



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Socialt arbete med drogmissbrukare - SOL 065

Ht – 2003

C-uppsats

”ÄTA BÖR MAN ANNARS DÖR MAN”

**Att beskriva och jämföra de argument som används för att förklara och
förståproblematiskt förhållande till mat**

Författare: Mona Eng
Monica Jönsson

Handledare: Leili Laanemets

ABSTRACT

The main purpose of this paper was to attempt to explain and to understand the causes of various types of eating disorders. The intention of the essay was to examine who are the different parties acting in this particular field that through research or other kinds of work, come to meet individuals that suffer from some kind of eating disorder. The aim was to explore the different concepts used within this specific field, and what main theories and viewpoints that exist within it.

The methods used in the study were two. The essay was based mainly on a literature review, and in order to further highlight the different perspectives a number of qualitative interviews were conducted in addition to this. These methods aimed to give an overview of the different perspectives and standpoints that exist within the field of eating disorders.

The conclusions drawn in this study were several. The results showed a relative consensus regarding the main causes for developing eating disorders. In general, the different parties acting in the field agree that in order to understand the causes of different kinds of eating disorders, a multi-factorial and interdisciplinary view has to be taken. On the other hand, different parties focus on different causes depending on their own perspective, and the existing treatments have emerged based on these different perspectives. Furthermore, the study showed that eating disorders are mainly defined as a disease, attributed with a number of criteria for diagnosis, and not as a social problem.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	
1.1.	Problemformulering	1
1.2	Syfte och frågeställningar	3
1.3	Centrala begrepp	4
2	TEORI	4
3	METOD	6
3.1	Litteraturstudien	7
3.2	Kvalitativ intervju	8
3.2.1	Presentation av intervjupersoner och arbetsplatser	9
3.3	Etiska överväganden	10
3.4	Analysmetod	10
3.5	Läshänvisningar	10
4	PRESENTATION AV RESULTAT	11
4.1	Förklaringar och förståelse av uppkomsten	11
4.1.1	Litteraturstudien	11
4.1.2	Intervjuer	17
4.1.3	Våra kommentarer	18
4.2	Aktörer på fältet och begrepp som används för att förstå problematiskt förhållande till mat	18
4.2.1	Aktörer	18
4.2.2	Gränsdragningar utifrån litteraturen	19
4.2.3	Olika begreppsdefinitioner utifrån litteraturen	19
4.2.4	Förekomst/incidens och prevalens utifrån litteraturen	23
4.2.5	Intervjuer	24
4.2.6	Våra kommentarer	25
4.3	Beskrivning av verksamma åtgärder och insatser	26
4.3.1	Litteraturstudien	26
4.3.2	Intervjuer	30
4.3.3	Våra kommentarer	32

4.4	Förändringar över tid	32
4.4.1	Litteraturstudien	32
4.4.2	Intervjuer	33
4.4.3	Våra kommentarer	33
5	ANALYS	33
6	SAMMANFATTNING och AVSLUTANDE DISKUSSION	
6.1	Sammanfattning	37
6.2	Avslutande diskussion	38
7	LITTERATURFÖRTECKNING	41

Bilaga 1: Övrig litteratur

Bilaga 2: Intervjuguide

1. INLEDNING

1.1 Problemformulering

Störningar av ätbeteendet och oro för övervikt och fetma är inga moderna påfund. Redan de gamla grekerna kände motvilja inför fetma och avundades sina kulturella föregångare, kretensarna, för att de känt till en drog som tillät dem att äta hur mycket de ville men ändå hålla sig slanka. I Sparta straffades de unga med särskild exercis, om de befanns ha ökat i vikt, när de en gång i månaden ställdes upp nakna för kontroll. Romarna hade inte heller något till övers för feta personer. De uppfann ”vomitering” som tillät dem frossa i omåttliga mängder mat och sedan bli kvitt den genom att kräkas upp den, en metod som ofta används av moderna anorektiker (Bergh, 1984). På 60-talet var den anorektiska fotomodellen Twiggy skönhetsideal och förebild för den tidens unga kvinnor. Man skulle helt enkelt vara extremt mager som kvinna, för att vara ”gångbar på marknaden”! Vi kan konstatera att skönhetsidealet fram till våra dagar knappast har förändrats.

Att äta är inte bara ett sätt att tillfredsställa kroppens behov av näring. Ätande har också viktiga kulturella, sociala och inte minst psykologiska betydelser. Hunger är ett universiellt fenomen, som alltid tagits för givet och betraktats som en medfödd drift. Men hungerfunktionen måste läras in för att kunna användas effektivt. Bruch skriver i sina arbeten: ”när en distinktion upprättas mellan det fysiologiska tillståndet av näringsbrist och den psykologiska identifikationen av denna näringsbrist som hunger förstår man bättre betydelsen av denna inlärning” (Bergh, 1984, s.23). ”Hunger inbegriper en psykologisk upplevelse- den tvingande obehagskänslan som inträder när individen är fråntagen föda och som kan driva honom/henne att till varje pris – även med våld- skaffa sig föda för att upphäva smärttillståndet” (Bergh, 1984, s.23). Det handlar alltså om oerhört starka krafter. Problemet i överflödssamhället är inte egentlig hunger eller brist på föda utan snarare att undvika ett onödigt stort kaloriintag med påföljande överviktsproblem (Bergh, 1984). Vårt sociala umgänge kretsar ofta kring mat. Fester och högtider, med tillhörande rikt utbud av mat och dryck används för att befästa goda relationer inom familjen, mellan vänner och arbetskamrater. Alla religioner har viktiga ritualer och starka tabun som kretsar kring mat och ätande. Även fastande har länge varit en del av det gemensamma kulturarvet. Fastande har förknippats med själslig rengöring och setts som ett sätt att uppnå högre andlighet. I politiska

sammanhang har matvägran använts som ett kraftfullt påtryckningsmedel för att uppnå sina syften (Clinton & Norring, 2002).

Mat och relationer går hand i hand. Under julhandeln kunde man se varuhusens matkassar prydda med texten ”Mat är kärlek”. Marknaden kan sin psykologi! Från livets begynnelse utforskar vi vår omgivning samtidigt som vi intar näring vid bröstet. Modern forskning visar på barnets aktiva och kompetenta deltagande i komplexa interaktioner, där just ätandet fungerar som en katalysator för samspelet (Clinton & Norring, 2002). Vi har alla vårt eget speciella förhållande till maten, inte alltid helt oproblematiskt. Små barn har ofta sina individuella och speciella idéer om mat. Vägran att äta kan vara ett användbart och normalt sätt för barn att protestera och uttrycka sin ilska. Som vuxna oroar vi oss för övervikt och engagerar oss mer eller mindre för att hålla oss i form, dels av hälsoskäl men också för att vi vill vara attraktiva inför andra. Dock blir detta inget stort problem för de flesta av oss. För några blir förhållandet till mat så problematiskt att en naturlig tillfredsställelse av biologiska behov upphör och ett allt starkare psykiskt lidande tar över. Detta kan ta sig uttryck i ätstörningar som anorexia nervosa och bulimia nervosa (Clinton & Norring, 2002).

Från att ha behövt kämpa för att få ihop tillräckligt med näring för vår överlevnad har vi idag i västvärlden svårt att värja oss inför ett överflöd av olika matprodukter. Samtidigt anger vår tids skönhetsideal att vi ska vara evigt unga, fettfria och välformade. Vi umgås kring mat, mat är kopplat till våra traditioner, vi markerar klasstillhörighet genom maten, vi älskar matprogram i Tv, vi köper kokböcker som aldrig förr och dagligen svämmar brevlådan över av reklam som vill påverka våra matinköp. Vi formligen drunknar i stimuli som handlar om mat. Ständigt nya lightprodukter lanseras på marknaden uppbackade av skrämmande beskrivningar om vad som händer inuti våra blodkärl om vi inte väljer det fettsnåla alternativet. Utbudet av olika motionsformer väller över oss med uppmaningar som ”Du vill väl inte bli en soffpotatis”! Några ser dyrbara plastikoperationer och fettsugning som alternativ. Allt detta utgör en mäktig konflikt och kan faktiskt symbolisera den anorektiska konflikten. Mat är gott och mycket intressant men samtidigt absolut förbjuden för anorektikern.

Kan ett problematiskt förhållande till mat kallas missbruk, och var går då gränsen? Vem gör definitionen? Med missbruk brukar man mena att det uppstår ett problematiskt förhållande mellan individen och det som brukas (Goldberg, 2000). Mot bättre vetande, med både förnuft

och kunskaper om det ohälsosamma eller okloka i att, i en viss omfattning, bruka en ”drog”, väljer vi att göra det ändå. Förmodligen har de allra flesta av oss en sådan drog som vi kan säga oss ha ett mer eller mindre problematiskt förhållande till. De flesta av oss är väl bekanta med formuleringar som ”Han är arbetsnarkoman” eller ”Jag lider av kaffeabstinens”. Uttryck för att vi menar att bruket är något överdrivet och vi upplever att vi i någon mån är beroende. Av någon anledning använder vi ett ordval som anspelar på missbruk. Det anses väl tämligen mänskligt att vara åtminstone lite lastbar och att inte alltid ha fullständig kontroll över sina impulser, behov och drifter. Problemet uppstår när individen och/eller hans/hennes närmaste omgivning, upplever att det har blivit ett problem och att hon/han inte längre har kontroll över bruket och drogen rentav styr livet, mer eller mindre. Som vid annat missbruk handlar problemet om ett förlopp från att ha haft kontrollen, till att förlora kontrollen, kämpa för att återta kontrollen, att åter äga kontrollen och ständigt behöva leva med oron för att åter tappa kontrollen. Drogen har kommit att uppta det mesta av tiden och platsen i tankevärlden. Från att kanske ha inneburit enbart positiva upplevelser och välbefinnande infinner sig ångest och en känsla av maktlöshet i förhållande till det egna beteendet och insikten om att man mot sin egen vilja hamnat i ett beroende. Blir inte behovet tillgodosett följer någon form av abstinens. Abstinens som tar sig uttryck i fysiskt och/eller psykiskt illamående, i olika omfattning. Beroende på drogens beskaffenhet och betydelse, kan abstinensen orsaka olika kraftfulla och obehagliga fysiologiska reaktioner och/eller psykologiska reaktioner.

1.2 Syfte och frågeställningar

Varför blir då maten för några ett så stort problem? Vem riskerar att utveckla ett problematiskt förhållande till mat? Vad är en ätstörning och vad är ett matmissbruk? Varför har det blivit ett kvinnligt fenomen? Hur definieras problemet och vilka aktörer i samhället har uppdraget att arbeta med denna problematik? Är ätstörning en sjukdom mer än ett socialt problem? Frågorna är många. Vår ambition är att försöka finna svar på några av dem.

Vårt syfte är:

”Att beskriva och jämföra de argument som används för att förklara och förstå problematiskt förhållande till mat”

Utifrån vårt syfte har vi följande frågeställningar:

Vilka förklaringar anges för uppkomsten av problematiskt förhållande till mat?

Vilka olika aktörer finns på fältet och vilka begrepp använder de för att förstå problematiskt förhållande till mat?

Vilka olika åtgärder/insatser anses verksamma mot problematiskt förhållande till mat?

Finns det förändringar i de olika synsätten över tid?

1.3 Centrala begrepp

Med *aktörer* menar vi främst personer som i sin profession, forskar, skriver eller arbetar med behandling av individer med ätstörningar. I begreppet *aktörer* inbegriper vi alla som gjort utsagor om problematiskt förhållande om mat. Det kan även vara personer som i sitt liv, genom att själv ha eller ha haft ätstörningsproblem, särskilt intresserat sig för dessa frågor och på ett eller annat sätt delar med sig av sina erfarenheter.

Hur ska man då definiera ett problematiskt förhållande till mat? Vår definition av *ett problematiskt förhållande till mat* är; en person med ett beteende som kännetecknas av en överdriven upptagenhet av mat och ätande eller icke ätande. På beteendet följer negativa konsekvenser på det sociala, psykiska och fysiska planet. Vi har gjort ett medvetet val att ge begreppet en vid innebörd. Vi vill inte i utgångsläget anamma de begrepp som används av de olika aktörerna på fältet. Istället vill vi försöka fånga de benämningar som används. Detta kommer vi att diskutera längre fram i uppsatsen.

2 TEORI

Teorier om sociala problem kan kännetecknas av antingen ett konsensus- eller ett konfliktperspektiv. Konsensustänkandet utgår "... från antagandet att det naturliga tillståndet

är harmoni, balans och jämvikt, men att denna balans emellanåt störs och att samhället då reagerar på dessa störningar för att återupprätta jämvikten”. Konfliktperspektivet utmärks däremot av spänning och splittring och den ordning som till ytan råder existerar egentligen inte alls (Meuwisse, Swärd, s 104-105, 2002).

Sociala problem är ett begrepp som engagerar många och som ofta diskuteras i samhällsdebatten (Meeuwisse, Swärd 2002). Ejnaes och Kristiansen (2002) skriver att det är människors subjektiva uppfattningar som har den största påverkan för betydelsen av sociala problem. När människor definierar förhållanden som problematiska så är det främst detta som skapar sociala problem, skriver författarna vidare. Begreppet ges ofta olika betydelse, men själva innebörden av det som beskrivs som sociala problem, är många gånger outtalat. Sociala problem kan förknippas med beteenden hos individer eller grupper (ex drogmissbruk) eller sociala förhållanden i ett bostadsområde (ex hög kriminalitet). Även brister i samhället kan kallas sociala problem och då är ofta innebörden en uppräknning av flera brister i samhället, på alla nivåer. Begreppet kan också definieras som en konsekvens av ett annat problem. Tveklöst är och förblir teorier om sociala problem en kontroversiell fråga (Meeuwisse, Swärd, 2002). Vi kommer längre fram i vår uppsats att diskutera huruvida ett problematiskt förhållande till mat kan uppfattas som ett socialt problem

Doxa är ett begrepp som sociologen Bourdieu lanserade och definierade som ”en kulturs vedertagna föreställningar, sådant som inte kan betvivlas eller diskuteras inom denna kulturs ram” (www.NE.se). Varje *fält* har enligt Bourdieu en egen doxa, sina egna regler och föreställningar om vad som är ”rätt och fel, normalt och onormalt, naturligt och onaturligt” (Järvinen, 2002, s 255). Ett socialt fält existerar när en avgränsad grupp människor och institutioner strider om något som är gemensamt för dem, den tolkningen gör Gesser (1984) av Bourdieus definition av ett socialt fält. Järvinen (2002) beskriver fältet som ett område där krafter bryts, både internt men också i relation till andra fält. Hon skriver vidare att aktörerna ofta distanserar sig från sina rivaler, kanske i syfte att stärka sin egen roll på fältet. Bourdieu beskriver själv det vetenskapliga fältet som att det kan ”...definieras bland annat genom att man definierar vilka vinster kampen står om och vilka specifika intressen som finns” (Bourdieu, 1984, s 131).

Vi bestämde oss för att *kartlägga fältet* och *identifiera aktörerna* som på olika sätt möter ätstörningsproblematiken, och se om det råder *en doxa* kring begrepp, förklaringsmodeller och behandling kring fenomenet *problematiskt förhållande till mat*.

Ur ett *konstruktivistiskt perspektiv* tolkas och klassas ett fenomen utifrån hur det beskrivs och förklaras (Järvinen, 2002). Utifrån detta konstruktivistiska perspektiv var vi intresserade av hur aktörerna på det fält som möter ätstörningsproblematiken argumenterar och underbygger sina ståndpunkter.

Järvinen diskuterar hur begreppet *konstruktion* används och tolkas olika i dagligt tal, inom politiken och samhällsvetenskapen. I människors vardag och i politiken definieras konstruktion många gånger som *påhitt*, att något man hävdar inte är sant, utan att det är något som är konstruerat. Inom samhällsvetenskapen finns en vedertagen definition av begreppet hävdar Järvinen och den handlar inte om att alla föreställningar om verkligheten är sanna eller inte. Det handlar istället om hur de är uppbyggda (konstruerade). Hon skriver vidare om att ett förhållande kan konstrueras som olika slags problem beroende på vem som konstruerar dem. Järvinen illustrerar detta resonemang med ett exempel: Våld mot kvinnor i hemmet är ett fenomen som kan konstrueras som olika slags problem. Man kan bl a definiera det som ett brott, som könsförtryck eller som ett relationsproblem. Det är inte bara individer som kan definiera problem utan detta gäller även för massmedia och institutioner som med sina konstruktioner kan påverka hur ett problem skall uppfattas. Järvinen skriver vidare att ”Myndigheter tenderar att definiera de problem de tillskrivs ansvar för så att de passar in i deras kompetensområde.” (Järvinen, 2002, s 123).

3 METOD

Vi har valt att använda oss av två metoder i vårt arbete, litteraturstudier samt kvalitativa intervjuer. Litteraturstudien är basen och vår huvudmetod, de kvalitativa intervjuerna skall i första hand ses som ett komplement till den. Genom att komplettera litteraturstudien med kvalitativa intervjuer har vi försökt få en så bred och representativ bild som möjligt av fältet.

Litteraturstudien består av empiriskt material, producerat av olika aktörer (ex. forskare, behandlare, myndigheter och institutioner), som finns att tillgå i ämnet, såsom

forskningsrapporter, böcker, artiklar, hemsidor m m. De kvalitativa intervjuerna görs med aktörer som i sin profession behandlar människor med någon form av ätstörningsproblematik.

3.1 Litteraturstudien

Litteraturstudien inleddes med sökning på webben och besök i såväl bokhandeln som biblioteken i Lund och i Malmö. Telefonsamtal med Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen gav också många tips om intressant litteratur. Vi hade inga problem med att få ihop material (böcker, forskningsrapporter, utredningar, artiklar, tidigare uppsatser m m) som kändes relevanta utifrån vår problemställning och som redogjorde för problematiken utifrån olika perspektiv. När litteraturstudier väljs som metod är det inte alltid oproblematiskt att snabbt hitta adekvat litteratur till en specifik problemformulering. Halvorsen (1992) skriver om dessa svårigheter som kan uppstå i samband med litteraturstudier. Som exempel nämner han att det ibland kan visa sig att det inte alls går att få tag i empiriskt material utifrån ens specifika problemställning, eller att material som man vill ta del av är sekretessbelagt. Inget som vi således råkade ut för.

När samma källor började återkomma i det vi läste så bedömde vi att det material vi fått fram var representativt för vårt problemområde, vårt fält. I inledningsskedet gick vi igenom allt material, ostrukturerat och okritiskt, för att på så sätt få ett grepp om fältet. Eftersom vi ej led brist på material var vi tvungna att välja ut det som skulle utgöra basen i vår litteraturstudie. Detta gjordes efter att ha läst och analyserat materialet mer strukturerat med vårt syfte och våra frågeställningar som vägledning. Dessutom valdes underlaget ut efter ambitionen att få en så bred representation av aktörerna på fältet som möjligt.

Vi refererar i huvudsak till personer som på olika sätt arbetar med behandling eller forskning inom området ätstörningar, eller personer som genom att dela med sig av egna erfarenheter av ätstörning, lämnat bidrag till den samlade kunskapen på området. Peter Dükler som är journalist bygger sitt litterära bidrag på intervjuer med personer med erfarenhet av att vara föräldrar till barn med ätstörningsproblem.

Eftersom vi har haft tillgång till en mängd material så har vi omöjligt kunnat använda oss av allt intressant i vår uppsats. Men eftersom det är en litteraturstudie vi gör så tycker vi att det

ändå kunde vara intressant att redovisa några exempel på källor som behandlar vårt problem men som vi trots detta valt bort enligt ovanstående resonemang, se bilaga 1.

Värt att notera är att litteraturen på biblioteken om ätstörningar och matmissbruk är klassificerat under ämnesområdet psykiatri och sjukvård till skillnad från alkohol- och narkotika missbruk som är klassificerade under egna ämnesnamn och hänförs till sociala frågor.

3.2 Kvalitativa intervjuer

Eftersom vi önskade en heltäckande bild av problemområdets fält valde vi att komplettera litteraturstudien med kvalitativa intervjuer. Vi intervjuade fyra personer som på olika sätt i sitt arbete möter flickor med ett problematiskt förhållande till mat – olika typer av ätstörningar och matmissbruk - med syfte att få fram olika utgångspunkter och perspektiv på förklaringar av problemet.

Vi gjorde bedömningen att ostrukturerade intervjuer som utgår från en tematisk intervjuguide, se bilaga 2, möjliggör en mer avslappnad intervjusituation som kan locka fram intressanta synpunkter och åsikter. Lämplig utgångspunkt för denna typ av kvalitativa, mer informella, intervjuer är att utforma en lista över temaområden som man önskar belysa (Halvorsen, 1992). Vi utarbetade en intervjuguide som var tematisk upplagd utefter fyra specifika huvudområden utifrån vårt syfte. Vi intervjuade sen med utgångspunkt från dessa huvudområden och ställde ett antal lämpliga frågor under varje område för att på så sätt försäkra oss om att få svar på alla frågor vi önskat belysa. Intervjusituationerna ägde rum på intervjupersonernas respektive arbetsplats. Vi var båda två med vid samtliga tillfällen och vi delade upp rollerna där en av oss var aktiv frågeställare medan den andra förde anteckningar. Intervjusituationerna kan liknas vid vanliga samtal som utgått ifrån intervjuguiden som intervjupersonerna fick i sin hand vid intervjutillfället. Intervjuguiden användes som en slags dagordning som hjälpte båda parter att hålla sig till syftet och de frågeområden som skulle belysas. Därutöver gav vi stort utrymme för den intervjuade att forma situationen och samtalet. När intervjun är upplagd som ovan beskrivits och när frågorna inte ställs på ett standardiserat sätt öppnas möjligheterna för att frågorna föds ur själva samtalet (Halvorsen, 1992).

Vi bestämde oss – främst utifrån praktiska skäl – för att hitta intervjupersoner med arbetsplatser i vårt närområde. Utifrån egna yrkeserfarenheter och genom Region Skånes hemsida skaffade vi oss en bild av vilka aktörer som är verksamma och som skulle kunna vara representativa för de behandlingsalternativ som erbjuds patienter inom Region Skånes upptagningsområde. Mot bakgrund av resonemanget ovan valde vi ut följande fem arbetsplatser som i olika form arbetar med ätstörningar och matmissbruk:

Vuxenpsykiatriska avdelningen, Ystad lasarett, BUP-kliniken, Ätstörningsteamet, UMAS, Division Psykiatri, Ätstörningsavdelningen, division psykiatri, S:t Larsområdet Lund, VallbyHage Rehab, Trelleborg samt Anorexicenter i Malmö. Vi ringde ovanstående behandlingsalternativ och redovisade vårt syfte med intervjun. Alla behandlingsställen med undantag från Anorexicenter i Malmö var intresserade och positiva till att ta emot oss. På Anorexicenter i Malmö kunde de inte tänka sig att ta emot oss om vi inte betalade för vårt besök (intervjutillfälle) med hänvisning till att de arbetar i privat regi. Vi bestämde oss för att nöja oss med de fyra alternativen som var gratis eftersom intervjuerna främst skall ses som komplett till litteraturstudierna.

3.2.1 Presentation av intervjupersonerna och deras arbetsplatser

Intervjuperson 1, (IP 1), Vuxenpsykiatriska avdelning, Ystad lasarett (benämns nedan som Ystad). Psykolog med neurologisk specialistkompetens samt leg. psykoterapeut med såväl psykodynamisk som kognitiv inriktning. Har tidigare arbetat inom missbruksvården.

Avdelningen har en öppenvårdsmottagning men inga egna vårdplatser. När det gäller längre vårdtider skickas patienterna vidare till andra instanser inom Region Skåne. Avdelningen jobbar i team som bl a består av läkare, psykolog, sjukgymnast, dietist och kurator.

Intervjuperson 2, (IP 2), kurator BUP-kliniken, Ätstörningsteamet UMAS (benämns nedan som Malmö). Leg. psykoterapeut (steg 2). Tidigare jobbat bl a på Beroendecentrum UMAS. I teamet ingår läkare, sjuksköterska, kurator och sjukgymnast. Avdelningen bedriver öppenvård men är knuten till klinikens behandlingsavdelning vid behov av dygnet runt vård.

Intervjuperson 3, (IP 3), har en socionomtjänst på Ätstörningsavdelningen, division Psykiatri, S:t Larsområdet, Lund (benämns nedan som Lund). Psykodynamisk steg 1 utbildning och har tidigare jobbat inom vuxenpsykiatri på MAS. Avdelningen erbjuder slutenvårdsbehandling

och även här arbetar man i team. Dit kommer de patienter som är i riktigt dåligt fysiskt skick. Upptagningsområdet är södra och mellersta Sverige.

Intervjuperson 4, (IP 4), är utbildad familjeterapeut, kropps- och bildterapeut och driver Vallby Hage Rehab i Trelleborg. Ett privat alternativ som inte tillhör sjukvården där patienter måste söka sig på eget initiativ. Tidigare remitterade sjukvården patienter till Vallby Hage men enligt Region Skånes senaste upphandling är det enbart Anorexicenter i Malmö som gäller som privat behandlingsalternativ.

3.3 Etiska överväganden

Utgångspunkten för oss var att intervjupersonerna inte skulle vara anonyma men under arbetets gång gjorde vi bedömningen att det för läsaren inte är nödvändigt att veta intervjupersonernas namn, men att det kan vara intressant att veta vilka arbetsplatser som de representerar. Det kan vara känsligt att sätta ut en intervjupersons namn i ett material som skall läsas av många människor som man inte vet vilka de är. Eftersom det handlar om mindre organisationer kan det visserligen vara lätt att gissa sig till vilka intervjupersonerna är, men vi gjorde bedömningen att det i så fall inte skulle orsaka problem för dem vi intervjuat. Detta upplägg godkändes av intervjupersonerna.

3.4 Analysmetod

Vi kommer att analysera resultatet utifrån vårt syfte och våra frågeställningar. Vi kommer också att ta hjälp av de teorier som vi ovan redovisat för (se teoriavsnitt), när vi jämför och reflekterar vad litteraturen och intervjuerna säger. Utifrån ett konstruktivistiskt perspektiv tittar vi på hur aktörerna diskuterar och hur man för fram sina argument, för att på så sätt försöka förstå olika perspektiv och intressen på fältet. Vi kommer också att diskutera kring huruvida det råder en doxa (se teoriavsnittet) på fältet, och inom vilket fält ätstörningsproblematiken hör hemma.

3.5 Länshänvisningar

I vår resultatredovisning nedan har vi utgått från syftets och intervjuguidens fyra frågeställningar. Vi börjar varje frågeställning med en inledning för att förklara vårt syfte med

respektive frågeställning. Därefter redovisas resultatet av litteraturstudierna respektive intervjuerna. Varje avsnitt avslutas med våra kommentarer, i syfte att lyfta fram det som bör uppmärksammas, och för att underlätta för läsaren. Vi vill gärna påminna om att de begrepp vi använder i resultatredovisningen här nedan är de begrepp som har använts i litteraturen respektive används av intervjupersonerna själva vid intervjutillfällena. Efter resultatredovisningen kommer ett eget avsnitt där vi försöker jämföra aktörernas olika argument och ståndpunkter samt göra en sammanfattande analys av resultatet (analysmetod, se ovan). Uppsatsen avslutas med en kortare sammanfattning - i syfte att runda av resultatet - och en slutdiskussion där vi mer fritt för fram egna tankar och reflektioner.

4 PRESENTATION AV RESULTAT

4.1 Förklaringar och förståelse av uppkomsten

Med denna frågeställning har vi velat undersöka vad den samlade kunskapen säger om orsaker och förklaringar till uppkomsten av problematiskt förhållande till mat. Försöken till förklaringar har genom tiderna varit många och varierande. Mestadels har det varit läkare och senare även psykologer, psykoterapeuter och etnologer som intresserat sig för ätstörningar och bidragit med bitar till det pussel som ätstörningsproblematiken utgör.

4.1.1 Litteraturstudien

Den första kända beskrivningen av anorexia nervosa anses den engelske läkaren Richard Morton, 1689, stå för. Han beskrev sjukdomens typiska symptom som amenorré (menstruationsbortfall), aptitlöshet, förstoppning, ytterlig avmagring, ”som ett skelett bara klätt i hud”, och överdriven aktivitet (Bergh, 1984). Man gav så småningom sjukdomen beteckningen ”nervös atrofi” och man ansåg att modern bar skulden till dess uppkomst (Birkehorn, 1999). Två hundra år senare, 1889, gav den brittiske läkaren William Gull sjukdomen namnet anorexia nervosa. Gull ansåg att sjukdomen fanns i hjärnan, därav tillägget ”nervosa” (Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten, 2003). Samtida med honom var den franske läkaren Charles Lesègue, även han portalfigur inom området. Han ansåg också att anorexi var en psykisk sjukdom. Gustav IIIs livläkare, Sven Hedin, skrev 1796 om bulimi, som han beskrev som ”sug efter mat som inte lämna sin näring till kroppen”. Han noterade

också att en och annan av patienterna kräktes (Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten, 2003). Gerald Russell, psykiater i London (1979), menade att bulimia är en särskild form av anorexia (Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten, 2003). Att anorexi var en psykisk sjukdom ifrågasattes, 1914, av Morris Simmonds. Han menade att den svåra utmärglingen berodde på en sjuklig förändring eller skada på hypofysen. Det visade sig att han gjort en sammanblandning med en annan sjukdom och man kunde snart bevisa att många som led av utmärgling inte uppvisade hjärnskadan (Bergh, 1984). Jean Martin Charcot var fransmannen som lade grunden för neurologin i slutet av 1800-talet. Han blev med åren intresserad av symptom som inte kunde förklaras med hjärnskador. Sådana sjukdomar kallade han för funktionella till skillnad från de organiska som beror på kända förändringar i nervsystemet. Utan att ge någon neurobiologisk förklaring klassade han anorexi som en funktionell sjukdom (Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten,2003).

Det var inte förrän i samband med andra världskriget som man fick klart för sig att anorexia nervosa handlar mer om ett psykosomatiskt tillstånd (Birkehorn, 1999). Den franske läkaren Pierre Janet förklarade att anorexi är den unga kvinnans protest mot att mogna sexuellt, något som visar sig i en aversion mot den egna kroppen. Freud och psykoanalysen hade sin tolkning, med sexuella förtecken, av sjukdomen. Freud menade att anorexi var en rädsla att bli oralt befruktad (Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten, 2003). Hilde Bruch är ett välkänt namn inom modern anorexiforskning och kom med en epokgörande artikel om ätstörningar 1973, "Hunger and Instinct" där hon gjorde en uppdelning av olika typer av anorexia. (Birkehorn, 1999).

I boken "Varför flickor?" frågar sig Birgitta Meurling och medförfattare om det finns historiska förklaringar till att kvinnor förväntas disciplinera sina kroppar mer än män. Författarna hänvisar till att historisk och sociologisk forskning visat att kroppen ofta utsatts för maktanspråk och diverse kontrolltekniker." I takt med den västerländska civilisationsprocessens fortskridande har den yttre kontrollen alltmer kommit att bli en inre kontroll, varvid yttre sanktioner och straff i allt större utsträckning ersatts av individens självkontroll" (Meurling, 2003, s.10). Meurling säger vidare att oavsett vilka former kroppskontrollen tar sig är den kulturellt och socialt betingad. Meurling refererar till sociologen Anthony Giddens som menar att för nutidsmänniskan är kroppen ett projekt som ska iscensättas. Kollektiva sammanhang har minskat i betydelse och det är den enskildes ansvar om hon lyckas med sitt projekt eller ej. Ur ett feministiskt perspektiv skulle man kunna

hävda att eftersom vi fortfarande lever i en patriarkalisk kultur och västvärldens kvinnor fått större rörelsefrihet och till synes mera makt, måste deras ökade inflytande motverkas eller balanseras (Meurling, 2003). Det görs då enligt detta resonemang, genom att kvinnor kroppsligen iscensätter sig som små och med kvinnliga attribut, vilket signalerar hjälplöshet. På så sätt förknippas den stora muskulösa kroppen med makt, myndighet och män, medan den lilla och späda sammankopplas med underordnade kvinnor.

En förändring av kvinnoidealet kom i Sverige i början av 1900-talet. Under 1800-talet var ohälsotalet hos svenska kvinnor oroväckande högt, 60 % av flickorna som undersöktes i 35 högre läroverk. Ur detta uppstod ett betydande nationellt folkhälsoprojekt i syfte att komma åt de bakomliggande faktorerna till denna ohälsa (Meurling, 2003). En kommitté som på uppdrag av regeringen skrev en rapport som publicerades i den populärmedicinska tidskriften *Hälsövännen* 1888: ”... att sjukdomstillstånd påträffas hos den kvinnliga ungdomen öfver allt, där människan bo allt för trångt, där flickorna föra ett till största delen stillasittande lif, inandas dålig luft, erhålla otjenlig föda, inpressa sig i snörlif, och der ungdomens nervsystem är blottställt för obehöriga och förtidiga retelser genom slippriga böcker och samtal, offentliga dansnöjen, opassande skådespel och annat sånt”. Intresset var stort bland manliga läkare och pedagoger att forska i denna kvinnliga sjuklighet. Den utgjorde ett hot mot nationen och dess fortlevnad (Meurling, 2003). Kloros eller bleksot var en vanlig diagnos för dessa bleka och magra unga kvinnor. Vissa läkare kritiserade tidens normer för flickornas uppväxt och menade att försummandet av musklernas utveckling inte bara skapade en klen kropp utan också klena nerver (Meurling, 2003). Under 1800-talet hade den bleka magra kvinnan utgjort ett kvinnoideal, t o m i den västerländska läkarlitteraturen framstod bilden av den sjuka kvinnan som ett kvinnligt ideal. Man beskrev den klorotiska flickan som ”vacker och intressant” (Meurling, 2003). Under 1900-talets första decennium kunde man så konstatera att en förändring till det bättre, vad gäller kvinnors kläd- och livsstil. Svenska läkare skrev ”Flickorna äro större, kraftigare och bättre, än de voro för 25 år sedan” och ”De äro större och vackrare än förut”. I och med en ny uppfostringsideologi och nya omständigheter i samhällslivet skapades en förnyad idealbild av en frisk, stålig och lång kvinna. Diagnosen kloros försvann samtidigt. Utvecklingen fram till våra dagar har gått mot att kvinnlig svaghet har ersatts med disciplin och i viss mån styrka (Meurling, 2003).

”Det är nästan alltid bantning som utlöser sjukdomen och alla som svälter sig riskerar att utveckla hetsätning” (Glant, 1998, s.45 ff.). Helen Glant säger vidare att ”Man kan ha många

hypoteser kring ätstörningars orsaker, men alla teorier är hitintills obevisade. Man kan se, att det för 95 % av de patienter som behandlas för anorexi eller bulimi har börjat med en bantningsperiod, men det säger ingenting om orsakerna”

(www.interloquium.com/report/4.htm, 2003).

” I en genomgång av litteraturen kring riskfaktorer påstår Schmidt (2001) att bantning är relativt oviktigt för utvecklingen av anorexia nervosa jämfört med andra faktorer, exempelvis personlighetsdragen perfektionism, tvångsmässighet, negativ självbild och extrem lydighet (Clinton & Norring, 2002, s. 52).

Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten (2003), verksamma på Anorexicentrum vid Karolinska Institutet i Stockholm, beskriver med hänvisning till de klena behandlingsresultat man har vid ätstörningar, hur de sökt sig tillbaka till gamla tankegångar. Deras synsätt är att patientens psykiatriska symptom är en följd av svälten och inte tvärt om. Botemedlet handlar om att komma igång att äta igen, värme och vila. Man tar inte hänsyn till en eventuell förhistoria.

De som försökt sig på att hitta och förklara orsakerna har letat utifrån olika perspektiv. Man har tittat på personlighetstyp, familjebild, ålder, klasstillhörighet osv. Peter Dükler (1995) pekar på kulturens påverkan på individerna.” Den kultur vi lever i har en mängd raffinerade instrument till sitt förfogande när det gäller att förmedla de attityder, ideal och förebilder som påstås göra oss till framgångsrika och lyckliga människor. Enligt dessa uppfordrande budskap förutsätter lyckan och framgången en vältrimmad, spänstig och nästintill evigt ungdomlig kropp....Utmärkande för den epok vi lever i är att den dessutom i så oerhört hög grad definierar människor utifrån vad som är möjligt att kvantifiera och mäta i prestationer” (Dükler, 1995, s.28-29). Dükler menar att vi vuxna och föräldrar har ett stort ansvar när det gäller vad vi förmedlar av människosyn och kroppsideal till våra unga och barn.

”Women who use addictive substances are viewed as either out of control, in need or both. Women who “abuse” food are seen in a similar light” (Ettorre, 1992, s.108). Ettorre diskuterar kvinnors speciella förhållande när det gäller beroende över huvud taget. Hon utgår från ett feministiskt perspektiv och betonar kvinnors sociala roll i ett fortfarande patriarkalt samhälle och hur den rollen påverkar kvinnors förhållande till olika beroende och droger. Hon menar att i själva rollen ligger att vara beroende (av mannen eller systemet). Kvinnans roll är också

den att vara till för andra. ” For the majority of women , feeding others is viewed as a primary social role”(Ettorre, 1992, s. 114). “ Giving care and helping others is a fundamental part of a women´s being a dependent” (Ettorre, 1992, s. 142). Detta menar hon skulle kunna vara en del av förklaringen till att matproblem i så hög grad är ett kvinnligt problem. I detta resonemang vill Ettorre tydliggöra att det egentligen är ointressant om ätstörning hos kvinnor handlar om att inte äta eller att överäta. Det intressanta är att fråga sig varför kvinnor är så upptagna av sina kroppar och att se att kvinnor är fast i ett samhälleligt system av beroende. Ätstörningen skall då ses som ett uttryck för kvinnans reaktion på detta system. ”A woman seen to be abusing her body through food or other substances may be expressing the fact that she feels uncomfortable being female in this culture” (Ettorre,1992, s. 116). Det finns för kvinnor en tydlig om än inte alltid synlig koppling mellan att äta, att ge föda och kampen för en egen identitet. Man kan se det ätstörda beteendet hos kvinnor som ett klart budskap till omgivningen; ”We will eat what we want, when we want and as much or as little we want” (Ettorre, 1992, s. 116).

Charlotte Buhl (1993) menar att den person som utvecklar ätstörning har haft problem med att skilja mellan egna behov och andras förväntningar. Den första kampen för identitet, självständighet och bemästrande handlar, enligt Buhl, om att lära känna sina egna behov. I detta grundläggs självrespekten. I problematiska fall kan det ha uppstått en svårbemästrad konflikt när det gäller att hantera de egna behoven och den egna viljan i förhållande till föräldrar och andra. På så sätt utvecklas ett behov av att styras av andra. När sådana trygga styrning försvinner står den unga utan användbart handlingsmönster. För att bryta detta beroende av omgivningen krävs att nya sätt att lösa konflikter utvecklas (Buhl, 1993). Ätstörningar visar sig väldigt ofta i samband med konflikter och begynnande självständighet. I puberteten inträder nya förväntningar och behov. Den unga frigörs mera från föräldrahemmet men beroendet kvarstår och ska hanteras. Förvirrande och motsägelsefull press kommer både inifrån och utifrån. Om den unga inte har kontakt med de egna känslorna, står hon nu osäker och hjälplös i nya situationer. Det är här personer som utvecklar ätstörning har sin akilleshäla, menar Buhl (1993). Buhl tror att personer med ätstörning översätter sin otrygghet till något konkret – nämligen kroppen och vikten.

Peggy Claude-Pierre, mor till två döttrar som båda haft allvarlig ätstörning, startade Montreuxklinikerna i Kanada och har uppmärksammats för goda resultat med sina patienter med ätstörning. Hennes huvudtes går ut på att grundproblemet ligger i att individen har

utvecklat det hon kallar LNS, långvarigt negativitetssyndrom. Enligt henne uppstår detta syndrom hos barn som är tidigt och ytterst väl utvecklade vad gäller alla humana egenskaper såsom inkännande, engagemang och omsorg om andra. När barnen inte förmår att avhjälpa andras bekymmer känner de sig otillräckliga och tar på sig skulden. Ur denna skuld utvecklas en negativ självbild. Ju längre LNS har pågått desto svårare blir det att hjälpa (Claude-Pierre, 1997). Enligt Claude-Pierre är en viktig del i behandlingen att undvika allt som kan förstärka de negativa tankemönstrenas destruktiva krafter genom att ge ovillkorad positiv bekräftelse.

”Att inte äta blir ett undandragande och en flykt från samvaron med andra. En samvaro som man kanske inte orkar med eller kan hantera känslomässigt. Eller ett beroende av andra som man inte klarar av, kanske av rädsla för att bli övergiven om man visar vem man är”? (Glant & Glant, 1992, s.72).

Madeleine Masterson säger följande om sjukdomens uppkomst: ”den beror på psykiska och fysiska samt sociokulturella faktorer”. ” Gemensamt för alla är att det handlar om starka, känsliga och oerhört kapabla personer med en mycket låg självkänsla. Om vi har antenner så har de parabolantennor. De är experter på att ta hand om andras behov och glömmer sina egna. Svälten blir ett lösningsförsök att hantera känslor de inte får utlopp för. Svälten kan de kontrollera” ” Ofta börjar det med en helt vanlig bantning”.

(claes.norring@nat.se/sidorna/reportage/reportage3.htm, 2003-11-06).

Folkhälsoinstitutet hänvisar till konsensusuttalandet från 1993 där det sägs att ” Följande möjliga orsaker till sjukdomsdebut har identifierats: ärftlighet, fysiologiska faktorer, familjestruktur, personlighet samt kulturella och sociala faktorer” (1999, s.36).

”Det finns ett oerhört betydelsefullt faktum att hålla i minnet vid en diskussion av ätstörningar. Trots att patienterna har en viktig gemensam nämnare i sina ätstörningssymptom kan de också vara mycket olika med avseende på faktorer som bakgrund, övriga symptom och personlighet.”(Clinton & Norring, 2002, s.31). Clinton & Norring säger vidare (2002, s.86) att ” vår egen ståndpunkt är att ätstörningar är multideterminerade fenomen där biologiska, psykologiska och sociala processer samspelar som predisponerande , utlösande och vidmakthållande faktorer”.

4.1.2 Intervjuer

Dem som vi intervjuat har poängterat att man förklarar uppkomsten som multifaktoriell och att det är tjejer/kvinnor som till största delen drabbas. Intervjupersonerna ger oss exempel på patienter med en bakgrund med alltifrån svåra psykiska trauman bakom sig (sexuella övergrepp, misshandel, missbruksmiljöer och liknande) till patienter som börjat sitt matmissbruk med att ha slagit vad med en kamrat om att inte äta godis under ett par månader.

IP 1 säger att pressen - på framför allt unga tjejer – hårdnar för varje år. Idealen att vara smal, snygg och duktig blir övermäktiga för dessa flickor och att det faktiskt kan drabba vem som helst. Hon tror dock att i de allra flesta fall finns en psykologisk förklaring bakom en ätstörning, att svält – anorexi – alltid beror på något. Ofta kan hon se depression i samband med en ätstörning. Däremot går det inte att med säkerhet avgöra om depressionen blir den avgörande faktorn för ett utvecklande av en ätstörning menar IP1. Även IP 2 säger att man nästan alltid kan se en orsak bakom en ätstörning. Däremot kan orsakerna skilja sig väldigt mycket från person till person. IP 4 säger att hon inte anser att matmissbruk och en ätstörning är en sjukdom men att man däremot blir sjuk av att inte äta. Hon säger att det är ett stort rop på hjälp och därigenom så finns det psykologiska faktorer bakom. IP 4:s erfarenhet säger att det handlar mycket om självbild, identitet och att försöka stänga in sina känslor. IP 2 säger att för en del drabbade kan det handla om att de har utsatts för grova övergrepp i barndomen medan det för andra kan handla om en vilja och ambition att alltid vara bäst i skolan. IP 2 menar att det är ett brett spektra av orsaker men att hon är övertygad om att det alltid finns individuella sårbarhetsfaktorer inblandade som gör att en ätstörning utvecklas. Hon ger exempel på yttre påverkansfaktorer som skilsmässa, depression, dödsfall i familjen. Samtidigt som hon konstaterar att det inte handlar om utslagna multiproblemfamiljer som socialtjänsten i många fall möter. IP 3 resonerar på samma sätt som ovan och menar på att det alltid mer eller mindre finns en psykologisk förklaring bakom en ätstörning. IP 3 lyfter fram relationsproblem i en familj som en faktor som hon upplever som allt vanligare. Hon kan även se att det ofta handlar om barn och ungdomar som känner sig försummade av sina föräldrar och att det då inte främst handlar om familjer med multiproblemsituation. IP 3 menar att det ofta är flera påverkansfaktorer som spelar in. En faktor som ofta kommer fram i samtalen med patienterna berättar IP 3 är att någon i familjen (ex mamma eller moster) länge haft ett problematiskt förhållande till mat men att familjen aldrig diskuterat detta.

4.1.3 Våra kommentarer

Teori och praktik verkar vara överens om att problematiken har ett mångfaktoriellt ursprung, att ett tvärvetenskapligt synsätt bör anläggas för att förstå hur olika typer av ätstörningar uppkommer. Det som främst skiljer är vad man bedömer som verksamt i fråga om behandling. Gemensamt för aktörerna är att ätstörningar framför allt framställs som ett kvinnligt fenomen. Värt att notera är att vi i vårt urval av litteratur träffat på flera aktörer som anlägger ett feministiskt perspektiv.

4.2 Aktörer på fältet och begrepp som används för att förstå problematiskt förhållande till mat

Eftersom ”problematiskt förhållande till mat” är ett vitt begrepp har vi med denna frågeställning försökt ta reda på vilka benämningar som används av aktörerna på fältet. Hur de definieras och hur de används.

4.2.1 Aktörer

Vi har identifierat aktörerna på fältet. Det är i huvudsak personer som är yrkesverksamma inom sjukvården. Vi har funnit aktörer i yrkeskategorierna läkare, såväl medicinare som psykiatrer, forskare inom olika specialiteter, psykologer, sjukgymnaster, dietister, socionomer och arbetsterapeuter. Aktörer som täcker in så gott som hela sjukvårdsfältets yrkesgrupper. Folkhälsoinstitutet i samverkan med Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen engagerats i att följa utvecklingen av anorexi och andra ätstörningar samt samordna och i samverkan med landsting, kommuner och berörda frivilligorganisationer vidareutveckla det förebyggande arbetet (Folkhälsoinstitutet, 1999). Andra aktörer som gjort utsagor om ätstörning är personer som själva har erfarenhet av ätstörningsproblematik. Antingen av att själv ha eller ha haft en ätstörning eller av en närståendes problem. Genom att dela med sig av dessa erfarenheter på olika sätt, har de gett sitt bidrag till kunskapsbanken. Vi har även som sagts ovan, uppmärksammat att flera aktörer, forskare och författare med ett feministiskt perspektiv, under senare år kommit med sina inlagor i debatten om problemets orsaker och uppkomst.

4.2.2 Gränsdragningar utifrån litteraturen

Var gränsen går mellan normala varianter av överätande eller bantning och en klinisk ätstörning är svårt att exakt bestämma. I klinisk strikt mening räknas inte *obesitas*, kraftig övervikt, som en ätstörning, då det är en medicinsk diagnos (Clinton & Norring, 2002). Dock kan en överviktig person ha en ätstörning. Vanligtvis förekommer överätning av olika slag vid *obesitas*. Det rör sig oftast om ren överätning utan den tvångsmässighet som utmärker *bulimia nervosa*. Man saknar också den intensiva viktfobin hos dessa överviktiga. Hos en del överviktiga beskrivs övervikten orsakad av renodlad hetsätning, *bulimia nervosa*. Det handlar då om ett tvångsmässigt ätande som man helt saknar kontroll över. I dessa fall finns en stark viktfobi och man försöker kompensera för hetsätningen. Om man inte tillräckligt effektivt lyckas med detta kompensatoriska beteende så drar man med tiden på sig en övervikt (Glant & Glant, 1993). Man talar också om "bingeeating disorder" (BED), vilket innebär hetsätning utan kompensatorisk kräkning eller laxering.

4.2.3 Olika begreppsdefinitioner utifrån litteraturen

Vi kommer i det följande att försöka definiera de begrepp som vi i uppsatsen använder oss av. För alla begrepp finns inte någon allmänt vedertagen definition. Så är fallet när det gäller *ätstörning* och även *matmissbruk*. Fairburn & Walsh, som är två auktoriteter på området föreslår dock följande definition av ätstörning (Clinton & Norring, 2000, sid 27):

"Med ätstörning avses en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd allmän medicinsk åkomma (t.ex. en hypotalamisk tumör) eller någon annan psykisk störning (t.ex. ångestsyndrom)". För matmissbruk har vi inte lyckats hitta något försök till definition i litteraturen.

En ingång till problematiskt förhållande till mat kan vara att se det som en form av missbruk - *matmissbruk*. Följaktligen skulle det innebära att mat i viss mening kan betraktas som en drog. På vilket sätt är då missbruket ett problem? Det finns naturligtvis en månggradig skala från bruk till missbruk och så även när det gäller olika drogers olika farlighet. "Det finns ingen klar gräns mellan bruk och missbruk eller mellan skadlig och oskadlig konsumtion. Gränsdragningen sammanhänger med individuell känslighet och vilken skadenivå som samhället eller individen vill tolerera" (Elmér, 1991). För att ett missbruk ska kunna uppstå

måste det också finnas en viss tillgång till den efterfrågade drogen. Att ett missbruk förekommer betyder att det finns ett behov och en efterfrågan av drogen. Ett samhälle har olika möjligheter att försöka styra hur marknaden ska se ut genom exempelvis sociala normer och lagstiftning. Till skillnad från alkohol eller narkotika är mat en nödvändighet för människan (Ettorre, 1992). Därmed måste var och en på något sätt förhålla sig till maten. Det går inte att lagstifta bort förekomsten eller bruket av mat.

Matmissbruk förekommer i litteraturen för att beskriva ett beteende och ibland som en omskrivning av hetsätning. Vi uppfattar det som att aktörerna använder begreppet för att tydliggöra likheten med annat missbruk. Aktörerna gör en indirekt jämförelse. Likheterna ligger i kontrollförlusten, det osunda och självdestruktiva i beteendet. Hetsätning beskrivs som omgärdat med skam och skuldkänslor. Däremot använder man begreppet ätstörning när man i mer vetenskapliga sammanhang definierar olika yttringar av problematiska ätbeteenden. Cecilia Bergh använder i sin bok "Hetsätarna" (1984) begreppet matmissbruk, när hon behandlar beteendet hetsätning och bulimi. I ett samtal med psykologen Sven Holmberg vid Akademiska sjukhuset i Uppsala för Bergh fram att hon anser att man kan sätta ett likhetstecken mellan sug efter sprit och sug efter mat. "Det förstnämnda bedövar man med mängder av sprit och det andra med enorma mängder mat" (Bergh, 1984, s.67). Här sägs också att Holmgren mfl är övertygade om att det finns ett samband mellan missbruk av mat och missbruk av droger. I en undersökning han gjorde vid Uppsala Akademiska Sjukhus, berättade patienterna att de missbrukat olika droger för att slippa från den ångest och de skuldkänslor som hetsätningarna ger upphov till (Bergh, 1984). I samma undersökning säger Holmgren "att vara matmissbrukare innebär stora inskränkningar i ens vardagliga aktivitet och relationer samt leder till svåra ekonomiska problem" (Bergh, 1984, s.73). Holmgren anser också att de beteenden som uppvisas vid anorexia ska ses som konsekvensen av "var på ett kontinuum, som sträcker sig från total kontroll över hetsätningssimpulserna till total brist på denna kontroll, anorektikern befinner sig" (Bergh, 1984, s.51). Det skulle innebära att anorexi och bulimi finns i varsin ände av detta kontinuum och att en och samma person under ett förlopp först uppfyller det ena diagnoskriteriet och senare det andra. (Så utifrån detta resonemang skulle den personen periodvis vara matmissbrukare).

Helen Glant som har mångårig erfarenhet av arbete med personer med ätstörningar säger i en artikel på www.interloqium.com/report/4.htm att "Vissa människor som arbetar med missbrukare hävdar numera att anorexi och bulimi helt enkelt är former av missbruk, och så

försöker de passa in det här i Minnesotamodellen. Ibland har de teorier om att ätstörningar beror på att man blir tillvand på raffinerat socker, vitt mjöl och sådant. Det finns inga som helst vetenskapliga bevis för de hypoteserna” (2003-12-08).

Clinton och Norring (2002) talar om samsjuklighet (komorbiditet) när det gäller ätstörningsproblematiken. Vanligt förekommande är att individer med dessa problem också uppvisat symptom på depression, tvångsmässighet och ångest. De hänvisar också till Wilson (1995) som menar att missbruksproblem är vanligt förekommande hos patienter med ätstörning och omvänt ses en överrepresentation av ätstörningar bland missbrukare. Detta gäller främst missbruk av alkohol samt drogerna cannabis och amfetamin. Ofta har det startat med att patienten med ätstörning börjat använda drogen för att dämpa matlusten och på så vis kontrollera vikten. Så småningom har droganvändningen kunna leda till ett problem i sig (Clinton & Norring, 2002).

En annan ingång till problematisk förhållande till mat är synen på *ätstörning* som sjukdom. Då matmissbruk och ätstörningar företrädesvis definieras och behandlas inom sjukvården hittar vi definitioner av våra centrala begrepp i DSM-IV (*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, fjärde upplagan*, 1994, utgiven av American Psychiatric Association). I klinisk behandling av ätstörning används fastställda diagnoskriterier (i DSM-IV) som delar in ätstörning i anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning utan närmare specifikation (UNS).

Definition enligt DSM-IV: En anorektiker är en person som vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd. Anorektikern håller en kroppsvikt som konstant är mindre än 85 % av den förväntade. Detta uppnås antingen genom viktnedgång eller genom utebliven viktuppgång trots att kroppen fortfarande växer. Anorektikern lever med en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller att bli tjock, trots att han eller hon är underviktig. Personen har en störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller personen förnekar allvaret i den låga kroppsvikten. Amenorré hos menstruerande kvinnor, dvs. minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. Det förekommer två anorexityper. Den ena med enbart självsvalt och den andra typen med hetsätning/självrening.

Anorexia Nervosa betyder ”frånvaro av aptit” eller ”nervös aptitlöshet”. Detta anses missvisande då det inte rör sig om någon äkta aptitlöshet utan mer om en ”anorektisk attityd” (Glant, 1998). Med det avses en rädsla för att äta på grund av en gränslös rädsla för att vara, eller bli tjock, samtidigt som anorektikern har en störning av kroppsuppfattningen. Svälten leder till matfixering, koncentrationssvårigheter, tvångssymptom, depression, sömnsvårigheter och försämrat omdöme. Alla som svälter sig tar risken att också utveckla hetsätningssymptom (Glant, 1998). Anorektikern har svårigheter att bedöma sin egen kroppstorlek och även svårt att uppfatta kroppens olika signaler såsom hunger och mättnadskänslor. Samma anorektiska attityd lider den av som har Bulimia nervosa (Glant & Glant, 1993).

Birkehorn (1999) beskriver några andra psykiska kännetecken för anorexi. Problematiken leder till en fixering vid mat och bantning och ett tvång att ständigt vara igång för att förbränna kalorier. Tvångstankarna på mat och motion gör att umgänget med andra människor blir väldigt begränsat. Anorektikern upplever det väldigt svårt att äta tillsammans med andra människor, speciellt i nya miljöer eller på offentliga platser. En person som lider av anorexi har dålig självkänsla och tillit till den egna förmågan. Kännetecknande är också komplex för utseendet och stark prestationsångest. Perfektionskravet ökar: att lyckas, att vara duktig, att göra andra människor glada. Ofta bottnar det i en önskan att bli vad de tror att andra vill att de ska vara. Många anorektiker blir aktiva ”hjälpare” som vill se till att alla andra har det bra och gör allt för att undvika konflikter och känslor som uppfattas som farliga. Anorektiker upplever ett kaos av känslor och kroppsliga symptom (Birkehorn, 1999).

Definition enligt DSM-IV: En bulimiker har återkommande episoder av hetsätning. Hetsätningen kännetecknas av att personen under en avgränsad tid (t.ex. inom två timmar) äter en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter. Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t.ex. en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter.) För att diagnosen ska kunna ställas skall både hetsätning och kompensationsbeteende (d v s självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, fasta, överdriven motion eller liknande) förekomma i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader för att diagnosen skall kunna ställas (Clinton & Norring, 2002).

Bulimia betyder ”omättlig aptit” eller ”oxhunger”. En bulimiker försöker med varierande resultat att kompensera för sitt överdrivna ätande genom kräkning, laxermedelsmissbruk och/eller tvångsmässigt intensivt motionerande. Bulimipatientens personlighet karakteriseras som en person med lågt självförtroende, perfektionsbehov och önskan att vara andra människor till lags, att leva upp till föräldrarnas förväntningar. Hon är osäker på sin egen identitet, individualitet och autonomi. Hon känner skam och skuldkänslor, är deprimerad, isolerar sig och hyser en abnorm oro för sin kroppsvikt. Stressituationer och dramatiska förändringar i livssituationen kan framkalla det regressiva mönstret hos bulimipatienten (Bergh, 1984).

Störningar av ätbeteendet och kroppsuppfattningen förekommer hos många kvinnor utan att man kan diagnostisera detta som anorexia eller bulimia nervosa. Besvären kan likväl vara handikappande och plågsamma för den drabbade. Det rör sig ofta om varianter av anorektiskt och bulimiskt beteende som inte helt uppfyller kriterierna för anorexia och bulimia. Det kan också handla om restsymptom efter anorexia eller bulimia. Dessa tillstånd diagnostiseras enligt DSM-IV som anorexi utan närmare specifikation (UNS) eller atypisk ätstörning (Glant & Glant, 1993).

4.2.4 Förekomst/Incidens och prevalens utifrån litteraturen

Förekomsten av ätstörningar beräknas dels i incidens och dels i prevalens. Incidens innebär det antal nya fall av en sjukdom som uppstår i en avgränsad population under en viss tidsperiod (vanligen ett år). Incidensen uttrycks vanligtvis i form av antal fall per 100 000 individer i den aktuella populationen. Prevalens syftar på det antal fall av sjukdomen som finns vid en viss given tidpunkt (punktprevalens), men kan ibland också uttryckas som periodprevalens och avser då antalet fall (nya och gamla) som förekommer under en viss given period. Man talar också om ackumulerad prevalens och menar då exempelvis hur många som utvecklat en viss sjukdom fram till och med det att de uppnått en viss ålder (Clinton & Norring, 2002). Flera studier visar att incidensen är 10-30/100 000 unga kvinnor (ca 12-25 år) insjuknar i anorexi under ett år. Man har i dessa studier kunnat konstatera att det skett en ökning av antalet insjuknade (Clinton & Norring, 2002).

Idag räknar man med att ungefär 1 % av alla flickor i åldrarna 14-19 år drabbas av anorexi. Lika många drabbas av bulimi som dock debuterar senare, runt 20-årsåldern. Både anorexi och bulimi är utpräglade kvinnosjukdomar. Endast 5 % av patienterna är män (Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten, 2003). Det har alldeles nyligen bekräftats det man länge trott nämligen att problemen ökat bland unga människor. Enligt en artikel i Sydsvenska Dagbladet, som refererar till årets läkarstämma i Älvsjö, visar en ny studie att medelvikten bland skolflickor ökar samtidigt som viktminskarna blivit fler. Man konstaterar också att oroande viktminskning nu även förekommer bland lågstadies flickor (Sydsvenska Dagbladet, 28 nov, 2003).

Bulimi har som egen diagnos funnits betydligt kortare tid än anorexi (sedan 1979). Det finns därför inte lika många undersökningar gjorda. De undersökningar man gjort visar på att incidensen sannolikt varierar mellan 5 och 65 nya fall/100 000 kvinnor/år (Clinton & Norring, 2002). Den andel kvinnor som vid ett givet tillfälle lider av bulimi ligger troligen på 1-2 %. Studier tyder också på att risken för att utveckla bulimi har ökat (Clinton & Norring, 2002).

När det gäller ätstörning UNS vet man ännu för lite för att kunna säga om dessa störningar bör kategoriseras som förstadium till de specifika störningarna, som lindrigare fall av dessa eller som egna tillstånd. Eftersom det inte finns några kriterier för denna diagnos är det svårt att göra några säkra bedömningar av incidens och prevalens. Dock utgår expertis på området från att ätstörning UNS är åtminstone tre till fyra gånger så vanligt förekommande som de kompletta syndromen.

Det som skiljer BED från bulimi är att en person med bulimi gör sig av med den konsumerade maten exempelvis genom kräkning. En person med BED kompenserar inte sitt överätande utan behåller maten. Diagnosen hetsättningsstörning är fortfarande inte allmänt erkänd men används som en s.k. provisorisk diagnos. En studie på området rapporterar att 6 % av befolkningen uppfyller kriterierna för hetsättningsstörning om man baserar detta på frågeformulär (Clinton & Norring, 2002)..

4.2.5 Intervjuer

De intervjupersoner som arbetar inom sjukvården säger att man egentligen inte använder begreppen matmissbruk i sin profession utan att man använder begreppet ätstörning. En

ätstörning klassas som en psykisk störning och kan uppträda som anorexi eller bulimi. IP 2 säger att man ser det som en psykosomatisk sjukdom, en sjukdom man kan dö av, och att det kanske är därför som det tillhör sjukvården. IP 1 säger att det görs en klar distinktion mellan begreppen matmissbruk och ätstörning. Man ser på matmissbruk som ett slags okontrollerat, hejdlöst ätande, ett kaos av mat, men utan kompensatoriska beteenden som kräkningar och laxermedel. Inom sjukvården prioriteras de med diagnosen Ätstörningar framför de som har ett matmissbruksbeteende. IP 4 på VallbyHage använder begreppet matmissbruk och säger då att hon i första hand menar bulimiker (med eller utan kompensatoriska beteenden som kräkning och laxering).

Ingen av dem vi intervjuat drar spontant några paralleller mellan ätstörningar och annat missbruk. Däremot tycker de – på en direkt fråga från oss – att det finns liknande mekanismer inblandade i samband med ett matmissbruk som det finns vid annat missbruk. Bl a nämner IP 2 faktorer som förnekande, manipulativt beteende, anhörigas medberoende. Hon säger att hon många gånger kan dra paralleller till sitt tidigare arbete på en alkoholklinik. IP 1 menar att det finns en social spärr för vissa människor mot att missbruka droger som är förenat med reglering, förbud och sociala koder vilket gör att de kanske istället väljer mat för sitt missbruk. IP 1 säger vidare att bulimiker ofta använder mat som tröst och att man då kan se att mat fyller en funktion som drog. IP 3 säger också att hon kan se att det finns likheter med annat missbruk med hänvisning till hennes tidigare yrkeserfarenheter. Hon nämner bl a faktorer som manipulation, förnekande, medberoende, kontroll/förlust av kontroll. En annan likhet hon tar upp är att kroppen – trots att den tar stryk – på något sätt vänjer sig vid svält liksom kroppen gör vad gäller tolerans av alkohol och narkotika. IP 4 drar direkt paralleller mellan ett matmissbruk och ett alkoholmissbruk. Hon nämner likheter som smusslandet, ljugandet, att det är något fult som man måste dölja samt kampen om kontroll och icke kontroll. IP 4 säger vidare att patienterna upplever att de får en ”kick av att ohejdat kränga i sig mat”.

4.2.6 Våra kommentarer

Vi konstaterar att det är begreppet ätstörning som används så gott som uteslutande på fältet. Begreppet matmissbruk definieras inte riktigt som en psykisk störning. Vi uppfattar det som aktörerna inte ser en alldeles självklar och naturlig koppling till annat missbruk även om de framhöll att det finns liknande mekanismer inblandade. I litteraturen går matmissbruk under

rubriken ätstörning UNS. Clinton och Norring (2002) belyser den utveckling man sett under de senaste 20 åren där man ständigt debatterar kring klassificeringen av ätstörningar. Det blir problematiskt att dela upp gruppen ätstörningar i alltfler diagnoser och diagnostiska undergrupper. Detta har också kritiserats från flera håll. Ett övergripande problem är att mellan 30-60 % som söker hjälp för ätstörning inte passar in i något av de vanliga diagnostiska kriterierna och därmed inte får den hjälp som egentligen är motiverad. Man har inte kunnat enas om när en ätstörning egentligen är tillräckligt allvarlig för att vara "klinisk".

4.3 Beskrivning av verksamma åtgärder och insatser

Nedan vill vi redovisa vad aktörerna på fältet anser vara verksamma behandlingsinsatser:

4.3.1 Litteraturstudien

Den dominerande behandlingen av ätstörningar i Sverige under 60-talet var av psykoterapeutisk modell och influerad av Hilde Bruchs arbeten (Clinton & Norring, 2002). Under 1970-talet började de första behandlingsprogrammen i slutenvård att utvecklas. Mest inflytelserika har behandlingsprogrammen i Lund respektive i Uppsala varit. Förgrundsgestalter har här varit Sten Thelander respektive Sven Holmgren. Behandlingarna baserades främst på beteendeterapeutiska principer, med mer eller mindre uttalade behandlingskontrakt och en strikt yttre kontroll. Sten Thelander har gjort en av få längre uppföljningsstudier av anorexipatienter, ett arbete som är internationellt välkänt (Clinton & Norring, 2002). En annan viktig behandlingsutveckling under 70-talet representerades av Kerstin Laurén, barn och ungdomspsykiater vid Danderyds sjukhus. Hon startade upp en liten psykosomatisk enhet på barnkliniken, där hon behandlade tonåringar med anorexia nervosa med korta inläggningsperioder och familjeterapi, i såväl öppen som sluten vård. Denna familjeterapeutiska behandlingsmodell fick stor spridning i svensk barn- och ungdomspsykiatri (Clinton & Norring, 2002). Den första specialiserade öppenvårdsverksamheten för behandling av vuxna patienter startades 1983, på Södersjukhuset i Stockholm av Rolf Glant (Clinton & Norring, 2002). Samtidigt tog forskningen kring ätstörningar fart, framförallt i Lund, Göteborg och Uppsala.

Intresset för vetenskapliga undersökningar av läkemedelseffekt vid ätstörningar har ökat under senare år. Läkemedelsbehandling har inte visat sig kunna påverka kärnsymptomen vid

anorexia. Det svåra svälttillståndet försvårar behandlingen med läkemedel eftersom det i sig innebär att effekten av psykofarmaka blir nedsatt. De läkemedel som trots allt används är antipsykotiska, stämningsstabiliserande, antidepressiva och aptitökande (Clinton & Norring, 2002).

Åren närmast kring 1990 inträffade en rad viktiga händelser som kom att sätta igång de utvecklingsprocesser som format dagens ”ätstörnings-Sverige”. Flera specialiserade öppenvårdsverksamheter startade liksom de första privata ätstörningsverksamheterna. Detta som en följd av att man under slutet av 80-talet hade noterat en framväxt och snabb ökning av nya grupper av patienter med ätstörningar - de med bulimia nervosa och de med s.k. idrottsanorexi (Clinton & Norring, 2002). En hearing vid socialdepartementet 1992 resulterade i ett uppdrag till Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen att undersöka vilka kunskaper och behandlingsresurser som fanns när det gällde ätstörningar. Uppdraget resulterade i en rapport 1993, *Ett liv av vikt*, som summerade situationen i Sverige avseende problematiken. (Denna rapport följdes upp fem år senare i *Ett liv av vikt - fem år senare*, 1999). Man arrangerade en nationell konferens för forskare och kliniker, verksamma på området. Konferensen resulterade i ett konsensusuttalande med rekommendationer för behandling av ätstörningar. Nu bildades också Svenska Anorexi- Bulimisällskapet, en förening för alla som arbetar professionellt med ätstörningar. Denna förening har kommit att bli viktig för utvecklingen av samarbete, kunskapsutbyte och kommunikation. Numera finns också ett nordiskt samarbete i Nordic Eating Disorders Society (Clinton&Norrning,2002).

Vi har också kunnat se att det är flera stora och intressanta projekt på gång men som ännu inte är avslutade. I Uppsala bedrivs ett forskningsprojekt kring kognitiv beteendeterapi och självhjälp vid bulimia nervosa, i Göteborg pågår en behandlingsstudie avseende grupp- och individualterapi för patienter med hetsättningsproblem. Dessutom har ett nationellt kvalitetsregister, RIKSÄT - nationellt kunskapsregister för specialiserad ätstörningsbehandling - för specialiserad ätstörningsbehandling upprättats, samt två multicenterstudier, SAMÄT - samordnad forskning och utvärdering vid specialenheter för behandling av patienter med ätstörning i barn- och ungdomspsykiatri - och SUFSA - samordnad utvärdering och forskning vid specialenheter för anorexi/bulimi - (www.nat.se) samt (Clinton och Norring, 2002).

Genom tiderna har olika synsätt förordat olika behandlingsinsatser. I vår tid är expertisen tämligen överens om att utgå ifrån att ätstörningar har en mångfaktoriell bakgrund. Av den anledningen har ansvariga myndigheter gått ut med en rekommendation att arbeta i team med bred kompetens för att möta individuella behov. Det är också så att det fortfarande saknas vetenskapliga belägg för hur verksamma olika behandlingsinsatser är (Clinton & Norring, 2002).

Den viktigaste faktorn för en framgångsrik behandling anses vara *tidig behandling*. Ju längre patienten går med sina problem desto svårare blir behandlingen *oavsett vilken behandlingsform* som används (Buhl, 1993). I regeringsrapporten från 1993 diskuteras hur man bäst kan förebygga ätstörningar (Folkhälsoinstitutet, 1999). Viktiga grupper i det förebyggande arbetet anses vara föräldrar, kamrater, lärare, skolhälsovård- elevvårds- och övrig skolpersonal, personal och ledare inom fritids- och idrottsverksamheter, personal vid ungdomsmottagningar, inom studenthälsovården och övrig hälso- och sjukvård, tandvårdspersonal, frivilligorganisationer, patientföreningar, myndigheter, reklam- och mediabranschen. I dessa grupper innebär det förebyggande arbetet att öka kunskap och medvetenhet om ätstörningar för att möjliggöra tidig upptäckt och stöd. När det gäller barn och ungdom inriktas arbetet på ett salutogent angreppssätt d v s man satsar på processer som främjar en hälsosam utveckling hos individer eller grupper (Folkhälsoinstitutet, 1999). I sådant arbete fokuseras på att uppnå och främja positiva effekter exempelvis att uppnå god självkänsla, gott självförtroende god copingförmåga o s v. Däremot rekommenderas inte ren information om ätstörningar till ungdomar. Det har man sett när det gäller drogförebyggande arbete. Det har visat sig att det kan ha motsatt effekt. Däremot bör föräldrar och vuxna få information för att kunna upptäcka tidiga tecken på ätstörning (Folkhälsoinstitutet, 1999).

I Folkhälsoinstitutets rapport från 1999 hänvisas till ett norskt skolprojekt (”Ungdom og spiseforstyrrelser”, 1993-1995), som utifrån sina erfarenheter formulerat ett antal mål för sitt förebyggande arbete med barn och ungdomar (Folkhälsinstitutet, 1999, s. 46):

1. *Att utveckla ett bredare emotionellt register och stärka kontakten med de egna känslorna*
2. *Att främja sunda strategier för coping, stresshantering m.m.*
3. *Att stärka självkänsla och självrespekt*
4. *Att främja autonomi och funktionella relationer i familjen*

5. *Att utveckla förmågan att uttrycka egna behov och känslor*
6. *Att utveckla förmågan att ställa realistiska krav på sig själv*
7. *Att främja möjligheten till en positiv kroppsupplevelse*
8. *Att förknippa självkänsla med andra saker än kropp, vikt och utseende*
9. *Att stärka en kritisk hållning till övergripande kulturella kroppsideal*
10. *Att främja sunda mat- och aktivitetsvanor*
11. *Att främja kunskap om biologisk och psykologisk utveckling hos barn och ungdomar*

Man får räkna med att framgångsrik behandling måste få ta tid. Det är ett tålamodskrävande arbete, både för klienten och för behandlaren. "Behandlingen av anorektiker kräver ännu mer tålamod än bulimibehandlingen." Jag tror inte på några genvägar - ofta får man räkna med att arbeta med patienten i fem-sex år, då hon förbättras och försämras i olika perioder. Ibland krävs slutenvård, men ofta går det bra i öppenvård" säger Helen Glant (www.interloquium.com/report/4.htm, 2003-12-08).

I "När maten tar makten" av Peter Dükler (1995) lyder en av rubrikerna "Man kan inte bota anorektiker – men de flesta blir friska". Under denna rubrik intervjuar Dükler Sven Holmgren, psykolog och upphovsman till "Uppsalamodellen" och vid tidpunkten för intervjun kollega med Claes Norring vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala. "Uppsalamodellen" bygger på Holmgrens tes att man på vetenskaplig grund inte kan bota dessa patienter. Däremot vet man att de flesta blir friska - med eller utan behandling. I Uppsala satsar man på att genom omvårdnad understödja patienternas egna, självläkande processer. Andra åtgärder som har med kroppsupplevelse och psykoterapi att göra ser Holmgren som ett slags utvidgad omvårdnad (Dückel, 1995). Holmgren säger vidare att det betyder mindre vilken terapeutisk metod man använder än att terapeuten och patienten lyckas upprätta en god relation. Den goda relationen är viktigare än huruvida behandlingen utförs av en beteendeterapeut, psykodynamiker eller en läkare med mediciner som specialitet. Det är att patienten känner sig förstådd och respekterad som är det viktiga (Dückel, 1995).

"Ytterligare forskning behövs för att undersöka på vilket sätt olika faktorer spelar in i utvecklandet av ätstörningar. Det är också angeläget att sådan forskning utgår från studier av normalpopulationen och inte enbart baseras på studier av personer som sökt vård för ätstörningar" (ur konsensusuttalandet från 1993, Folkhälsoinstitutet, 1999, s. 36).

Hur går det då för patienter med anorexi? Den schweiziske läkaren Christoff Steinhausen, beskrev 2002, utfallet vid anorexi. Han bedömer att chansen att bli frisk inom tio år är mindre än 50 procent. Risken att bli kroniskt sjuk är 25 procent och risken att dö av sjukdomen variera mellan 0 och 25 procent. Situationen har inte blivit bättre under de senaste 50 åren, enligt Steinhausen (Bergh, Brodin, Ejderhamn och Södersten, 2003).

Clinton & Norring (2002) hänvisar till den analys som Harris och Barraclough gjorde 1998, av alla engelskspråkiga undersökningar 1966-1995 av dödligheten vid psykiatriska syndrom. Deras analys visar att de högsta riskerna för en för tidig död av både naturliga och onaturliga (ofta självmord) orsaker fanns bland patienter med missbruksproblem och patienter med ätstörningar. Samma slutsats drog Sullivan 1995 av sin metaanalys av dödligheten vid anorexia (Clinton & Norring, 2002).

4.3.2 Intervjuer

Ystad, Malmö och Lund (IP 1, 2 o 3) representerar sjukvården. De arbetar utifrån synsättet att ätstörningsproblematiken är mångfaktoriell. För att kunna arbeta brett och utifrån varje enskild patients speciella behov så arbetar man i team. På de tre arbetsplatserna inom sjukvården betonades vikten av att kunna dra nytta av olika specialistkompetenser. Teamen ser i stort sett likartade ut på de tre arbetsplatserna. De består av olika kombinationer av team med läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, dietist och arbetsterapeut. Behandlingen ser även likartad ut. Man gör alltid en somatisk och medicinsk bedömning för att kunna ställa diagnos utifrån de kriterier som är fastställda idag (se under rubriken olika begreppsdefinitioner utifrån litteraturen).

I ett inledningsskede koncentreras behandlingen på patienternas fysiska status för att de ska ha en möjlighet att kunna tillgodogöra sig behandling, såsom samtal (enskild eller i grupp), information om hälsa och kost, matlagningsträning osv. När patienten bedöms vara i tillräckligt god kondition så lägger man upp fortsatt behandling utefter varje individs behov och situation. I Ystad berättar intervjupersonen att man arbetar både med ett psykodynamiskt synsätt och med ett kognitivt synsätt. Intervjupersonen i Malmö för fram det systemteoretiska perspektivet och i Lund säger intervjupersonen att man har ett pragmatiskt synsätt blandat med psykodynamiskt perspektiv med inslag av ett kognitivt perspektiv. IP 1,2 och 3

poängterar att teamet ger en möjlighet att arbeta flexibelt och anpassa behandling just efter den enskilda patientens behov. I intervjuerna framkom att Ystad, Malmö och Lund har kompetens och möjlighet att i sin behandling arbeta utifrån många olika perspektiv och att man gör det eftersom man uppfattar att orsakerna till en ätstörning skiljer sig från patient till patient.

På Vallby Hage Rehab i Trelleborg arbetar man individuellt med sina patienter. Man använder sig av analytisk terapi och kognitiv beteendeterapi samt kropps- och bildterapi. Även på Vallby Hage utgår man ifrån att ätstörningsproblematiken är mångfaktoriell och därför erbjuder även de en bredd i sin behandling med hjälp av olika kompetens hos personalen, bl a psykoterapeut, kroppsterapeut och läkare.

Upplägget när det gäller öppenvården ser i stort likartad ut i Ystad, i Malmö och i Lund. Det som främst skiljer är de olika förutsättningarna med tanke på storlek, organisation och resursfördelning som styrs centralt av Region Skåne. Gemensamt synsätt är likväl - vad vi uppfattar - att man ser ätstörningsproblematiken som mångfaktoriellt orsaksbaserat och därför valt att arbeta i team som representerar en bred kompetens.

På samtliga ställen erbjudes insatser på flera plan med olika typer av samtalskontakt, gruppterapi, bildterapi, gruppverksamheter med matlagning och hälsa som tema. En central och verksam del i behandlingen är samtalsterapi/kontakt enligt de intervjuade. Metod och upplägg varierade något mellan praktiken i Ystad, Malmö och Lund. IP 1 berättar om en psykodynamisk terapi i kombination med kognitiv terapi. Hon menar att det är mycket effektivt att ha en bred kompetens för att just kunna arbeta flexibelt utefter varje enskild patients behov. Även IP 3 lyfter fram denna kombination av psykodynamisk terapi och kognitiv terapi som verksamt. IP 2 lyfter fram systemteori och att man ser familjen som ett användbart verktyg i behandlingen och säger att familjeterapi är dokumenterat framgångsrikt för patienter under 18 år.

Ingen av de intervjuade menar att det generellt sett inte är mer verksamt att låta en patient behandlas på ett dygnet runt-boende än vad det är att behandla dem i öppenvården. IP 1 säger att utifrån hennes erfarenhet är öppenvården det bästa alternativet för de flesta patienter under förutsättning att det finns kompetent personal som har möjlighet att träffa patienten flera gånger i veckan under minst ett par månader. Detta under förutsättning att patienten är i så

pass bra fysiskt skick att hon kan tillgodogöra sig alla behandlingsinsatser. IP 4 menar också att man måste ha flera insatser och verktyg att erbjuda patienten. Hon menar att man bör ta bort fokus på kilo och vägen och istället koncentrera sig på det psykiska måendet. Hennes erfarenhet är att man kan inleda samtalsterapi även om patienten är i mycket dåligt fysisk skick. IP 4 framhåller vidare att arbeta med patienter i grupp är mycket verksamt eftersom gruppmedlemmar ger så otroligt mycket till varandra.

4.3.3 Våra kommentarer

Ett intressant faktum är att Folkhälsoinstitutet som statlig myndighet går in och på ett så tydligt sett anger ett konsensusställningstagande till vad som skall gälla på fältet. I förlängningen kan vi anta att detta ger mindre utrymme för alternativa förklarings- och behandlingsmodeller.

Terapi och samtalskontakt är något som praktiken har som central del i sin behandling. Att arbeta på bred front, att sätta in insatser tidigt och på flera plan – individuella samtal, gruppterapi i kombination med matlagning m m – i en öppenvårdsbehandling verkar också i praktiken vara överens om är effektivt och verksamt. Det förekommer inom sjukvården även behandling med anti-depressiv medicinering och t o m neuroleptika i svåra fall av ätstörning. Vi uppfattar en gradskillnad mellan IP1, 2 och 3 i sjukvården i IP 4 som i högre grad vill ta bort fokus från vikt och väg.

4.4 Förändringar över tid

Vi ville med denna frågeställning ta reda på om synen på ätstörningar har skiftat över tid och vilka konsekvenser detta i så fall fått på fältet.

4.4.1 Litteraturstudien

Clinton och Norring (2002) konstaterar att om man ser tillbaka på utvecklingen av ätstörningsområdet så har vissa specifika teorier och idéer, avseende både orsaker till och behandling av ätstörningar, periodvis dominerat på fältet. De menar att det är ganska typiskt för ett ”ungt” och ännu relativt outforskat område. När området ”mognat” leder det ofta till en insikt om att det inte finns några enkla förklaringar och åtgärder, utan att man sannolikt

behöver många perspektiv och alla goda krafter för att uppnå det man strävar efter. Samtidigt konstaterar de att det ”idag råder en bred konsensus om att ätstörningar är komplicerade fenomen där en stor uppsättning faktorer - av olika karaktär och på olika nivåer – samspelar och leder till den varierande kliniska bild som patienterna uppvisar” (Clinton & Norring, 2002, s.24).

4.4.2 Intervjuer

Praktiken säger att problemen med olika typer av ätstörningar har ökat. IP 1 hänvisar till det hon sagt tidigare om att pressen på att vara snygg, sexig och smal har ökat framför allt för unga tjejer. IP 3 säger att man upplever att det är en ökning av dem som söker hjälp och att man har en kö men att man inte vet med säkerhet vad det beror. Man vet alltså inte om det beror på en faktisk ökning av ätstörningsproblematiken eller om det beror på att problemet uppmärksammas och debatteras allt mer idag. Vi uppfattade inte att någon av de intervjuade med säkerhet kunde säga om synsättet över tid har förändrats. Det som samtliga poängterade var att de flesta behandlingar utgår från att ätstörningsproblematiken är multifaktoriellt och därför är man organiserade i team där flera yrkesgrupper ingår med sin kompetens.

4.4.3 Vår kommentar

Varken praktiken eller litteraturen hade så mycket att tillägga utöver det vi ovan redovisat. Av den anledningen finner vi det inte meningsfullt att här ytterligare kommentera frågan.

5 ANALYS

På det fältet vi har undersökt har vi kunnat se att det råder någorlunda konsensus när det gäller orsakerna kring ätstörningsproblematikens uppkomst. Det man är överens om är att man måste använda sig av ett multifaktoriellt- och tvärvetenskapligt synsätt för att förstå hur olika typer av ätstörningar uppkommer. Vi kan dock notera att det finns gradskillnader i förklaringarna. Olika aktörer fokuserar på olika nivåer, individ-, system- och strukturell nivå. Utifrån nivån anlägger aktörerna dessutom olika perspektiv, exempelvis ett socialt-, psykologiskt- medicinskt-, historiskt- eller ett genusperspektiv. Värt att notera är vi i vårt

urval av litteratur har träffat på flera aktörer som anlägger ett feministiskt perspektiv. Gemensamt för aktörerna är att ätstörningar framför allt framställs som ett kvinnligt fenomen. Då talar vi om de ätstörningar som uppfyller de uppsatta diagnoskriterierna som experterna själva tycker är otillräckliga och snäva.

De ätstörningar som har provisoriska diagnoser (ätstörningar som ännu ej har någon vetenskaplig diagnos) är också de ätstörningar som får minst uppmärksamhet. I den mån det finns matmissbrukande män såväl som kvinnor får de inte den uppmärksamhet och den professionella hjälp som de förmodligen behöver.

Samtliga som vi har intervjuat säger att man är övertygade om att det alltid finns en psykologisk förklaring till en ätstörning och ett matmissbruk. De menar att det oftast är flera faktorer som spelar in och när någon som redan är skör drabbas av ytterligare utifrån kommande belastande faktorer så kan detta leda till att man utvecklar en ätstörning. Intervjupersonerna är också överens om att de som drabbas har en skiftande bakgrund och problematik. Man talar om ytterligheter som grova övergrepp till en vilja att vara bäst i skolan.

Vi har identifierat aktörerna på fältet. Det är i huvudsak personer som är yrkesverksamma inom sjukvården. Vi har funnit aktörer i yrkeskategorierna läkare, såväl medicinare som psykiatrer, forskare inom olika specialiteter, psykologer, sjukgymnaster, dietister, socionomer och arbetsterapeuter. Aktörer som täcker in så gott som hela sjukvårdsfältets yrkesgrupper. Regeringen har givit Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen uppdraget att i samverkan följa utvecklingen på området och att samordna arbetet med det förebyggande arbetet. Här kan vi se hur man lyckats muta in reviret inom sjukvårdsfältet där man i hög grad fokuserar på ätstörningsfenomenet som sjukdom, psykosomatisk sådan. Då det bedrivs forskning på det medicinsk-biologiska området kan man tänka sig att även läkemedelsindustrin kan ha intresse av att ta fram ett läkemedel skräddarsytt för ätstörningssymptomen. Redan idag används i viss utsträckning, inom sjukvården anti-depressiv och t o m anti-psykotisk medicinering (se behandling under frågeställning 3) i behandlingen av patienter med svår ätstörningsproblematik.

Vi kan se att det råder meningsskiljaktigheter på fältet huruvida man kan dra paralleller mellan matmissbruk och annat missbruk. Samtidigt som aktörer värjer sig för begreppet så vill de inte förneka ett samband. Aktörerna såväl inom teori som inom praktik, använder sig i första hand av begreppet ätstörning. Vi uppfattar att det handlar om en semantisk skillnad när man använder begreppen matmissbruk eller ätstörning. Aktörerna använder sig i första hand av matmissbrukstermen när de vill beskriva *beteendet* medan de använder ätstörningstermen när de benämner själva *fenomenet*, som vi valt att kalla ett problematiskt förhållande till mat.

Vi uppfattar att de frenetiska, och som det framstår för oss, krystade ansträngningar som görs inom klinisk verksamhet, för att fånga in alla grader av ätstörningar i nya diagnoser, som ett sätt för fältet att muta in sitt revir. På vägen i detta arbete använder sig aktörerna av tillfälliga diagnoser. Med de olika diagnoserna har man kunnat påvisa omfattningen av problemet. Genom detta har fältet dels varit framgångsrikt i att konstruera ett problem, dels att tydliggöra att problematiken hör hemma inom sjukvården. Diagnostiseringskravet anser vi att man kan se som ett exempel på en doxa som råder på fältet.

Att ätstörningsproblemet så starkt hänförs till sjukvården kan få som konsekvens att tillgängligheten av behandlingsinsatser för den enskilde begränsas. Som ex. kan vi ta Vallby Hage som inte tillhör sjukvården och därför faller utanför remissförfarandet. Patienterna måste själva söka och bekosta sin behandling där. För de allra flesta ställer sig detta ekonomiskt omöjligt.

Vad vi kan se så finns det inte någon speciell teoretisk inriktning som man utgår från i praktiken när det gäller val av metod för samtalsterapi. Vi uppfattar det som om praktiken är öppen och flexibel i sina val av metoder. Detta kan vara ett tecken på att man har som metod att arbeta flexibelt utifrån varje individs speciella bakgrund, situation och behov. Detta kan vi tolka på två sätt. Antingen har man som utgångspunkt att det inte riktigt finns några tydliga och gemensamma faktorer att bygga sin behandling på och därför blir metoden flexibel. Det kan också vara ett resultat av att man famlar i mörkret och inte riktigt vet vilken metod som är verksam och hur man skall behandla de som drabbats av en ätstörning. Vi kan anta att detta utgör ett stort problem för den behandlande personalen, som är de som kommer närmast det mänskliga lidandet. Avsaknaden av effektiva behandlingsmetoder föder ett sug efter de diagnoser utifrån vilka man skulle kunna utforma optimal hjälp. Detta kan tänkas skapa ett sug efter fler verktyg och ger därför energi åt fältet.

Terapi och samtalskontakt är något som praktiken har som central del i sin behandling. Att arbeta på bred front, att sätta in insatser på flera plan – individuella samtal, gruppterapi i kombination med matlagning, kroppskännedom, bildterapi m m - i en öppenvårdsbehandling verkar också i praktiken vara överens om är effektivt och verksamt. Av den anledningen är verksamheter uppbyggda på teamarbete som kan erbjuda en bred kompetens. Vi kan ana att behandlingsfältet efterlyser mer forskning på olika behandlingmetoder och resultat. Framför allt saknar man forskning som är gjord på andra än patienter i klinisk behandling. Det saknas kompletterande undersökningar gjorda på normalpopulationen.

Vi kan se att det råder konsensus om att det är viktigt att satsa på samhälleliga insatser på bred front för att arbeta förebyggande. Målet bör vara att så tidigt som möjligt upptäcka problemen för att kunna sätta in rätt insatser. Tidiga insatser ökar chanserna för att effektivt kunna hjälpa de drabbade. Många på fältet är överens om att skolhälsovården är en viktig kontaktyta. Genom sina regelbundna undersökningar och en relativ närhet till barn och ungdomar kan skolhälsovården göra tidiga upptäckter av tidiga tecken på ätstörning. Folkhälsoinstitutets förespråkar ett salutogent informationsbudskap i förebyggande syfte till barnen. I det salutogena perspektivet fokuseras på det som är friskt och hälsosamt när det gäller kost och motion i stället för att informera om ätstörningar och destruktiva beteenden. Informationen till vuxna och föräldrar bör däremot informera om ätstörningsbeteende och vara inriktad på att upptäcka tidiga tecken.

Synen på ätstörning har egentligen inte förändrats nämnvärt över tid. Det vi kan konstatera är att synen på ätstörningar tycks följa all annan samhällsutveckling, vad gäller kvinnans roll i samhället och även synen på hälsoaspekter på kost och motion. Aktiviteten har ökat när det gäller att förklara och förstå problemet. Stora ansträngningar görs för att diagnostisera alla möjliga varianter och grader av ätstörning. Fortfarande är det så att de som får mest hjälp är de som framstår som svagast och sjukast (befinner sig närmast ett dödligt tillstånd), där samhället inte vågar riskera att människor dör av sitt beteende. Problematiskt förhållande till mat definieras som ett i huvudsak kvinnligt fenomen. Det har också i hög grad definierats som sjukdom på ett eller annat sätt. Det har tidigt varit läkare och män som intagit expertposition på området. Vi uppfattar att det fortfarande är (utifrån-) experter inom olika områden som gör de tunga utsagorna i förhållande till de individer som har självupplevda (inifrån-) erfarenheter av ätstörningsproblem, och utifrån dessa gör sina utsagor.

För oss var sjukdomsfokuseringen på fältet slående. Vi upptäckte under arbetet att flera författare under senare tid fört fram ett feministiskt perspektiv på orsakssambanden. (Det feministiska perspektivet var inte vår medvetna utgångspunkt). Vi tycker inte alls att denna utveckling är förvånande, eftersom det i hög grad handlar om ett kvinnligt fenomen. Detta skulle kunna tolkas som en motreaktion mot det manliga tolkningsföreträde som tidigare rått på fältet.

Under de senare 20 åren har klinisk verksamhet, som vi konstaterat ovan, kommit med en uppsjö med försök till nya diagnoser och rön kring ätstörning - som vi uppfattar det - i syfte att behålla sitt revir. Den medicinska expertisen har kunnat konstatera en oroande tendens till ökning av dels hälsovådlig övervikt och dels en ökning av antalet underviktiga personer.

Utvecklingen mot ett ökat antal diagnoser och tillfälliga diagnoser, med i ena polen matmissbruk och övervikt och i den andra polen självsvalt och undervikt, gör att omfånget av fältet vidgats samtidigt som man krympt antalet individer som passar in i diagnoskriterierna. Det som för oss blivit tydligt är hur det går att konstruera ett problem på det sociala fältet.

6 SAMMANFATTNING och AVSLUTANDE DISKUSSION

6.1 Sammanfattning

Som vi skriver i inledningen är detta ett ämne som engagerar många och som även diskuteras livligt i media. Möjligtvis har vi blivit mer uppmärksamma och omedvetet letat efter rön i detta ämne i den allmänna debatten. Vi hade inte några som helts problem att få tag sakenligt empiriskt material både med några år på nacken men även alldeles nytt material. Detta tolkar vi också som om det är ett aktuellt ämne som diskuteras och berör många.

Kvinnoidealet förändras över tiden och kan uppfattas motsägelsefullt. Mycket återstår att förklara. Anorexi framstår fortfarande som ett gåfullt fenomen. Ända sedan man uppmärksammade fenomenet ätstörning för första gången (1600-talet), har det förekommit en mängd olika förklaringsansatser. Intressant är att kunna konstatera att trots att fenomenet

varit känt såpass länge inom vetenskapen så har det dröjt ända fram till början av 80-talet innan den första behandlingsenheten inrättades.

Det är intressant att detta kvinnliga fenomen i så hög grad utforskats och definierats av män. Vi har i uppsatsen beskrivit hur kvinnan tidigt i historien ofta fick rollen som det svaga, känslösa, ömtåliga, passiva och beroende "offret" i förhållande till mannen som var den logiske, myndige, handlingskraftige och i både psykiskt och fysiskt hänseende överlägsen. Här passar sjukrollen väl in för kvinnan. Idag tycker vi att man kan ifrågasätta varför man fokuserar så på sjukdomsbegreppet när det gäller ätstörning. Behandling av ätstörning bedrivs i sjukvårdens regi. Om man gör jämförelsen med andra problem såsom alkohol och narkotikamissbruk är sjukdomsaspekten inte alls så framskjuten. Dessa problematiker vårdas också på sjukhus när de fått fysiska åkommor av sitt leverne. Det slog oss redan när vi började söka litteratur till uppsatsen, att alkohol och narkotika hade egna hyllmetrar under sociala frågor medan ätstörningar fanns under psykiatri.

Idag har fältet landat i att man är tämligen enig om att orsakerna är mångfaktoriella och man bör anpassa behandlingsinsatserna därefter. Vi har uppfattat att det är genom en uppsjö av diagnoskriterier som sjukvården mutar in fältet. Fältet har vidgats men det är svårare för de drabbade att passa in.

Anorexicenter i Malmö drivs privat på uppdrag av Region Skåne. Vi tycker att det är allvarligt när verksamheter inte ställer sig till förfogande och är öppna för berättelser om sin verksamhet. Det vore av värde att man delade med sig av kunskaper och erfarenheter till exempelvis studenter som i sina framtida professioner högst sannolikt kommer att komma i kontakt med de problem som behandlas i verksamheten.

6.2 Avslutande diskussion

Under missbrukskursens gång tyckte vi att vi kunde koppla vissa av missbrukets olika psykologiska och psykosociala mekanismer till det vi i vårt arbete sett av människor med olika ätstörningsbeteenden (Arbete inom somatisk och psykiatrisk sjukvård). Framför allt finns det hos oss en erfarenhet av att många med ett problematiskt förhållande till mat själva beskriver och upplever sig som missbrukare och att de själva i hög grad formulerar sina

problem som missbruksproblem. Detta förstärktes av en insändare till "Läsarsidan" i Sydsvenska Dagbladet, vi läste under hösten. Där skriver signaturen "ingen särskild", som själv uppenbarligen lider av ätstörning svar till en flicka som i tidigare Läsarspalt beskrivit sin situation som anorektiker. I sitt svar skriver hon "Att banta som du gör är ett missbruk, precis som rökning, drogmissbruk m.m. Man blir beroende efter ett tag och det verkar du ha blivit.....". Vi blev nyfikna på hur man i litteraturen och på fältet förklarar och ser på dessa problem och beslöt oss för att undersöka problemets etiologi d v s förklaringar av orsaker och uppkomst av ätstörningar och matmissbruk.

Vi anser att det finns så många liknande komponenter i ätstörningsproblematik jämfört med annat missbruk och att drogen mat kan fylla samma funktioner som andra droger. Vi tänker då på Johan Cullbergs tes om regressionen i jagets tjänst (Cullberg, s.304, 1988):

"Vår vardagstillvaro är inte tillräcklig för oss människor. Dels för att livet i sig kan vara pressande, svårt och oroande så att vi vill söka olika slags tröst och vila från vardagen. Dels för att vi kan gå och bära på en gammal längtan, som är omöjlig att uppfylla och förknippad med behov och känslor vi knappast kan namnge. Det som psykoanalysen kallat för "regression i jagets tjänst" avser den tillfälliga och vederkvickande vila från verklighetens förutsättningar och krav som samtidigt också låter oss få kontakt med de inre källorna. I denna nödvändiga regression minskar vår känsla av ansvar och skuld samtidigt som vi erfår en förhöjd närvaro- och existenskänsla". (Regression är en av våra psykologiska försvarsmekanismer som vårt undermedvetna tar till när den verklighet vi lever i blir oss övermäktig.)

Ätstörningsproblematiken har rönt mer uppmärksamhet i media under senare år. Flera kända personligheter trätt fram och berättar om sina personliga svårigheter. Kronprinsessan Victoria är en av dem som har gett anorexia ett ansikte. Prinsessan Diana i England, en annan. Fotbollskändisen och numera journalist på Aftonbladet, Tina Nordlund och hennes pojkvän Martin Björk (TV:s "Fråga Olle") reser runt och föreläser om hur det är att vara drabbad av ätstörning respektive att vara anhörig till en anorektiker.

Medicinsk expertis framträder i media uttrycker oro för våra matvanor och att vi och våra barn blir allt fetare och fetare. De betonar att sett ur ett framtidsperspektiv är det av yttersta vikt att ta detta på allvar. Övervikt som leder till ohälsa som leder till ökande

samhällskostnader. För att för ett ögonblick rikta blicken utanför vårt lands gränser, stod det nyligen att läsa i en liten notis i Sydsvenskan, att fetma / övervikt hos befolkningen i USA kostar landet mer än vad Irak-kriget gjort!

När det gäller de olika förklaringsansatserna så är det inte så svårt att ”köpa” de flesta av dem. Det viktiga är menar vi att man verkligen kommer ihåg och lever upp till kunskapen om att problematiken är mångfaktoriell. Det gäller verkligen att man arbetar på bred front i samhället. Det ligger ju närmast till hands att sjukvården ”vårdar bort” symptomen medan grundproblematiken lever vidare i form av orimliga krav på unga människor vad det gäller kroppsideal och prestationer. Dessa företeelser är ju betydligt besvärligare att komma åt.

Det verkar vara viktigt att se på detta problem ur flera perspektiv och på flera nivåer. Det räcker inte att se ätstörning som ett individuellt problem. Inget är vunnet om man tar bort symptomen hos individer för en tid. I ett större sammanhang kan det handla om stöd och hjälp till uppväxande barn och ungdomar att få en chans att utveckla självförtroende och trygghet. Då behövs även mycket stöd till föräldrar och andra som har att ta hand om barn. Det behövs en allmän och öppen diskussion om våra roller som män och kvinnor, inte i termer av kamp utan i syfte att uppnå en ökad förståelse.

En slutsats vi dragit i arbetet med uppsatsen är att vid sidan av det viktiga behandlingsarbetet också är av största vikt att arbeta med förebyggande insatser. Utifrån den diskussionen fastnade vi för följande citat ur Ulf Wallins sammanfattning av sin genomgång av olika preventionsstudier (Folkhälsoinstitutet 1999). Där skriver han att för att ett preventionsprogram ska vara effektivt och ge bättre självkänsla hos alla ungdomar, framförallt unga tjejer handlar det om vilket samhälle vi ger våra barn ”och kommer då kanske att handla mer om politik än om sjukvård” (s.41).

För oss är det inte så självklart att ätstörningsproblematiken ovillkorligen ska behandlas under sjukvårdens tak. Utifrån det multifaktoriella och tvärvetenskapliga synsättet som det råder konsensus kring, borde man kunna vidga definitionen av ätstörning för att på så sätt utnyttja övriga kompetenser och resurser i samhället. Precis som när det gäller betald behandling vid exempelvis alkohol- eller narkotikamissbruk borde det vara självklart att också få bistånd för behandling av ätstörningsproblematik.

Bergh, Cecilia (1984) *Hetsätarna*, Författarförlaget, Malmö.

Bergh Cecilia, Brodin Ulf, Ejderhamn Jan och Södersten Per (2003) "Nygammal bot mot anorexi" *Forskning & Framsteg*, nr6, s 14-18.

Birkehorn, Regina (1999) *Anorexia – en ordlös själ*, Meyer Information & Förlag AB, Gävle.

Buhl, Charlotte (1993) *Kampen om kroppen*, Wahlström och Widstrand, Borås.

Bordieu, Pierre (1992) *Kultur och kritik*, Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg.

Claude-Pierre, Peggy (1997) *Ätstörningarnas hemliga språk, att förstå och bota anorexi och bulimi*, Forum, Smedjebacken.

Clinton, David & Norring, Claes (red.) (2002) *Ätstörningar – bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, Natur och Kultur, Stockholm.

Cullberg, Johan (1988) *Dynamisk psykiatri*, Natur och Kultur, Arlöv.

Düchel, Peter (1995) *När maten tar makten*, Carlsson Bokförlag, Stockholm.

Folkhälsoinstitutet (1999) *Ett liv av vikt*, Folkhälsoinstitutet, Jönköping.

Ejrnaes, Morten och Kristiansen, Sören, (2002), Perspektiv på sociala problem i USA och Skandinavien i Meewisse, A. & Swärd, H., red. *Perspektiv på sociala problem*, Natur och Kultur, Stockholm.

Élmer, Åke red. (1991) *Missbruk, enhandbok för social utbildning*, Sober Förlag, Malmö.

Ettorre, Elizabeth (1992) *Women and substance use*, The Maximillian Press LTD, London

Goldberg, Ted (2000) *Samhällsproblem*, Liber Förlag, Stockholm.

Glant Helen & Glant Rolf (1992) *Bulimia nervosa – när bara maten existerar*, LIC Förlag AB, Karlshamn.

Halvorsen, Knut (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund.

Järvinen, Margareta, (2002), Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system i Meeuwisse, A. & Swärd, H., red. *Perspektiv på sociala problem*, Natur och Kultur, Stockholm.

Meeuwisse Anna & Swärd, Hans (2002) *Perspektiv på sociala problem*, Natur och Kultur, Stockholm.

Meurling, Birgitta, (red.) (2003) *Varför flickor? – ideal, självbilder och ätstörningar*, Studentlitteratur, Lund.

Wallin, Ulf (1999) *Förebyggande arbete vid ätstörningar-en genomgång av aktuell forskning*, Folkhälsoinstitutet FHI, Jönköping.

Övriga källor

Gustav Berglund, Helen Glant om ätstörningar, www.interloquium.com/report/4.htm, 2003-12-08.

Karin Dahlgren, NÄT reportage, Den anorektiska demonen, claes.norring@nat.se/sidorna/reportage/reportage3.htm, 2003-11-06.

(www.nat.se)

Nationalencyklopedin, www.ne.se, 2003-11-17

Syd Svenska Dagbladet, 28 nov, 2003

Cederblad, Marianne (2001) *Barn – och ungdomspsykiatri*, Liber, Stockholm.

Hakala, Laura (2000) *Det är bäst att glömma hela kroppen, om ätstörningar*, Bonnier Carlsen, Stockholm.

Hede, Maria (1987) *Evelyn Spöke*, Bonniers, Stockholm.

Holmgren, Paul och Persson, Henrik (2002) *Ätstörningsproblem, anknytning och självbild- en enkätundersökning av en grupp gymnasieelever*, Lunds Universitet, Psykologexamensuppsats Vol IV (2002):33.

Kansi, Juliska (2003) *Eating problems and the self-concept: The body as a mirror of the mind*, Department of Psychology, Stockholms Universitet Akademityck AB, Edsbruk.

Lindgren, Sven-Åke (1993) *Den hotfulla njutningen- att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890-1970*, Symposium Graduale, Stehag.

Magnusson, Ingela (1994) *Ätstörningstendenser – en diskussion om vem som väljer att gå över gränsen*, C-uppsats i socialt arbete, Socialhögskolan, Lund.

Palazzoli, Selvini Mara (1979) *Anorexi- boken om självsvalt*, Natur och Kultur, Stockholm.

Päivärrinne, Maria Heidi (2002) *Spiseforstyrelser- screeningundersökelse i en icke-klinisk tonårsgrupp med EDI-II*, Lunds Universitet, Psykologexamensuppsats Vol IV (2002):14.

Rham, Annette (1988) *Kampen mot kylskåpet och drömmen om prinsen*, Wahlström och Widstrand, Borås.

Sobal, Jeffery and Maurer, Donna (1999) *Interpreting weight: the social management of fatness and thinness*, Aldine de Gruyter cop., New York.

Monica Jönsson
Mona Eng
Socialhögskolan Lund
C-uppsats – termin 6

Frågeställningar att diskutera utifrån vårt syfte ”Att undersöka och jämföra olika aktörers argument för att förklara och förstå ätstörning och matmissbruk”:

- *Förklaringar och förståelse av uppkomsten.*
 - Varför blir man matmissbrukare?
 - Vem blir?
 - Vilken funktion har drogen mat?
 - Kan man jämföra missbruk av mat med annat missbruk?

- *Begreppsdefinitioner.*
 - Matmissbruk.
 - Ätstörning.

- *Ståndpunkter/synsätt vad gäller verksamma åtgärder och insatser.*
 - Vad är verksamt?
 - Finns det bot?
 - Vilka samhällsliga insatser behövs?

- *Förändringar över tid.*
 - Problemet minskat/ökat?
 - Har något synsätt varit dominerande?