighet i anorexia nervosa jämfört med andra psykiska sjukdomar så det är mycket viktigt att ta sjukdomen på allvar. Även Porsman (2005: 18f) menar att anorexia nervosa är en allvarlig och dödlig sjukdom.

6 Slutdiskussion

Vi valde att göra en undersökning kring anorexia nervosa för vi tycker att det är en intressant sjukdom med dess uttryck i svält och att den är uppmärksammas i medierna.

Våra frågeställningar var: Vad är orsakerna till att anorexia nervosa utvecklas? Vilka modeller används på olika behandlingsinstanser och hur fungerar de? Vilka mål eftersträvas och hur ser resultaten ut för behandlingen? Kan en anorektiker någonsin bli frisk?

6.1 Sammanfattning

I undersökningen fann vi att det finns inte bara en orsak till att anorexia nervosa utvecklas, utan den har flera olika orsaker. Faktorerna kan vara att en person mår psykiskt dåligt eller befinner sig i en kris. Det kan också vara en nedärvd sårbarhet som bidrar till utvecklingen av sjukdomen. Informanterna menade att några av deras patienter kan ha en mamma eller en annan släkting som har varit ätsjuk.

Det finns studier som påvisar att anorexia nervosa kan ha en viss ärftlighet, genom att det framkommit att om en familjemedlem har sjukdomen löper syskon en större risk än andra. Det kan vara en kombination av den biologiska ärftligheten och miljön vi lever i som påverkar om en person utvecklar anorexia nervosa eller inte.

Dagens samhälle strävar efter perfektionism. Vi ska således vara framgångsrika, snygga, smala, duktiga och ordentliga men de idealbilder som finns i vår närhet kanske inte alltid stämmer överens med verkligheten. Det är svårt att leva upp till alla idealbilder som finns i samhället för ingen är perfekt. En socionom menade att idag går mycket ut på att förändra sig, vi ska inte vara oss själva eller som vi egentligen är. Samhällets bilder kan göra det svårare för ungdomar i deras identitetsutveckling. Om de redan har det svårt till exempel hemma eller i skolan så kan det dubbla kravet från samhället fungera som en utlösande faktor.

Utifrån intervjuerna har vi sett att behandlingarna först och främst går ut på att häva svälten och sedan få personen att lära känna sig själv och framförallt våga vara sig själv. Överlag i behandlingarna försöker terapeuten att förändra deras tankar om mat och om sig själva, både på det psykiska och fysiska planet. Behandlingsinstanserna arbetar mycket med att

anorektikerna ska kunna ändra sin kroppsuppfattning som ofta är snedvriden, de tror att deras kroppar är mycket större än vad de egentligen är. I de olika terapierna som basal kroppskänedom, bildterapi, samtalsterapi och så vidare, får patienterna hjälp med att komma i kontakt med sina känslor och sätta ord på dem. De får även hjälp med att bearbeta de känslor som kommer upp och lär sig att hantera dem. Det är inte bara en behandling som finns till hands för anorektikerna, utan det är en kombination av olika behandlingar. Många av informanterna berättade att de arbetar i team och att de planerar behandlingen utifrån patienternas behov. Deras samarbete gör att behandlingen blir till en helhet, de arbetar med både psyke och kropp.

Vi har sett skillnader mellan öppenvården och slutenvården när det gäller behandlingen. Inom slutenvården handlar det mycket om att gå upp i vikt och att våga börja äta. Det är många fysiska kontroller och fysiskt omhändertagande av patienterna, detta beror på att de ofta är sjukare när de är inom slutenvården. Efterhand kommer patienterna in på behandlingen av sin sjukdom där de kan ha samtal, bildterapi, sjukgymnastik och så vidare. Matträningen är vanligtvis genomgående i hela behandlingen både i slutenvården och i öppenvården. I slutenvården ligger fokus på att börja äta, att få en rutin på sitt matintag och lära sig hur mycket anorektikern ska äta för att må bra. De får efterhand träning i att laga mat. Inom öppenvården handlar det mer om känslorna om mat och precis som inom slutenvården träning i att laga mat.

Matträningen är en viktig bit eftersom patienterna kan ha varit sjuka i många år och kommit bort från vanliga matrutiner, till exempel beträffande vilka tider de ska äta och hur mycket en ”normal” portion består av. Det är viktigt att patienterna får träna på att laga mat på grund av att det finns de som kanske aldrig har lärt sig detta. Som social träning går behandlare och patienter till exempel och handlar tillsammans för att patienten så småningom ska kunna gå i en affär och handla mat utan att få ångest över vilka varor de köper.

Det har visat sig att det finns olika mål för öppenvården och slutenvården som patienterna helst ska uppnå innan de lämnar instansen. Inom slutenvården var det främsta målet att de ska komma upp i BMI 20, det vill säga ett rent fysiskt mål. Detta kan även vara ett mål inom öppenvården, men det var främst informanter från slutenvården som tog upp detta mål. Ett annat mål som är aktuellt för slutenvården och öppenvården är att patienterna förändrat sitt ätbeteende. De skulle även ha lärt sig att hantera rädslor och oro för att inte gå in i gamla

mönster igen så fort de stöter på svårigheter. Informanterna inom slutenvården sa att en del inte vill gå upp till BMI 20, utan är nöjda på BMI 17 och att alla inte hinner gå upp allt under tiden de är där, då behandlingstiden är mellan 3-8 månader, tiden skiljde sig mellan instanserna. De fortsätter då att sträva mot målen i öppenvårdsbehandlingen.

Vi fick genom intervjuerna reda på att det inte var så många som hade någon regelbunden uppföljning av patienterna. Det var för att det är svårt att veta när de ska göra det. Detta beror på att det tar olika lång tid för patienterna att bli friska. Några av informanterna höll på att starta upp eller hade precis avslutat uppföljningar som inte var utvärderade än. Det verkar vara svårt att göra uppföljningar på patienterna på grund av att det skiljer sig åt i deras processer till ett friskt jag. När behandlingsinstanserna gör utvärderingar tittar de på om personerna blivit fria från ångest och hur deras ätbeteende ser ut, men de tittar inte så mycket på vad för betydelse behandlingsmetoderna har haft för patienternas tillfrisknande till exempel om hur bildterapi eller samtalsterapi har fungerat för dem. De använder de olika metoderna för att de bygger på forskning och beprövad erfarenhet. En socionom talade om att de går på möten på Svenska anorexi- och bulimiförbundet och utbyter erfarenheter och får reda på ny forskning och nya rön.

Informanterna ansåg att anorektiker kan bli friska i den bemärkelsen att de kan leva ett fullvärdigt liv, men att de kan ha en sårbarhet kvar. Om de upplever någon kris eller andra svårigheter kan de falla tillbaka, men inte lika djupt som tidigare. De kan efter behandlingen hantera sina känslor bättre och de är medvetna om sina tidigare problem och kan ta tag i dem direkt när de märker att de börjar falla tillbaka. En av informanterna ställde frågan om hur vet vi vad som är friskt? Är någon frisk egentligen?

6.2 Slutord

Genom undersökningen har vi inte fått en klar bild av vad orsakerna till anorexia nervosa är eftersom det finns många orsaker som kan vara bidragande. Men trots att vissa faktorer kan vara bidragande så betyder det inte att människor utvecklar anorexia nervosa bara för att de till exempel genomgår en kris i livet. Vi har inte heller funnit något direkt svar i litteraturen. Men som vi diskuterat i föregående avsnitt använder sig behandlingsinstanserna av många olika metoder samtidigt vilket vi tror kan bero på att sjukdomen har så många olika orsaker. Vi har även diskuterat vilken behandling som är bäst. Vår slutsats på bas av både intervjuvaren och litteraturen är att det inte går att säga att en metod är bättre än en annan.

Om vi går till oss själva, tänker vi – på grund av att människor har olika personligheter, behov och erfarenheter kan det också variera i vilken typ av behandling anorektikern behöver. Om det till exempel är upplevelser från barndomen som kan behöva redas ut kan terapeuten använda en psykodynamisk metod.

Vi ställer oss frågan att i kombination av alla behandlingsmetoder – vilka är det då som är botande? Eller kan det vara så att alla delar behövs för att de ska kunna bli friska? Vår bedömning är att det inte spelar någon större roll vad terapeuten har för teoretiskt synsätt vid behandlingen eftersom ingen av informanter sa att de arbetar strikt efter ett visst synsätt. De plockar istället delar av olika synsätt utifrån vad de anser att patienterna behöver arbeta med. Det är viktigt att se till vad som bidragit till sjukdomen och vad personerna varit med om när de bestämmer hur behandlingen ska se ut.

Vi har en hel del funderingar kring målet att gå upp till BMI 20. Vi anser att det är ett ganska högt mål, speciellt inom slutenvården där anorektikern kan komma in på BMI 14 och ska gå upp cirka 20 kilo för att komma upp till BMI 20. Vi anser att det är många kilon de ska hinna gå upp på den relativt korta tiden. Vi fick också svaret att målet inte alltid kan nås och att anorektikerna arbetar vidare med detta inom öppenvården. Det är då även viktigt att arbeta mot målen som rör det psykiska. Vår uppfattning är att det ena inte kan utesluta det andra, behandlingen måste omfatta de fysiska och de psykiska målen samtidigt.

Vår uppfattning är att inom öppenvården arbetar de förberedande för ett liv ute i samhället där patienterna ska kunna klara sig själva så småningom. Detta ser vi som en bra övergång från slutenvården, där patienterna först inte har särskilt mycket ansvar utan får följa rutiner och regler på instansen. När de blir bättre får de ta mer eget ansvar och går sedan över i öppenvården där de får stöd i sin process för att kunna leva ett ”normalt” liv.

Vi tycker att det är svårt att veta vilken behandlingsmetod eller vilket synsätt som har störst effekt utifrån uppföljningarna som behandlingsinstanserna gör. Vi menar att de inte får någon ingående beskrivning av vad de olika behandlingsmetoderna gör utan får en övergripande bild av att behandlingsmodellerna tillsammans fungerar. Vi får bilden av att de får använda sig av annan forskning för att veta vilka metoder som fungerar. Vi upplever att de kan använda sina egna uppföljningar för att se hur behandlingen fungerar på ett övergripande sätt. Vår tanke är att det kanske inte är viktigt för behandlingsinstanserna att studera delarna var för sig utan det

är viktigare att se hur allt samverkar och om behandlingen gjort att anorektiker kan ändra sina tankar och beteenden. Det är alltså ett mer praktiskt än teoretiskt sätt att se på hur anorexia nervosa ska behandlas. Men vi tänker att det kanske ändå är viktigt med mer systematiska uppföljningar, om behandlingen ska kunna utvecklas är det viktigt att veta vad som fungerar bäst.

Vi håller med om informanternas reflektioner om vad kriterierna för att vara frisk är, och vad det innebär att leva normalt. Dessa ord är svåra att använda eftersom de kan ha olika betydelse för människor. Det ligger i vår kultur att vi ska tänka på vad vi äter och att vi ska vara smala och slanka. Vi ser i samhället och i medierna att det ligger i modet att äta nyttigt och banta efter många olika metoder, vi människor ska träna och vara hälsosamma. Vi ställer oss frågan om hur bedöms det huruvida en person med anorexia nervosa är fri från sina tvångstankar om mat eller om det är så kallat ”kvinnliga tankar” om maten? Beträffande de så kallade ”kvinnliga tankarna” om maten avser vi de aspekter som att använda lightprodukter, kontrollera kalori- och fettintag samt i allra högsta grad vara medveten om sin kost. Vi anser att slankhetsidealen främst riktar sig till kvinnor men är medvetna om att även män kan känna stor press från idealen. Med ovanstående synsätt kan anorexia nervosa eventuellt ses som ett beteende som är en ”normal”, om än drastisk, reaktion på vår tids kvinnliga ideal. Det blir en glidande skala mellan frisk och sjuk och det är inte självklart vad begreppen betyder.

Vi har fått mycket kunskaper och tankar under förfarandet av denna uppsats och dessa kommer vi att ta med oss i vår kommande yrkesroll som socionomer. Diskussioner har uppkommit kring hur viktigt det är att titta på helheten i arbetet med människor och att det är betydelsefullt att ha i åtanke att en persons handlande kan grunda sig i många olika bakomliggande händelser i dennes liv. Vi vill poängtera att anorexia nervosa är en allvarlig sjukdom som kan resultera i döden. Därför är det enligt vår mening viktigt att inte bara behandla sjukdomen när den uppkommer utan att det är även viktigt att lägga resurser på att förebygga sjukdomen i samhället. Förebyggande arbete mot sjukdomen hade vi inte som syfte att undersöka men det väckte nyfikenhet hos oss när vi arbetade med insamlingen av materialet till uppsatsen. Vi anser att förebyggande arbete hade varit ett annat intressant perspektiv att undersöka och även något som vi skulle kunna tänka oss att arbeta med i framtiden.

Källförteckning

Litteratur

Andersson Höglund, Inger och Hedman Ahlström, Britt (2000) *Psykiatri*. Bonnier utbildning AB: Stockholm.

Arkhem, Helene (2005) *Jätten i spegeln. En bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar*. Richters Förlag AB: Malmö.

Carlsson, Göran och Eriksson, Bengt (2001) *Ätstörningar*. Studentlitteratur: Lund.

Cullberg, Johan (2003) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Natur och Kultur: Stockholm.

d'Elia, Giacomo (2004) *Det kognitiva samtalet i vården*. Natur och Kultur: Stockholm.

Denscomde, Martyn (2000) *Forskningshandbok. För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur: Lund.

Eysenck, Michael (2000) *Psykologi. Ett integrerat perspektiv*. Studentlitteratur: Lund.

Glant, Heléne (1998) *Sluta svälta. En handbok för dig som kämpar mot anorexi*. Natur och kultur: Stockholm.

Glant, Heléne (2000) *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar*. Natur och kultur: Stockholm.

Lundsbye, Maths, Sandell, Göran, Ferm, Roland, Währborg, Peter, Petitt, Bill, Fälth, Tommie, Holmberg, Björn (2000) *Familjeterapins grunder*. Natur och Kultur: Stockholm.

Payne, Malcolm (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Natur och Kultur: Stockholm.

Porsman, Camilla (2005) *Bli vän med kroppen och maten. En bok om ätstörningar*. Fitnessförlaget: uo.

Repstad, Pål (1999) *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Studentlitteratur: Lund.

Råstam Bergström, Maria, Gillberg, Christopher, Gillberg, Carina (1995) *Anorexia nervosa. Bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. Almqvist & Wiksell Medicin: Stockholm.

Schjödtt, Borrik, Egeland, Thor Aage (1994) *Från systemteori till familjeterapi*.

Studentlitteratur: Lund.

Starrin, Bengt, Renck, Barbro (1996) *Den kvalitativa intervjun* Svensson Per-Gunnar, Starrin

Bengt (red) (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik* Studentlitteratur: Lund.

Svensson, Janet (2002) *Bildterapi enligt Almametoden*. Solrosens Förlag AB: Västerås.

Svensson, Per-Gunnar (1996) *Förståelse, trovärdighet eller validitet?* Svensson Per-Gunnar,

Starrin Bengt (red) (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik* Studentlitteratur: Lund.

Wide, Kenneth (2005) *Bildens helande kraft*. Bokförlaget Mareld: Falun.

Internet

Gunnarsson, Ronny <http://www.infovoice.se/fou/bok/10000035.htm> 060512

Lamminen, Mailen (2004) *Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar*.

Barn- och ungdomspsykiatri, Landstinget i Östergötland.

http://www.google.se/search?hl=sv&lr=&q=g%C3%B6teborgsstudien&as_q=anorexia+nervosa&btnG=S%C3%B6k%C2%A0inom%C2%A0resultat 060513

Psykiateristiftelsens hemsida <http://www.psykiateristiftelsen.se/samradsforum/samradsutskrift.htm/> 060402

Psykologibasens hemsida <http://psykologibasen.dk/O.shtml> 060505

Övriga källor

Blomberg, Marianne (2004) Träning i ökad kroppskännet och avspänning hjälp för att hantera stress. *Läkartidningen* (Nr 15, 2004).

Folkhälsoinstitutet (1999:7) *Ett liv av vikt. Fem år senare*. 1:a upplagan, 1:a tryckningen

Folkhälsoinstitutet: Stockholm.

Hällström, T. (1999) Självsvält under 1 500 år: verk av Gud, djävulen eller viktfixeringen.

Läkartidningen (Nr 43, 1999).

Nationalencyklopedin (2000) *Multimedia 2000 plus*. NE Nationalencyklopedin AB: Malmö.

(DVD skiva).

Bilaga

INTERVJUFRÅGOR

Namn:

Yrke:

Ålder:

Utbildning:

Telefonnr:

Jobbat inom yrket i:

Personal:

- ❖ Hur många är det som arbetar här?
- ❖ Vilka utbildningar har personalen (beror på vem vi pratar med)?

Orsaker till anorexi:

- ❖ Vilka är faktorerna som bidrar till att anorexia nervosa utvecklas?
- ❖ Vilken betydelse har kunskap om dessa faktorer inför val av behandling?

Behandlingsmodellernas teori och praktik:

- ❖ Hur blir man aktuell för behandling hos er?
- ❖ Vilka behandlingsmetoder arbetar ni med?
- ❖ Hur kommer det sig att ni använder dessa metoder?
- ❖ Hur fungerar arbetet med metoderna i praktiken?
- ❖ Finns det personer som inte klarar behandlingen?

- ❖ Vad händer om de inte gör det?
- ❖ Skulle du kunna beskriva hur en typisk dag kan se ut?
- ❖ Skulle du kunna återge en lyckad behandling?
- ❖ Skulle du kunna återge en misslyckad behandling?

Mål för behandlingarna:

- ❖ Vad skall patienterna ha uppnått för mål när de skrivs ut?
- ❖ Uppnår alla målen som sätts upp innan de blir utskrivna?
- ❖ Hur länge pågår behandlingen i genomsnitt?
- ❖ Anpassas behandlingstiden efter individens behov eller finns det en utsatt tid?
- ❖ Hur fungerar processen vid utskrivning?

Resultat/konsekvenser/uppföljning:

- ❖ Har ni någon uppföljning på patienterna?
- ❖ Hur ser resultaten ut för behandlingen?
- ❖ Anser du att människor med anorexi kan bli helt friska? Ex kan man ändra tänkandet om mat, vikten och kontroll?