

Lunds universitet
Socialhögskolan
SOL 064
Höstterminen 2001

ÄTSTÖRNINGAR

- fem kvinnors upplevelser av sin ätstörning och behandling

Författare: Sandra Krenzisky
Veronica Persson

Handledare: Gunilla Lindén

Abstract

The purpose of our essay was to examine what treatment women have had, who in their teenage years had eating disorders, how they have experienced this treatment and how they live today. Our central questions were; what was their experience of the treatment, how are their lives today, has the eating disorder and the treatment affected how the women live today and what kind of treatments are there?

The research is based on qualitative interviews with five women who have had eating disorders and medical personnel who specialize in treatment of eating disorders.

We have found that some of the women have gone through several treatments and that they have the most positive experience from their latest treatment. Today most of the women are free from symptoms but still have negative thoughts about food and their appearances sometimes.

The women have been affected by the eating disorder as well as the treatment. They all have some kind of physical marks and some of the women mean that they have been affected mentally by suffering from depressions and socially because of the loss of former friends. The women experience that the treatment has helped them to get better.

Innehållsförteckning

Förord	3
1. Inledning	4
1.1 Problemformulering	4
1.2 Syfte	5
1.3 Frågeställningar	5
1.4 Metod och urval	5
1.4.1 Tillförlitlighet	6
1.4.2 Tillvägagångssätt vid resultatredovisning och analys	6
1.4.3 Etik	7
1.5 Ätstörningar, några aspekter	7
1.5.1 Historia	7
1.5.2 Förekomst	7
1.5.3 Vem drabbas?	8
1.5.4 Förlopp och prognos	8
1.6 Vad är anorexi och bulimi?	9
1.6.1 Definitioner	9
1.6.2 Vad signalerar om någon drabbats av en ätstörning?	11
1.6.3 Symptom	11
1.7 Teorier om ätstörningar	12
1.7.1 Biologiska faktorer	12
1.7.2 Psykologiska faktorer	12
1.7.3 Sociala faktorer	13
2. Behandling	13
2.1 Terapiformer	13
2.2 Metoder och tekniker	14
2.2.1 Sociala och relationella metoder	14
2.2.2 Imaginativa och kognitiva metoder	14
2.2.3 Affektiva och sensativa metoder	15
2.2.4 Somatiska metoder	15
2.3 Farmakologisk behandling	15
2.4 Är en behandlingsform bättre än andra?	16
2.5 Peggy Claude-Pierre	16
3. Resultatredovisning	17
3.1 Behandlingspersonal	17
3.1.1 Vilken behandling bedriver ni här? Hur ser behandlingsformen ut?	17
3.1.2 Vilken teori/er utgår ni från?	21
3.1.3 Hur ser prognosen för tillfrisknande ut?	21
3.1.4 Vad tror ni orsakar ätstörningar?	22
3.2 Sammanfattning av intervjuerna med kvinnorna	22
3.2.1 Hur problemet uppmärksammades	23
3.2.2 Omgivningens betydelse	25
3.2.3 Behandlingens form och innehåll	27
3.2.4 Upplevelser av behandlingen	31
3.2.5 Nuvarande livssituation	35
3.2.6 Orsaken till ätstörningen	37

<u>4. Analys</u>	39
<u>4.1 Hur problemet uppmärksammades</u>	39
<u>4.2 Omgivningens betydelse</u>	40
<u>4.3 Behandlingens form, innehåll och upplevelser av behandlingen</u>	41
<u>4.4 Nuvarande livssituation</u>	43
<u>4.5 Orsaker till ätstörningen</u>	44
<u>5. Slutdiskussion</u>	45
<u>Källförteckning</u>	48
<u>Böcker</u>	48
<u>Intervjuer</u>	48
<u>Bilaga 1</u>	49
<u>Bilaga 2</u>	50

Förord

Vi tycker att ätstörningar är ett mycket intressant och mångfacetterat ämne och det har varit berikande att jobba med denna uppsats.

Vi hade inte kunnat genomföra uppsatsen om vi inte hade haft så många som ställt upp och hjälpt oss att göra den möjlig.

Vi vill främst tacka er kvinnor som har ställt upp och delat med er av era erfarenheter. Vi vill också tacka Barbro Nalerius på Hässleholms sjukhus, Riitta Holmer och Birgitta Amylon på Enheten för anorexi och bulimi i Lund samt Isabella Clevenhag på Anorexi punkten i Råå för att ni hjälpt oss att fördjupa våra kunskaper om behandling av ätstörningar. Ett stort tack även till er som har hjälpt oss att hitta intervju personer. Sist men inte minst vill vi tacka vår handledare Gunilla Lindén som handlett oss med stort engagemang.

Lund, januari 2002

Sandra och Veronica

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Ätstörningar är i vårt samhälle idag ett utbrett problem. Problemet har uppmärksammats mycket de senaste åren i media inte minst sedan Kronprinsessan Victoria gick ut med att hon drabbats av ätstörningar. Dagens utseende- och kroppsfixerade samhälle ses ofta som en orsak bakom ätstörningar. Vilken substans det ligger i detta vet vi inte. Det finns dock inga belägg för att anorexi ökat i frekvens sedan fixeringen vid smala, långa kroppar började med t ex Twiggy på 60-talet. Det är antagligen inte så att det endast är medias bild av kvinnoidealet som orsakar ätstörningar.

Många andra faktorer spelar också in, men som Råstam-Bergström et al, (1995) säger finns det anledning att ta kritiken mot kroppsfixeringen på allvar.

”Damtidningarnas ständiga frossande i kaloririka matrecept kopplat med nya hård-bantningstips, uppvisande av tråsmala modeller, det samtidiga överexponerandet av kvinnliga former med jättelik byst; allt detta torde vara svårt för tonåriga flickor att förena till ett ideal som kan stämma för dem.” (Råstam-Bergström & Gillberg & Gillberg 1995 s 43)

Av alla kvinnor drabbas fyra till fem procent någon gång i livet av någon form av ätstörning. Ätstörningar är ett stort begrepp som innefattar olika typer bl a anorexia nervosa (självsvalt), bulimia nervosa (hetsätning), BED (binge eating disorder) som innebär hetsätning utan kompensatorisk kräkning och slutligen Ätstörning UNS (utan närmare specifikation) som innebär att den inte stämmer helt med diagnoskriterierna. De vanligaste formerna är anorexia nervosa och bulimia nervosa.

Vi har valt att i den här uppsatsen begränsa oss till ätstörningarna anorexi och bulimi.

Vi har funderat kring vad det är som gör att vissa utvecklar anorexi eller bulimi medan andra inte gör det? Var går gränsen mellan att tänka mycket kring mat och vikt och mellan att tankarna övergår i ett negativt tanke och beteendemönster? Vad gör man åt ätstörningar? Vad finns det för behandling? Ätstörningar har belysts i skönlitterära böcker som t ex ”Evelyn spöke” av Maria Hede och ”Nej, tack jag åt nyss” av Anna-Lena Brundin. Detta är några av anledningarna till att ämnet fångat vårt intresse och vi vill fördjupa våra kunskaper om detta problem.

1.2 Syfte

Vårt huvudsyfte är att undersöka vilken behandling kvinnor som i tonåren haft ätstörningar genomgått, hur de upplever denna behandling samt hur deras livssituation är idag.

1.3 Frågeställningar

1. Vilken upplevelse har kvinnorna av den behandling de genomgått?
2. Hur ser deras liv ut idag?
3. Har ätstörningen påverkat hur kvinnorna lever idag?
4. Har behandlingen påverkat hur kvinnorna lever idag?
5. Vilka behandlingsmetoder används av behandlingspersonal och hur ser dessa ut?

1.4 Metod och urval

Vi har gjort en kvalitativ undersökning i form av semistrukturerade intervjuer (Denscombe, 2000). Intervjun förbereddes med halvstrukturerade frågor, (se bilaga 1 och bilaga 2). Dessa frågor gav möjlighet till följdfrågor som gjorde att intervjun blev öppen och levande.

Intervjuerna har gjorts med fem kvinnor som haft sin ätstörningsdebut i tonåren, behandlingspersonal Riitta Holmer och Birgitta Amylon från Enheten för Anorexi och Bulimi i Lund, Isabella Clevenhag på Anorexi punkten i Råå, Helsingborg. Vi har även gjort en telefonintervju med Barbro Nalerius på BUP (Barn och ungdomspsykiatri) i Nordöstra Skåne, Hässleholms sjukhus. De flesta intervjuerna har spelats in på kassetband. Intervjun med R. Holmer och B. Amylon spelades inte in på kassetband, eftersom de inte ville det. Under denna intervju fördes istället anteckningar av oss båda. Intervjun med B. Nalerius gjordes på telefon och spelades inte heller in på kassetband. Telefonintervjun var inbokad och förbereddes noga med anteckningsblock och pennor för att så lite som möjligt störa intervjun och för att anteckningarna skulle bli så korrekta som möjligt. Intervjun skrevs ut direkt efter samtalet.

Anledningen till att vi valt att intervjua behandlingspersonal utöver kvinnorna, är för att komplettera vad vi hittat i litteraturen om behandlingsmetoder och för att få konkreta exempel på hur olika behandlingsmetoder fungerar i verkligheten.

Inför intervjuerna med kvinnorna diskuterade vi om vi båda skulle medverka och beslutade att vi båda skulle vara med. Vi ansåg att vi kunde vara säkrare på att få fram vad intervju-

personen menar och att det skulle underlätta vid analysen i utformandet av uppsatsen om vi båda varit med vid intervjun. Vi frågade intervjupersonerna före intervjuerna om det känns "OK" att vi är två och förklarade vårt syfte med detta. Om någon inte hade velat detta hade vi givetvis respekterat det. Vi var båda aktiva under intervjun genom att vi delade upp frågorna mellan oss. Innan vi genomförde intervjuerna gjorde vi en provintervju med en bekant för att vi skulle bli "hemmastadda" med att ställa frågorna på ett naturligt sätt och för att prova bandspelaren. Vi har före intervjun med kvinnorna, i enlighet med vad Denscombe (2000) skriver, berättat om undersökningens syfte, fått bekräftelse på att vi fick lov att banda intervjuerna samt försäkrat intervjupersonerna att vi kommer att behandla materialet konfidentiellt (Denscombe, 2000).

Vi har hittat intervjupersonerna på olika sätt. Vi skickade iväg 10 brev till olika patientföreningar och behandlingshem samt öppenvårdsmottagningar. Vissa av breven innehöll förfrågningar om de kunde hjälpa oss att hitta intervjupersoner och andra brev innehöll förfrågningar om vi fick intervju personalen. Genom en patientförening fick vi en intervju-person. Vi har även intervjuat två bekanta (med bekanta avser vi någon man inte har en närmare relation till) som haft ätstörningar och via en av dem i sin tur kommit i kontakt med ytterligare en intervju-person, den så kallade snöbollseffekten (Denscombe, 2000). Dessutom har vi genom en kontakt på en tidigare arbetsplats hittat en intervju-person. Vi har ett bortfall, en inbokad intervju med ännu en bekant som gav återbud på personliga skäl.

Funderingar uppstod kring vad det skulle betyda att intervju någon bekant. Vi kom fram till att detta inte skulle inverka på genomförandet av intervjuerna och att eventuella skillnader skulle tas upp i metodavsnittet. Vi har genomfört intervjuerna på ett likartat sätt och kan inte se att det har gjort någon skillnad att vi intervjuat bekanta också. Under intervjuerna tycker vi att det har varit en öppen och bra stämning mellan oss och intervjupersonerna.

1.4.1 Tillförlitlighet

Eftersom vår undersökning baserar sig på intervjuer med endast fem kvinnor, så kan inte några generella slutsatser dras utifrån vårt material. Vi anser dock att kvinnornas upplevelser är unika och viktiga att beakta oavsett deras antal. Den insikt kvinnornas upplevelser ger oss kan bara förmedlas av dem som har egna erfarenheter av en ätstörning.

1.4.2 Tillvägagångssätt vid resultatredovisning och analys

För att kunna redovisa resultatet från intervjuerna på ett tydligt sätt har vi delat in resultatredovisningen i fem olika teman; hur problemet uppmärksammades, omgivningens betydelse,

behandlingens form och innehåll, upplevelser av behandlingen, nuvarande livssituation och orsaken till ätstörningen. Dessa teman utgår från frågorna vi ställt till kvinnorna under intervjuerna. Vi har också under analysen använt oss av dessa teman, men slagit samman två av dem (behandlingens form och innehåll och upplevelser av behandlingen). Vid bearbetningen av analysen har vi jämfört kvinnornas upplevelser och erfarenheter med den litteratur vi redogör för i kapitel 1 och 2, samt den behandlingspersonal vi intervjuat. Vi har också försökt hitta likheter och skillnader i kvinnornas upplevelser och erfarenheter.

1.4.3 Etik

Det kan vara känsligt att intervjua någon som har eller har haft ätstörningar och i synnerhet personer som ännu inte fått distans till sin sjukdom. Vi har därför inriktat oss på att endast intervjua kvinnor som har genomgått behandling. Vi har också haft som förutsättning att de kommit så långt att de kan berätta om sina erfarenheter av ätstörningen. Vi har av etiska skäl och av respekt gentemot kvinnorna fingerat viss data.

1.5 Ätstörningar, några aspekter

1.5.1 Historia

Ätstörningar kan spåras ända tillbaka till Egyptiernas tid. Det finns en berättelse om en Faraosom skulle gifta bort sin dotter mot hennes vilja. Kvinna slutade att äta för att göra sig så oattraktiv som möjligt inför sin blivande make (Birkehorn 1999). 1684 beskrevs för första gången anorexi som ett medicinskt fall av den engelske läkaren Richard Morton. Han beskrev en patient som var en artonårig flicka som saknade menstruationer, var blek och inte hade någon aptit. Flickan såg ut som ett skelett och dog efter en tid (Råstam Bergström & Gillberg & Gillberg, 1995). William Gull var en läkare som 1874 gav sjukdomen anorexia nervosa (aptitlöshet) ett namn (Eriksson & Carlsson 2001). På 1970-talet kom den amerikanska psykoanalytikern Hilde Bruch att betyda mycket för förståelsen av sjukdomen (Råstam Bergström & Gillberg & Gillberg, 1995). Bulimia nervosa blev en sjukdomsbeteckning under tidigt 1980-tal, men tillståndet beskrevs redan under 1700- och 1800-talet. Bulimi omnämndes då som "boulimie" eller "true boulimus" och beskrevs bl a som en "intensiv upptagenhet av mat och hetsätning, följt av svimning" i olika lexikon (Buhl, 1993).

1.5.2 Förekomst

Ulf Wallin (2000) skriver att Pawluch och Gorey 1998, i en återblick på epidemiologisk undersökning har funnit att förekomsten (frekvensen) av anorexia nervosa är 5 på 1000 tonårsflickor och 1-2 på 1000 kvinnor. Vidare säger han att många fler söker hjälp för

sjukdomen än för 20 år sedan och att det inte finns någon undersökning som visar att förekomsten av sjukdomen ökat hos tonåringarna (Wallin, 2000). Ca 20 % av anorektikerna lider även av bulimi (Eriksson & Carlsson 2001).

1.5.3 Vem drabbas?

90-95 % av de som lider av anorexi och bulimi är flickor och kvinnor (Eriksson & Carlsson 2001). Anorexi är vanligast bland yngre tonåringar medan kvinnor mellan 20-40 år oftast drabbas av bulimi. Bulimi drabbar fler kvinnor än vad anorexi gör (Davidsson & Ringborg 2001). Ätstörningar kan uppstå i alla sociala skikt, men det finns en viss överrepresentation i grupper som är på väg upp i det övre sociala skiktet (Buhl 1993). Senare studier visar inte någon sådan fördelning mellan de sociala skikten som tidiga undersökningar pekar på. Ätstörningar är vanligast i västvärlden. Det finns en ökad frekvens av ätstörningar bland subkulturer med kroppsfixering, t ex fotomodeller och dansare och utövare av viss idrott. Detta gäller även vid sjukdomar där ett mat- och dietintresse är nödvändigt, t ex diabetes och glutenintolerans. Anorexia nervosa tycks även uppstå hos ungdomar i familjer med höga ambitioner oavsett socialgrupp (Råstam-Bergström & Gillberg & Gillberg, 1995). Utifrån DSM-III-R, 1987 förekommer anorexi oftare bland systrar och mödrar till individer med anorexi jämfört med befolkningen i helhet. Bland personer som lider av anorexi är ofta en förälder eller ett syskon överviktiga (Eriksson & Carlsson 2001).

1.5.4 Förlopp och prognos

Ulf Wallin skriver i sin avhandling (2000), att sjukdomens förlopp varierar betydligt. Några av dem som drabbats av anorexi är sjuka i en period om kanske ett år eller under tonåren, andra erfar en livslång sjukdom. Det finns även fall där sjukdomen leder till döden. Förutom att beskriva sjukdomens förlopp försöker forskare också identifiera prognosfaktorer. Detta visar sig vara svårt att identifiera med en grad av säkerhet. Herzog et al 1992 tittade på studier och presenterade en lista av tänkbara prognosfaktorer. Fem faktorer hittades som indikerade på dålig prognos.

1. *Ju längre period från sjukdomens debut innan behandling sätts in desto sämre prognos.* Annan forskning har dock visat att detta inte alltid stämmer. Shoemaker, 1997, har undersökt litteratur utan att hitta några klara bevis för denna punkt, men han utesluter inte att det kan vara av värde för prognosen.

2. *Hög ålder vid debuten.* Annan forskning, t ex Bryant-Waugh et al 1998, visar att även en sjukdomsdebut före elva års ålder förutspår en sämre prognos.

3. Störda familjerelationer

4. Extrem viktminskning. Denna faktor bekräftas också av andra forskare.

5. *Bulimia nervosa* som ett jämlöpande symptom. Senare forskning, t ex Strober et al 1997, fann att anorexi med inslag av bulimi inte förvärrade prognosen. Andra faktorer som upptäcktes av Steinhausen 1997 är:

6. Patienter som haft en långvarig sjukhusvård

7. Personliga faktorer och tidigare psykiska problem
(Wallin, 2000).

För bäst prognos är det viktigt att så tidigt som möjligt återställa vikten och att ingripa tidigt (Råstam-Bergström & Gillberg & Gillberg 1995).

En studie av Garfinkel och Garner 1982 som Eriksson och Carlsson tar upp i sin bok (2001), visar att vid en uppföljning var den största delen av anorektikerna utom fysisk fara. Ca 40 % är sk botade, 30 % är bättre men har kvar symptom eller livsinskränkningar av olika slag, 20 % verkar utveckla en kronisk anorexi och ca 9 % dör av sina problem. En fråga som visat sig vara svår att svara på är om bulimiker blir bättre. Eriksson och Carlsson har i litteraturen hittat kliniska rapporter om de som blivit bättre och de som inte blivit det, men det har ännu inte kommit ut tillräckligt systematiska studier om bulimi. Det som finns att använda sig av idag är endast kliniska uppskattningar (Eriksson & Carlsson 2001).

1.6 Vad är anorexi och bulimi?

1.6.1 Definitioner

Enligt DSM-IV* ska följande kriterier vara uppfyllda för anorexia nervosa:

-Viktnedgång under 85% av förväntad vikt

-Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock

-Störd kroppsupplevelse av vikt och form

-Amenorré (ingen mens) under minst tre månader hos menstruerande kvinnor (Davidsson & Ringborg 2001 s 23)

* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Detta är ett amerikanskt klassifikationssystem som syftar till att beskriva en patients sjukdom.

Enligt DSM-IV ska följande kriterier vara uppfyllda för bulimia nervosa:

-Hetsätning

-Kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning

-Båda ovan minst två gånger i veckan i minst tre månader

-Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt (Davidsson & Ringborg 2001 s 23)

1.6.2 Vad signalerar om någon drabbats av en ätstörning?

De första signalerna på att någon lider av anorexi eller bulimi som omgivningen upptäcker kan vara att personen utan att äta själv intresserar sig för matlagning, bantningen övergår i tvång och personen motionerar mycket mer än tidigare, personen börjar äta på egna tider och tackar nej till fester och andra sociala sammanhang (Rydberg 1993).

1.6.3 Symptom

Typiska symptom vid anorexi är en kraftig *avmagring* p g a mycket begränsat kostintag ofta i kombination med tvångsmässig fysisk motion och överaktivitet. *Fysiska följdfaktorer* av anorexi kan vara låg kroppstemperatur och sänkt ämnesomsättning (Eriksson & Carlsson 2001). Stor viktnedgång minskar produktionen av östrogen, vilket leder till förlust av menstruation. Andra följdfaktorer kan vara att risken för benskörhet ökar, avstannad längd-tillväxt och kroppsbehåring (lanugohår) vilket är en effekt av att kroppen kompenserar sin frusenhet (Davidsson & Lillman Ringborg 2001). Störningen kan också medföra en *störd kroppskänsla*, vilket innebär att individen inte vet vad som är en normalportion eftersom hon inte känner mättnad eller hunger, har svårighet att uppfatta trötthet och fysisk utmattning. Till störd kroppskänsla hör också *störd kroppsuppfattning*. Detta innebär att individen inte kan bedöma sin egen kroppsstorlek, utan uppfattar sig som fet trots att andra ser henne som avmagrad. Hon har en stark rädsla för att gå upp i vikt (Eriksson & Carlsson 2001).

Symptom som är typiska vid bulimi är *hetsätning-kontrollförlust-självförakt*. Hetsätningen kompenseras med kräkningar och laxering eller motionering. Under hetsätningen äts ofta mat som är kaloririk och onyttig. En förutsättning för den som hetsäter är att maten är lätt att göra sig av med t ex bröd, smör och tårter. Bulimikern är oftast normalviktig, men har som mål att bli smalare. Hon pendlar dock mellan magerhet och övervikt. Hetsätningarnas mellanperioder präglas av att personen med bulimi försöker hålla igen på maten på olika sätt. Hon kan göra detta genom att *fasta* och *motionera* överdrivet. *Fysiska följd effekter* av kräkning och laxering kan vara frätskador på tandemaljen, sänkt kaliumhalt i blodet vilket kan leda till hjärtstillestånd och rytmrubbningar (Eriksson & Carlsson 2001). Andra fysiska följd effekter är mag-

och tarm problem (Davidsson & Lillman Ringborg 2001). *Psykiska följd effekter* kan vara en känsla av hopplöshet och uppgivenhet, dåligt självförtroende. Isolerande beteende och relationsproblem är exempel på *sociala följd effekter*. *Kroppsuppfattningen* är för bulimikern liknande anorektikerns med viktfoxi och svårigheter att värdera sitt kroppsmått. Hos bulimikern finns en *avsaknad av kontroll* över maten. Hon kan avundas anorektikerns förmåga att tappa vikt genom att inte äta (Eriksson & Carlsson 2001).

1.7 Teorier om ätstörningar

Det finns inga klara bakomliggande orsaker till ätstörningar. Forskning har inte kunnat visa att de som drabbas t ex har en viss personlighet eller gemensamma drag i hemförhållandena (Glant 2000). Man vet alltså inte med någon säkerhet vad som ligger bakom ätstörningar, men det finns spekulationer om att det är många och samverkande faktorer som spelar roll vid uppkomsten av en ätstörning (Eriksson & Carlsson 2001).

1.7.1 Biologiska faktorer

Russel pekade 1983 på genetiskt arv som en *biologisk* bakgrund till ätstörningar. Vid anorexi har man t ex funnit att det verkar vara en förhöjd frekvens av anorexi bland syskon till drabbade. Förekomsten av bulimi och anorexi är större hos barn vars föräldrar har någon form av ätstörning, menar Gershon et al 1983 (se Eriksson & Carlsson 2001).

1.7.2 Psykologiska faktorer

I tidig psykoanalys förklarar man anorexin som en inre olöslig konflikt, som yttrar sig i den drabbades uppträdande. Anorexi var en form av hysteri där sexualiteten avvisades och det förekom fantasier om oral befruktning. Enligt ett senare psykoanalytiskt synsätt ses ätstörningar som en slags konflikt som rör beroende, självständighet och identitetsutveckling. (Buhl 1993). Hwang & Nilsson (1998), skriver att det psykologiska synsättet på ätstörningar går ut på att den anorexidrabbades matrubbingar är ett sätt att bli självständig i en kontrollstark familj eller som ett sätt att skjuta upp inträdet i vuxenvärlden. Om kvinnorna svälter sig försenas puberteten och de kvinnliga formerna försvinner (Hwang & Nilsson, 1998). Inom denna teori ser man också anorexi som en protest gentemot främst modern. Tonåringen äter inte, d v s ”tar inte in”, vilket speglar att hon inte vill identifiera sig med modern. Modern skildras som att alltid veta vad som är bäst och den anorexidrabbade skildras som att alltid ha kunnat anpassa sig, en mönsterperson. Protesten att inte äta går ut på att modern då blir mycket oroad och ömsom ber och ömsom hotar flickan. Även vid bulimi finns tankar om att det handlar om frigörelsen från föräldrarna. Cullberg (2000) skriver att det kan synas en

mycket ambivalent föräldrabindning och sexuell mognad (Cullberg, 2000). Råstam-Bergström et al (1995) skriver att i äldre studier har ofta mor-barn relationen utpekats som störd vid anorexi. Vidare skriver de att fäder nästan aldrig omfattas i vetenskapliga studier på området, men att författarna har kliniska erfarenheter som tyder på att om någon av föräldrarna till den anorexidrabbade är avvikande, rör det sig oftare om fadern än om modern (Råstam-Bergström & Gillberg & Gillberg, 1995). En beteendeterapeutisk förklaring är att anorexi är ett resultat av ett felinlärt beteende eller ett sätt att få uppmärksamhet (Hwang & Nilsson, 1998).

1.7.3 Sociala faktorer

Uppkomsten av ätstörningar kan utifrån *sociala* faktorer vara reaktioner på social stress. Eriksson och Carlsson (2001) nämner olika författare som tar upp sådana faktorer, tex Russel som 1983 fann att dödsfall, störda familjerelationer, fysisk sjukdom och höga ambitioner kunde vara sådana sociala faktorer; Bruch som 1974 beskrev hur föräldrarna brister i att stödja och uppmuntra barnet, vilket leder till en dålig självkänsla och upplevelsen att inte kunna nå upp till föräldrarnas förväntningar; Minuchin m.fl. som 1975 ansåg att det är vissa familjesituationer som bidrar till att anorexi uppkommer, eftersom deras samspelsmönster låses fast och den anorexidrabbades symptom blir central genom att undvika konflikter och bidra till att bibehålla familjens jämvikt (se Eriksson & Carlsson 2001).

2. Behandling

2.1 Terapiformer

Ätstörningar behandlas oftast med individualterapi och/eller familjeterapi. Familjeterapi är en behandlingsform som används mest med yngre patienter. Buhl skriver att behandlingsformen även kan passa för vuxna patienter oavsett om de bor hos föräldrarna eller inte (Buhl 1993). Hela familjen är med på behandlingssamtalen. Samtalen bör äga rum inom regelbundna tidsintervaller, ca två-tre veckor. Familjesamtalet kan sätta igång olika tankar och känslor hos de berörda och de kanske behöver tid för att smälta samtalet (Buhl 1993). Vid anorexi är individualsamtal ett viktigt komplement till familjeterapi och bör finnas med i behandlingsplanen. Individualsamtalen bör om patienten är i yngre tonåren eller ännu yngre vara ca 10-20 minuter varje gång, annars kan patienten uppleva att de inte är meningsfulla. Hos äldre patienter bör samtalen vara minst 45 minuter (Råstam-Bergström & Gillberg & Gillberg 1995).

2.2 Metoder och tekniker

Individualterapi och familjeterapi kan se ut på olika sätt. De innehåller olika metoder och tekniker. Eriksson och Carlsson beskriver i sin bok (2001), metoder som troligtvis en stor del behandlare känner till och använder sig av. Metoderna samlas till att bilda olika arbetsmodeller. Hur arbetsmodellerna sedan är utformade och vilka metoder som ingår är upp till de olika behandlarna. Metoderna används inte ensamma utan tillsammans med andra metoder och de har då också bäst effekt. Vi kommer att ta upp *några* av metoderna som Eriksson och Carlsson beskriver och som de använder sig av i sin modell vid arbetet på M.H.E. kliniken i Mora. Vi försöker här beskriva kärnan i en del av dessa metoder (Eriksson & Carlsson, 2001).

2.2.1 Sociala och relationella metoder

Sociala och relationella metoder i behandlingsarbetet går ut på att påverka patientens nätverk. Patientens relationer till vänner och familj är ofta konfliktfyllda. I detta avseende behöver patienten hitta strategier för att förändra det sociala relaterandet. Denna förändring börjar med ett beslut att påbörja förändringen inifrån för att sedan steg för steg genomföra olika uppgifter för att markera förändringen utåt. Patientens upplevelse av förändringen är det viktiga och inte omgivningens. Förändringsprocessen behöver även påverka patientens vardagsvärld. Det är inte bara hennes närmaste relationer utan hela hennes livssituation som arbete och fritid som påverkas av hennes symptom. I det terapeutiska arbetet är det viktigt att först etablera en god och trygg behandlingsrelation genom att lära känna patienten. För att patienten ska kunna genomföra förändringar är det viktigt att relationen med terapeuten fungerar (Eriksson & Carlsson, 2001).

2.2.2 Imaginativa och kognitiva metoder

Imaginativa och kognitiva metoder bygger på att i behandlingen påverka patientens inre bilder, fantasier och tankemönster. Detta handlar bl a om att bearbeta patienten kroppsbild och kroppsideal, t ex är det viktigt att bekräfta patientens känsla av att vara tjock men att också påpeka att en intelligent del av henne vet hur hon egentligen ser ut. Terapeuten kan också försöka ta reda på vilken idealbild patienten har genom att låta henne välja ut kroppsbilder som så nära som möjligt liknar hennes ideal. Sedan kan terapeuten och patienten bl a diskutera hur realistisk denna bild är. Den kognitiva behandlingsmetoden syftar till att bl a förstå kroppen, ätandet och psyket och till viss del orsakerna till ätstörningen genom att utnyttja tankar, resonemang, tankekedjor eller dylikt. För att förstå kroppen och ätandet bör terapeuten uppmärksamma kroppen och bygga en förståelsemodell. Ett exempel på detta är att pedagogiskt undervisa patienten om hur kroppen fungerar. Terapeuten bör även identifiera

patientens förståelsemodell som ofta bygger på ett felaktigt resonemang. Patienten kan ha utvecklat en egen teori om hur kroppen fungerar som inte stämmer med verkligheten (Eriksson & Carlsson, 2001). Det har visat sig att kognitiv behandling är effektiv just vid bulimi. Denna behandlingsform har större möjligheter än enbart psykoterapi att under kort tid hjälpa patienten med att sluta med sitt tvångsätande (Cullberg 2000). Behandlingsformen handlar om här och nu- situationen och terapeuten liksom patienten själv har en aktiv roll. Patienten kan få hemuppgifter mellan terapisesionerna (Glant & Glant 1992).

2.2.3 Affektiva och sensativa metoder

Affektiva metoder handlar om att i behandlingen påverka känslor, stämningar, upplevelser och behov. Sensitive metoder bygger på att påverka inre och yttre sinnesförmågor. Behandlingsarbetet med hjälp av affektiva metoder innebär att bli skapa upplevelser och erfarenheter t ex att terapeuten ger som uppgift att patienten ska öva på att ändra förhållnings-sätt gentemot familjemedlemmarna eller att hon ändrar något i upplevelsen kring ätandet genom att byta plats för hetsätandet. Metoden går också ut på att t ex mobilisera egna resurser, bearbeta känslor och hantera behov. Sensitive metoder i behandlingsarbetet innebär att verklighetsförankra kontakten med omvärlden och den inre världen, genom rollspel och hemuppgifter. Patienten har ofta en självcentrerad och inskränkt syn på omvärlden och sig själv efter en lång tids fixering vid mat, ätande och den egna kroppen (Eriksson & Carlsson, 2001).

2.2.4 Somatiska metoder

Somatiska metoder i terapin syftar till att hantera svält, hetsätning, kräkning och laxering, samt motion. I vissa fall är svälten så allvarlig att man måste prioritera att hantera den för att patienten ska överleva. Om läget inte är så allvarligt kan man jobba med att lära patienten att äta på rätt sätt utan att gå upp i vikt för mycket. För bulimikern som kräks kan man terapeutiskt jobba med detta utifrån att bryta beteendemönstret och starta en förändrings-process. Syftet är att ändra sammanhang, upplevelser och betydelse i beteendet för att i slut-änden påverka t ex kräkningarna. Vid motion kan man behöva ingripa om den är kraftigt överdriven genom att komma överens med patienten om när, hur motionen bör ske och när man inte bör motionera o s v (Eriksson & Carlsson, 2001).

2.3 Farmakologisk behandling

Anorexi i sig är inget man botar med endast en medicinsk behandling, men det finns tillfällen då farmakologisk behandling kan vara användbar. Vissa mediciner (neuroleptika och anti-

depressiva mediciner) kan resultera i t ex ökning av vikt, p g a att de påverkar hormonbalansen och dämpar den allmänna motoriska aktiviteten. Medel mot depression kan ges ibland, men inte för att bota ätstörningen, utan för att lindra depressioner och tvångsbeteende. Man bör dock inte ge mediciner mot depressioner och tvångsbeteenden i början av terapin, eftersom dessa symptom kan botas genom den, utan att mediciner behöver användas (Råstam-Bergström & Gillberg & Gillberg 1995).

2.4 Är en behandlingsform bättre än andra?

Vid en genomgång av forskningsresultat om behandling av anorexi, så visar det sig att det inte finns endast en definitiv behandling för att bota ätstörningen. Wallin har i sin avhandling summerat det som man genom forskning kommit fram till visat sig ha bäst effekt. Han skriver att det inte finns någon medicin som är effektiv mot anorexi, men däremot har man funnit att t ex Fontex, vilket är ett anti-depressivt medel har effekt på bulimi. Familjeterapi har visat sig vara det bästa för yngre patienter, medan individualterapi och här- och nu orienterad stödpsykoterapi har bättre effekt på äldre patienter. Sjukhusvistelse är bra i situationer när patientens tillstånd är somatiskt dåligt, men det finns inget som tyder på att längre sjukhusvistelser är effektfulla. Behandling har gått mer mot öppenvårdsformer, vilket kan vara negativt för äldre och allvarligt sjuka patienter (Wallin 2000).

2.5 Peggy Claude-Pierre

En av de kvinnor som vi har intervjuat har berättat att hon får behandling som bygger på Peggy Claude-Pierres behandlingsmetod. Vi tycker därför att det är intressant att se närmare på vad den behandlingsmetoden går ut på och ger exempel på vad den kan innehålla. Peggy Claude-Pierre har doktorerat i psykologi och har grundat Montreuxkliniken i Canada. Hon har egen erfarenhet av ätstörningar genom att båda hennes döttrar varit drabbade.

Peggy Claude-Pierre använder sig av begreppet långvarigt negativitetssyndrom (LNS) som förklaring till vad som ligger bakom ätstörningsproblematiken. Hon menar att ätstörningen är ett symptom på ett bakomliggande problem. När en person utvecklar ätstörningar så har det negativa tankemönstret tagit över. De som har anlag för LNS har oftast en stark känsla för ansvar och visar mycket omsorg om andra människor.

I behandling måste man få bukt med de negativa tankarna. Här följer några exempel på hur man kan göra detta. Eftersom den som har en ätstörning ofta inte ber om hjälp, gäller det att

vara lyhörd för de rop på hjälp som hon sänder ut. Det är viktigt att skilja tillståndet från patienten och placera ätstörningen på en sida och individens personlighet på den andra sidan. Patienten ska förstå att hon inte *är* sjukdomen, utan att den är en parasit. I behandlingen ingår att patienterna aldrig får reda på hur mycket de väger eller hur mycket de måste väga för att bli utskrivna. Detta gör man på så att det negativa tankemönstret får mindre inflytande på patienten om det inte finns någon siffra att kritisera henne med. Ett annat sätt är att göra maten mindre skräckinjagande för patienten, genom att varje måltid består av små näringsrika portioner t ex sex gånger per dag. Detta minskar risken för att patienten ska känna att hon vill kompensera kaloriintaget. En viktig del i behandlingen är att bemöta de negativa tankarna med villkorlös kärlek. Ett kärleksfullt språk bör användas, även om patienten säger negativa saker. Den villkorlösa kärleken blir en motvikt mot de negativa tankarna och skapar balans. Peggy Claude-Pierre menar att det ligger ett stort terapeutiskt värde i att ge efter för sin naturliga impuls att lugna patienterna med ord och beröring och t ex ha patienten i knäet och vagga henne (Claude-Pierre 1997).

3. Resultatredovisning

3.1 Behandlingspersonal

Nedan följer en sammanställning av de intervjuerna vi gjort med personal. Sammanställningen bygger på intervjufrågor som återfinns i bilaga 2.

3.1.1 Vilken behandling bedriver ni här? Hur ser behandlingsformen ut?

Barbro Nalerius, sjuksköterska på BUP (Barn och ungdomspsykiatri) i Nordöstra Skåne, Hässleholms sjukhus

"Eftersom det inte finns någon specifik orsak till ätstörningar så finns det inte heller en specifik behandlingsmodell." De jobbar utifrån ett familjeperspektiv, genom föräldrarna och med stöd från nätverket. Det är med familjen det ska fungera. Barbro säger att de försöker lyfta skulden från familjen.

Patienterna kommer till BUP på olika sätt, ofta via skolsköterska eller kamrater. Det finns inte bara en behandling, utan det finns en ram och sedan måste behandlingen skraddarsys utifrån situationen. Man gör en anamnes, en somatisk, social och psykologisk bedömning och familjesituationen kartläggs. Grunden är att häva svälten, eftersom de inre organen påverkas och man inte kan tillgodogöra sig behandlingen om inte svälten hävs och stabiliseras. Som grund har de familjesamtal och om det gäller en tonåring kan de även ha en individuell

kontakt för att skapa en relation, t ex om tonåringen är mycket nedgången. I behandlingen finns det möjlighet att träffa en sjukgymnast som jobbar med kroppskänedom. Ibland utförs videoinspelningar eftersom kroppsuppfattningen är störd hos de unga. De jobbar även med bildterapi och kognitivt med ätträning. Barbro beskriver bildterapi och säger att den blir vad den enskilde bildterapeuten gör den till. Man ska stå upp och måla för då får man mer tillgång till det omedvetna. Det behöver inte se ut på ett särskilt sätt, utan man ska måla utan att tänka. Det handlar om känslor och inte mat. Flickorna får själva gå in i bilden och fundera. Man kan även jobba med lera och gips. Det finns även tillgång till en dietist. När det gäller ätsituationerna så ska föräldrarna vara med. De behöver oftast hjälp med hur detta ska fungera. När man håller på med maten så kommer det ofta fram mycket annat. De kartlägger mat och motionsvanor. Det är bättre att patienterna äter flera måltider, men kanske inte så mycket varje gång, eftersom de kan få ångest om de äter för mycket på en gång. Det gäller att hitta en balans. Personalen pratar med patienterna om ångesten när de har ätit. *"Jag kan fråga om det är som en röst inifrån som säger att de inte får äta och då kan de svara att jo, så är det."*

Patienterna kan ofta vara deprimerade och då kan psykologutredningar göras för att fastställa personlighetstypen. Ibland behöver man behandla farmakologiskt med t ex Anafranil för att ta bort tvånget att motionera. Det händer också att läkaren skriver intyg till skolan att patienterna inte ska delta i idrotten, för att de inte ska motionera för mycket. De flesta patienter behandlas i öppenvården, men ibland behöver de läggas in.

Ritta Holmer och Birgitta Amylon på Enheten för anorexi och bulimi, BUP (Barn och ungdomspsykiatri) i Lund.

Enheten har funnits sedan 1983 som en specialenhet. Målgruppen är ungdomar 0-18 år, men om behandling redan pågår så kan patienten stanna till de är 20-22 år. Klientelet består till största del av anorektiker, bulimiker är ofta äldre.

Kontakten börjar ofta med att någon ringer eller skickar en remiss t ex föräldrar, skolan, en vårdcentral eller en privatläkare. Vid den första kontakten görs en gedigen bedömning. Behandlarna träffar föräldrarna och patienten både tillsammans och var för sig. Med patienten pratar de om t ex hennes inställning till mat. Hon får träffa en sjukgymnast som bl a undersöker kroppsuppfattningen och som gör ett sk EGON-test som går ut på att patienten själv först får uppskatta hur stor hon är över t ex axlarna och sedan mäter man och jämför. En läkare gör en somatisk undersökning och patienten träffar även en sjuksköterska. Patienten får

fylla i ett frågeformulär EDI (eating disorder inventory). Det görs en probleminventering och slutligen gör man en bedömning av flickans situation.

Enheten har en familjeinriktad behandling. Vanligtvis kommer familjerna en gång i veckan för 1-1½ timmes samtal. Första fasen, intensivfasen, går ut på att häva svälten och att bekräfta föräldern och jobba med föräldrakompetensen. Föräldrarna behöver återta föräldraskapet. Ofta har patienten plockat bort mer och mer mat som de inte vill ha och föräldrarna har anpassat sig och bara gjort den mat barnet velat ha. *”Föräldrarna är ofta ett redskap, de är observatörer och experter på sitt barn”*.

Riitta och Birgitta säger att de inte har någon dietist och att de inte vill ha någon heller till denna åldersgrupp, men att vuxenpsykiatri skulle kunna ha bättre nytta av en. De menar att eftersom en dietist väger upp maten och mäter upp exakt vad som är en näringsrik måltid så ”krånglar” en dietist till det. Dessutom vet föräldrarna vad barnet brukade äta förr. De berättar om en elvaåring med ätstörningar som sa att hon började räkna kalorier efter att ha träffat en dietist, innan dess visste hon inte vad det var.

Den andra fasen i behandlingen, den terapeutiska fasen, tar vid när svälten inte är det dominerande problemet. Då riktas fokus på patientens hela situation. Behandlingen individualiseras mer, samtidigt som man stärker ett normaliserat ätande. Under behandlingen görs regelbundet nya kontroller som puls, blodtryck och kroppstemperatur. Det fokuseras inte så mycket på vikten. I avslutningsfasen av behandlingen kan patienten få individualterapi. Det som försvinner sist är de negativa tankarna som kan finnas kvar år efter behandlingen. Behandlingen tar allt från ett till fem år. Efter avslutad behandling finns ambitionen att göra uppföljningar efter ett, tre och fem år, men personalen hinner inte med alla.

Utöver öppenvården finns också två behandlingslägenheter. De som bor där kommer ofta från andra landsting. Patienten bor där med sin familj. Vistelsen i lägenheten varar allt från två till åtta veckor. Syftet med lägenheterna är att familjerna ska leva ett så vanligt liv som möjligt. De bor och lagar maten där själva. I början är personalen där ofta, men personalen får inte bli för viktig för familjen, utan ska vara som ett redskap men familjen kan alltid ringa.

Isabella Clevenhag, Anorexiapunkten i Råå, Helsingborg

Anorexiapunkten är en fristående privat mottagning och bedriver en öppenvårdsbehandling med individuella behandlingsplaner. Det finns en beteendeterapeutisk bas i behandlingsformen, men behandlingsinnehållet varierar utifrån patienternas behov och önskemål. Isabella

har flera konsulter, t ex läkare och sjukgymnast, som hon kan boka tid hos efter behov och önskemål från patienterna. Det finns även möjlighet att träffa en kostrådgivare som kommer till Anorexiapunkten. Denna kontakt löper parallellt med samtalskontakten med Isabella.

De flesta som söker sig till behandling på Anorexiapunkten är mellan 20 och 30 år. Övervägande del är kvinnor. Isabella har vissa gränser för vilka hon tar emot när det gäller behandling av dem som är starkt underviktiga. De får inte väga under 40 kilo, därför att hon anser att om man har ett BMI (Body Mass Index) på 14 eller 15 så har man inte omdömet att kunna sitta i en samtalsterapi som ger något hållbart. Det primära behovet är då närings-tillförsel. Isabella säger att hon brukar önska dessa personer välkomna tillbaka om förut-sättningarna ändras eller om de varit inlagda.

När någon kommer till Anorexiapunkten första gången gör Isabella en bedömning och därefter utarbetar hon ett förslag till en plan som patienten får titta på och som de fastställer tillsammans. Sedan skriver de ett avtal. I snitt går patienterna hos Isabella en gång i veckan i fyra månader. Efter ett år görs en uppföljning. För att bli friskförklarad av Anorexiapunkten ska man t ex ha varit helt hetsättningsfri i två månader.

Behandlingen går ut på att ifrågasätta kost och beteendemönster kring mat, vikt och kropp. Hon försöker ringa in problemområden, t ex familjebild eller andra relationer, som bearbetas. Om en person äter eller svälter som ett sätt att lägga ner känslor i maten, får man jobba med förvrängningen av matfunktionen, d v s varför man använder mat som ett sätt att dölja andra känslor. Behandlingen handlar också om att försöka hitta de olika faktorer som styr och driver ätstörningen. *”Och då får man ofta bena upp det och ta en sak i taget eftersom det är många delar och... för många upplever hela sin tillvaro som kaos när maten blir kaos och det beror väl också på att vi ska äta så många gånger på en dag.”* Isabella försöker jobba med att åter-skapa en självkänsla hos patienten och bygga upp ett försvar mot känslan av kontrollförlust över maten. Får man den kontrollen tillbaka, menar Isabella att man ofta vinner mycket annat också, genom att man uppfattar sig som en mer kompetent person än tidigare även på andra områden.

I behandlingen får patienterna uppgifter de ska göra mellan besöken på Anorexiapunkten. Den kräver en aktiv medverkan av patienten, att hon vågar och klarar av att ändra sig i sitt beteendemönster. Det är mellan besöken som det mesta ska fungera och inte bara under be-söken.

Anorexiapunktens övergripande målsättningar är bl a att man ska känna livsglädje, lära sig att acceptera och uttrycka känslor, få ett ökat självförtroende och självkänedom. För varje patient görs en mer specificerad målsättning. Dels för att de ska själva tycka målen är möjliga att uppnå och dels för att de ska lära sig de små stegen. Många har svårt för att ta en dag i sänder och har mycket höga förväntningar och kan kanske misslyckas för att man satt målet för högt. Av besvikelse för att man inte uppnått målet kan man misslyckas igen för att man vill straffa sig själv och man hamnar i en ond cirkel. Exempel på mål som Isabella kan sätta upp kan vara att patienten inte får träna mer än tre dagar i veckan och inte två dagar i rad eller hon ska träna avslappning mm. Det handlar om att bryta olika verkningar av störningen.

3.1.2 Vilken teori/er utgår ni från?

Barbro Nalerius, sjuksköterska på BUP i Nordöstra Skåne, Hässleholms sjukhus
Behandlingen på BUP på Hässleholms sjukhus utgår från olika teorier. De har en familjeterapeutisk grund. Deras bildterapi vilar på en psykodynamisk grund och ätträningen utgår från ett kognitivt synsätt.

Ritta Holmer och Birgitta Amylon på Enheten för anorexi och bulimi, BUP i Lund.

I behandlingen på Enheten för anorexi och bulimi blandar man teorier. De utgår både från psykodynamisk och från kognitiv teori, beroende på vad som passar till de olika familjerna. *"Vi får snickra till en behandlingsmetod som passar varje familj"*.

Isabella Clevenhag, Anorexiapunkten i Råå, Helsingborg

Behandlingen bygger på kognitiv-beteende terapi. Isabella säger att det är viktigt att använda sin egen person i behandlingen, men med en professionalism och med en distans. Hon säger att det även är viktigt att tro på sin metod.

3.1.3 Hur ser prognosen för tillfrisknande ut?

Barbro Nalerius, sjuksköterska på BUP i Nordöstra Skåne, Hässleholms sjukhus

Barbro säger att allmänt har hon fått lära sig att ca 1/3 blir helt friska, 1/3 bär ätstörningen med sig, men kan hantera den och 1/3 är kroniker.

Ritta Holmer och Birgitta Amylon på Enheten för anorexi och bulimi, BUP i Lund.

Riitta och Birgitta säger att prognosen för öppenvården är god.

Isabella Clevenhag, Anorexiapunkten i Råå, Helsingborg

Isabella säger att prognosen för tillfrisknande ser mycket bra ut. 85-90 % av hennes patienter blir förbättrade eller friska.

3.1.4 Vad tror ni orsakar ätstörningar?

Barbro Nalerius, sjuksköterska på BUP i Nordöstra Skåne, Hässleholms sjukhus

Barbro svarar att hon inte tror att det finns någon enskild orsak, men att det finns en sårbarhet hos patienten i grunden. Samhället idag ställer stora krav på ungdomar, allt är fixerat vid utseende. Alla faktorer tillsammans inklusive familjen spelar in.

Ritta Holmer och Birgitta Amylon på Enheten för anorexi och bulimi, BUP i Lund.

Riitta säger att det finns många olika faktorer som spelar roll. De säger att flickorna själva kallar det en självförtroendesjukdom. Ofta kan det vara något som tickar igång beteendet, t ex en förlust. Det finns nog en sårbarhet hos dem som drabbas. På frågan hur stor betydelse de tror att t ex reklam har, svarar de att anorexi statistiskt inte ökat på senare år, utan legat på samma siffra. Däremot har bulimi ökat.

Isabella Clevenhag, Anorexi punkten i Råå, Helsingborg

Isabella säger att hon tror att orsaken till ätstörningen är en samverkan av många faktorer och orsakssammanhang. Dessa kan vara t ex en förlust samtidigt som man är inne i en egen kris i sin utveckling eller att man tappar kontrollen över tillvaron av ett eller annat skäl. Då försöker man återta kontrollen genom att sätta det i kroppen och straffa sig själv genom att laborera med maten och kroppen, istället för att uttrycka sig verbalt. Problemen vänder sig inåt, istället för utåt, det är mer en tyst protest. Det finns många aspekter som kan ligga bakom ätstörningen, t ex kroppsfixeringen runt omkring oss, hur lite tid vi prioriterar för maten och samling kring mat och familj och vuxnas dubbla budskap till barnen där de vuxna kanske bantar samtidigt som de säger till barnen att äta ordentligt. Isabella säger också att bantning i kombination med andra faktorer som t ex låg självkänsla, att vilja var till lags osv. kan utlösa ätstörningar.

3.2 Sammanfattning av intervjuerna med kvinnorna

Nedan följer en sammanställning av de intervjuerna vi gjort med kvinnorna. Sammanställningen bygger på intervjufrågor som återfinns i bilaga 1. Vi har använt oss mycket av citat för att låta kvinnorna själva berätta om sina upplevelser.

My är idag 25 år och ensamstående. Hon bor i en egen lägenhet i en liten stad. Hon jobbar med ungdomar och hennes jobb upptar mycket av hennes tid. När hon var 13 års ålder drabbades hon av anorexi som relativt snabbt övergick i bulimi.

Lena är idag 26 år. Hon är sambo och bor på en liten gård på landet. Lena jobbar i en affär, men funderar på att börja studera vid högskolan. När Lena var 16 år blev hon sjuk i anorexi. För ca 2 år sedan drabbades hon av bulimi.

Åsa är idag 23 år. Hon bor med sin sambo i en bostadsrätt i liten stad. Hon jobbar inom sjukvården. Åsa insjuknade i anorexi vid 15 års ålder.

Eva är idag 30 år. Hon är sambo och bor i villa i en stor stad. Eva studerar vid högskolan. Eva har haft både bulimi och anorexi som hon drabbades av vid 19 års ålder.

Lisa är idag 24 år. Hon är ensamstående och bor i en lägenhet tillsammans med sin katt. Lisa läser en högskolekurs på distans. Lisa insjuknade i anorexi när hon var 13 år. Hon drabbades också kort efter det av bulimi. Lisa är ännu inte frisk från sin ätstörning och hon går fortfarande i terapi.

3.2.1 Hur problemet uppmärksammades

My: Mys kompisar upptäckte att hon aldrig ville gå och äta i skolan och gick och pratade med skolsköterskan om henne. Skolsköterskan kontaktade Mys mamma. *"Då sa mamma att hon säger ju tvärtom här. Hon säger att hon ätit i skolan. Så förstod de väl att dåvar där kanske någonting. Så när jag kom till skolan igen fick jag prata med skolsyster... Sedan höll de koll på mig. Mamma höll ju koll på mig där hemma så jag å frukost."* När My var 15 år drabbades hon av bulimi. Mys mamma tvingade henne att gå och prata med någon. Vid 15-16 års ålder förstod My att hon hade problem med maten. *"... man tappar ju begreppet om sig själv... i huvudet, man blir ju helt sjuk i tankarna osv. Jag insåg det egentligen då men jag ville inte gå och få behandling."* My skämdes för att hon kräktes upp maten som hon åt.

Lena: Lena berättar att hennes anorexi började med att hon sprang 8 mil i veckan och att hon åt mindre och mindre. Hennes bror hade vid denna tidpunkt fått mycket information om ätstörningar i sin skola och det var han som först märkte att Lena inte åt. *"Jag gick ner mer och mer i vikt, det märktes ju."* Lena säger att det inte var förrän i mitten av hennes behandling som hon förstod att hon hade problem. *"Jag tyckte inte det var något fel på mig, det var omgivningen det var fel på. Det var i mitten av behandlingen kanske som jag insåg ..."*

att jag mÅdde ju bÅttre nÅr jag vÅl Å. DÅ insÅg jag det, men det hjÅlpte ju inte, det var fortfarande svårt att Åta. Man var livrÅdd fÅr att gÅ upp i vikt. SÅdet var ÅndÅinte positivt att upptÅcka att det var fel pÅ mig.”

Åsa: Åsa berÅttar att hon bÅrjade trÅna gympa, styrketrÅning och vattengympa ungefÅr tre dagar i veckan frÅn att inte ha motionerat nÅgot nÅmnvÅrt tidigare. Hon mÅrkte dÅ att hon gick ner i vikt. Åsa sÅger att hon under 2½ mÅnad gick ner 16 kilo. DÅ fÅrstod hennes fÅrÅldrar att nÅgot var fel. Hon berÅttar om en episod dÅr familjen satt och Åt tillsammans och dÅ Åsa endast tog vÅldigt liten portion mat. ”... sÅ tyckte pappa att jag skulle ta lite extra sÅ ... alltsÅ jag tog ju en matsked sÅ och fem spagettistrÅn, det År ju inte sÅ jÅttenormalt...” Dagen efter denna episod tog fÅrÅldrarna med Åsa till en lÅkare.

Åsa berÅttar att hon inte fÅrstod att hon var sjuk fÅrrÅn hon gÅtt i behandling en tid och nÅr hon bÅrjade tappa hÅr. ”FÅrsta gÅngen jag kÅnde att nÅgot var fel, det var nÅr jag stod i duschen och hÅret bara ramlade av, man liksom plockade upp det.”

Eva: Eva berÅttar att nÅr hon gick pÅ gymnasiet sÅ var det en slags ”anorexia epidemi” bland tjejerna pÅ skolan. Hon sÅger att hon aldrig kunde tro att det skulle hÅnda henne. Sommaren efter gymnasiet slutade Eva Åta helt och pÅ tre mÅnader gick hon ner 15 kilo. Eva berÅttar att det var hennes mamma som fÅrstod att det inte stod rÅtt till. Hon ville att Eva skulle kontakta nÅgon pÅ sjukhuset. SjÅlv fÅrstod Eva inte hur dÅlig hon var. NÅr hon skulle fortsÅtta sina studier pÅ hÅsten brÅt hon ihop och fick Åka in akut till psykmottagningen. ”Sen nÅr jag skulle fortsÅtta plugga till hÅsten sÅkraschade det liksom.” Eva berÅttar om en episod nÅr hon fÅrstod att hon hade problem. ”SÅ det var nog pÅ hÅsten nÅr jag skulle bÅrja skolan igen och mÅrkte nÅr vi skulle gÅra saker, vi skulle Åka ut pÅ nÅgon utflykt och man skulle ha matsÅck med och jag bÅrjade kÅnna att det var ett stort problem, fÅr jag kÅnde att jag inte kan Åta nÅgot. Jag kan inte ta med mig nÅgot och vad ska jag gÅra dÅ? ... Det blev sÅna dÅr grejor som fick mig att fÅrstÅ att sÅhÅr ska det ju inte vara.”

Lisa: Lisa berÅttar att ÅtstÅrningen inleddes med att hon bÅrjade trÅna och att hon blev vegetarian. Vidare sÅger hon att hon tillsammans med en kompis bÅrjade banta. Detta var pÅ sommaren nÅr hon var 13 År. ”Jag fixerade mig mycket kring mat. Tillsammans med en kompis faktiskt, sÅvi satt pÅ hennes vind och gjorde sÅdana hÅr saker, vi tittade i Frida och vi skulle bli fotomodeller nÅsta År nÅr vi hade bantat bÅda tvÅ och sÅdÅr. Vi gick inte i samma klass sÅvi umgicks bara pÅ sommaren sÅ att sen i slutet, nÅr skolan bÅrjade sÅ fortsatte jag.

Det var jättebra att börja skolan, det var ingen som såg mig ... Lisa berättar att bulimin utvecklades till en början på helgerna. Hon säger att det var jobbigt att komma in i tonåren, att få bröst och former. ”Sen hade jag en konstig tanke om att om jag svälter mig 30 kilo kan jag börja om, få en ny kropp, så behöver man inte gå upp i vikt och sådär. Jag trodde det skulle bli som om man formade om sig själv, om man tog bort allt fett och allting på kroppen. Det var väl att man är i tonåren, det är en jobbig period också att komma in i.”

Lisa berättar att hennes ätstörning uppmärksammades ganska snabbt av skolsköterskan eftersom hon vägrade ställa sig på vågen vid en hälsokontroll. Det tog trots detta två terminer innan skolan kontaktade hennes mamma. Lisa ville inte att de skulle göra det. *”Men sen till sommaren sa de ’nej, nu kan vi inte kontrollera dig under sommaren så nu ringer vi din mamma’ då tar jag livet av mig, sa jag.”* Lisa berättar att hon själv förstod snabbt att hon hade problem. *”... jag trodde jag kunde sluta imorgon liksom. Jag kunde inte förstå att jag var fast i det.”*

3.2.2 Omgivningens betydelse

My: Första gången My fick hjälp var på sommaren efter nionde klass. Hennes mamma tog med henne till BUP (Barn och ungdomspsykiatri), dit hon gick några gånger för samtal. My berättar att hon alltid fått stöd till hundra procent av sin mamma, medan pappan inte tyckte om att gå till psykologer och hade svårt att acceptera Mys ätstörning. Hon upplever inte att han varit något stöd. My släppte inte någon annan in på sig och höll sjukdomen hemlig för omgivningen. Eftersom My aldrig själv ville gå och få hjälp, så upplevde hon mammans stöd som jobbigt i början. My säger dock att hon aldrig varit där hon är idag utan sin mammas hjälp, så hon uppskattar vad hon gjorde.

Lena: Lenas bror upptäckte att det var något fel, fyra eller fem månader efter att hennes problem utvecklats och berättade det för föräldrarna. Lenas ätstörning hade pågått ett halvår innan hon fick professionell hjälp första gången. Hon berättar att hon fick mycket stöd av sin mamma, bror och några av sina kompisar, samt ett grannpar. *”Mina tjejkompisar bara pratade skit om mig. Min pappa vägrade befatta sig med mig, och sen var det två killkompisar som stöttade mig. Min mamma blev sjukskriven själv från jobbet för att kunna vara hemma hos mig.”* Stödet Lena fick av sin omgivning upplevde hon då som jobbigt. *”Jag ville att de skulle sluta och inte lägga sig i.”* Hon säger vidare att hon ändå upplevde att stödet från mamman och brodern var positivt, eftersom hon var deprimerad och inte såg någon mening med att leva.

Åsa: Åsas ätstörning pågick i 2½ månad innan hon fick hjälp. Åsa berättar att hon under sommaren hade ett sommarjobb där hon gav sig iväg tidigt på morgonen och kom hem sent på eftermiddagen. Detta gjorde att Åsa kunde hemlighålla sina kostvanor för sina föräldrar. *"... och sen så när man då kom hem så sa man ju att jag hade ätit middag på jobbet för det fick man göra om man ville, och där sa jag ju att jag å hemma."* Åsa säger att hon hela tiden kastade mat. *"Man kom ju på det att 'jag som brukar sitta här och äta tre smörgåsar', då tog man med tre smörgåsar när man gick på morgonen och kastade dem någonstans."*

Åsa säger att när hennes familj upptäckte ätstörningen ställde de upp till hundra procent. Hon säger att hela familjen stöttade henne men att hon då upplevde detta som jobbigt. *"Det är först nu efteråt som man förstår hur mycket de ställde upp och vad de gjorde för en, men då tyckte jag ju att de var skitjobbiga."* Åsa berättar att när hon kom tillbaka till skolan efter sommarlovet och hade gått ner 16 kilo så tyckte hennes vänner att hon var konstig. *"Det var ju ingen som sa något, det var mycket tissel och tassel .../.../ det är nog det att de inte vet vad de ska säga eller göra."*

Eva: Eva berättar att det inte tog så lång tid innan hon fick professionell hjälp. *"Det var den där sommaren som det verkligen kraschade och sen fick jag hjälp ganska på en gång när jag insåg att det var fel, och det är ju ganska ovanligt, tror jag."* På psykmottagningen, dit Eva hade åkt in akut, pratade de med henne och vägde henne och sedan blev hon inlagd direkt. Eva säger att man måste berätta för folk hur man mår och att hon tror att det är väldigt ovanligt att anorektiker gör det. Hon säger att hon fick stöd i den utsträckning som hon bad om hjälp, men hon bad inte om hjälp. *"Man vill inte stödja sig på någon annan, utan man vill klara allt själv, så att... Jag tror att om jag hade varit mer öppen med det så hade jag nog fått mer stöd. Som det var nu så höll jag alla människor ifrån mig./.../ Min mamma var ju det närmaste stödet. För henne berättade jag ju allt. Sen tyvärr så är det så att det finns människor som inte kan hantera när folk mår dåligt. Det har jag ju stött på jättemycket och det har varit jobbiga erfarenheter när det är människor som man tror att man är nära och sedan berättar man för dem hur man mår och sedan försvinner de liksom."* Eva berättar om sin syster som hon beskriver som väldigt rak, ärlig och öppen. Hon säger att det var systemen som hjälpte henne mest på så sätt att systemen blev arga. *"Hon kom upp till avdelningen där jag var inlagd och grät och skrek och var... Jag verkligen såg att hon... Jag skämdes jättemycket då men samtidigt såg jag att hon bryr sig skitmycket och hon tycker att det här är pissjobbigt och det hjälpte jättemycket."*

Lisa: Lisa berättar att det tog nästan ett år innan hon fick hjälp. Hon säger att i början var det många som ställde upp. *"... det var mycket kring Lisa ... man skulle ta hänsyn till Lisa och hålla på"* Lisa berättar vidare att hennes mamma stöttade henne mycket. Hon var sjukskrivna för att kunna vara hemma med Lisa. Detta tyckte Lisa kändes tryggt och bra. Lisa berättar att skolsköterskan gick ut klassen och informerade dem om att hon var sjuk i anorexi. *" ... och killarna blev ju helt, de slutade hälsa på mig, de gjorde narr av mig 'nu ska jag gå och väga mig ...' Men tjejerna ... de blev väl också rädda när man börjar se ut som ett skelett. Det gick ju rykten om att man hade salmonella och cancer och allt sånt där. Men kompisarna försvann, det gjorde de ju. Jag har ju inga friska kompisar"*.

3.2.3 Behandlingens form och innehåll

My: My gick i behandling på BUP (Barn och ungdomspsykiatri) knappt ett halvårs tid när hon var 15 år. Hon beskriver att de jobbar genom samtal. *"Jag vet inte riktigt hur de jobbar men den upplevelsen eller vad jag hört är att de rotar liksom, de går så att säga rakt in och så rotar de och det gör såont."* My blev friskförklarad av BUP. Sedan gick det ca ett år och då hörde mamman henne kräkas igen. Mamman hade under denna tid hållit ögonen öppna för olika behandlingsmetoder och hört talas om ett privat behandlingshem i närheten som hon kontaktade. My började sin behandling hemma hos terapeuterna. Där gick hon i ett och ett halvt år. Hon berättar att de pratade och gjorde avslappningsövningar för att hon skulle lära känna sig själv. *" ... för jag hade tappat helt... tappat kontrollen på mig själv helt. Jag visste inte vem jag var."* Hon berättar vidare att hon blev avritad i helfigur för att hon skulle få se hur hon såg ut. Sedan jobbade de med denna bild och hon fick bli ritad på den. Terapeuterna öppnade sedan ett privat behandlingshem i form av ett daghem, där man skulle vara mellan klockan 08.00 och 16.30. Där gick My den sista tiden av hennes behandling, ca åtta veckor. Då var hon nästan frisk och hade samtal en gång i veckan med terapeuten. På behandlingshemmet åt de som gick i behandling alla måltider tillsammans och de var tvungna att äta innan de åkte hem. *"Man skulle inte behöva äta något eller bry sig om det där hemma. De trodde på att man inte skulle lämna sin hemmiljö. Det var därför de jobbade på det sättet."* My berättar att de som gick i behandlingen kunde sysselsätta sig hur de ville under dagen.

Lena: Lena berättar att hennes första behandling var på BUP och beskriver den som samtals-terapi. *"Den första behandlingen jag fick, då skulle man gå tillbaka. Det första de skulle utreda var varför jag fått ... inte bota mig. /.../ Det var kanske inte så bra, tycker jag. Man utreder inte varför man blir förkyld."* Under denna behandling blev Lena bara sämre och

sämre och gick ner ännu mer i vikt. Lena slutade denna behandling och fick istället behandling på en specialenhet för anorexi och bulimi.

Lena bodde under behandlingsperioden tillsammans med sin mamma i en lägenhet som tillhörde specialenheten. Denna behandling byggde också på samtalsterapi. Varje dag fick Lena helkroppsmassage av en sjukgymnast för att känna var kroppen började och slutade. *"Jag kände ju själv hur benig jag var..."* Förutom samtalsterapi så kom behandlingspersonalen till lägenheten och åt med Lena och hennes mamma ibland. *"Åt jag för lite bad de mig ta upp lite till och gjorde jag inte det fick vi diskutera igenom det och ... för de hotade inte med sond (näringstillförsel via slang genom näsan direkt ner i magsäcken) så att... ja, äter jag inte nu åker vi ner och får sond. Det var inte så utan det var om det var återkommande att jag inte ville äta alls."* Lena fick inte motionera så mycket som hon var van vid, utan skulle försöka hålla sig lugn. Annars fick hon sysselsätta sig själv, men det fanns också möjlighet till arbetsterapi där hon kunde t ex sitta och sy. På kvällarna kom folk och hälsade på. *"Det var ju nästan som att bo för sig själv, fast det var ändå att man hade kontakt med dem dagligen. Och under nätterna var där en avdelning som man alltid, om mamma kände att det inte funka, ... kunde hon åka direkt in med mig där."* Lena berättar att personalen kontrollerade hennes fysiska tillstånd var tredje dag. *"De hade hela tiden koll på en, men det var inte lätt att gå upp i vikt."* Efter att hon blev utskriven så fortsatte Lena att gå i behandling där en gång i veckan i ca ett år.

Lena berättar att hon för ca två år sedan fick problem med bulimi. *"... min kropp kan inte tillverka serotonin som den ska /.../ Därför blir man ju deprimerad och så fick man ångest när man å. Då var det lättare att kräka upp den (maten) och så försvann ångesten."* Lena började då i kognitiv terapi. Hon beskriver kognitiv terapi som att man tar hand om problem för problem och inte ser tillbaka så mycket, utan koncentrerar sig mer på nutiden.

Åsa: Åsa berättar att hennes föräldrar tog med henne till en läkare eftersom de inte visste vart de skulle vända sig. Läkaren tog många prover och skickade sedan iväg familjen till BUP. Åsa säger att de även där tog prover, mätte och vägde henne. Hon beskriver att de satt i ett rum och samtalade med en man och kvinna. Hela familjen var med under samtalen. *"Det var först med familjen ... Ibland fick min bror gå ut och så var det bara jag och mamma och pappa och de då (psykologerna) och sedan satt en av dem och bara pratade med mamma och pappa och någon som bara pratade med mig."* Behandlingen som Åsa gick i sträckte sig över ett år. Hon berättade att i början gick de en gång i veckan, sedan blev det två gånger i veckan

och slutligen en gång i månaden. Åsa säger också att de hade möjlighet att komma dit någon extra gång om det behövdes. Behandlingen gick ut på att ändra Åsas tankesätt. Åsa berättar vidare att psykologerna försökte bygga upp mål för henne. ” *Nästa vecka du kommer hit, då ska du ha ätit en smörgås varje frukost*. *Nästa gång så skulle jag ha tagit smör påmin smörgås. Det var hela tiden sådana olika mål.*” Åsa berättar att hon fick ett pulver som skulle blandas upp med vatten. Det motsvarade en måltid och hon kunde välja att dricka detta eller äta mat. Hon tyckte att det gick bra att äta så länge någon satt vid hennes sida.

Eva: Eva berättar att hon var inlagd på en psykvårdning som hade ett anorexia-program. Hon säger att programmet sträckte sig över tre månader. Eva beskriver behandlingen stegvis, där steg 1 var att hon först skulle lära sig äta. Hon berättar att där fanns specialutbildad personal som kontrollerade att hon åt rätt mängd mat. Eva beskriver att matsituationerna gick till så att hon fick mat som hon skulle äta upp. Om hon ville så kunde någon personal sitta med henne när hon åt. ”*Det som är viktigt är att man äter och ser hur det känns i kroppen efteråt, att man tillåter sig själv eller att man får det utrymme att känna efter vad det är som verkligen händer och att man har folk runt omkring sig då i den processen. Det är väldigt jobbigt att känna att det händer saker i magen.*” Efter varje måltid skulle man vila i en timme för att känna att det inte är så farligt att äta. ”*Man kunde t o m känna att 'wow, jag får lite värme av det här och lite energi och lite lust.*” Steg 2 var att tala med en terapeut och träffa en sjukgymnast. Hon säger att man inte kan ta tag i sina problem om man inte har energi i kroppen. Steg 3 innebar att man skulle försöka gå upp i vikt. Eva berättar att hon gick i denna behandling i tre månader, men att hon inte var motiverad. Hon blev utskriven, men kom tillbaka igen efter att ha gått ner ännu mer i vikt. Hon genomgick då samma behandling igen med större motivation. Denna gång var hon i behandling i sju månader för att hon skulle gå upp i vikt, vilket hon också gjorde.

Lisa: Lisa har genomgått olika behandlingar, både öppen- och slutenvård. Lisa berättar att när hennes ätstörning upptäckts försökte hennes mamma hitta vård åt henne. ”*... men då fick vi reda på att det finns ingen hjälp att få förrän jag fyller 18 år, och då sa mamma att, 'då kanske hon inte lever längre, nej, men tyvärr finns det ingen hjälp att få. Så det var vad vi fick reda på men det var ju samtal först med läkare och skolsköterskan. Och vi gick med familjen, kanske två gånger i veckan, i familjesamtal på BUP. Sen blev jag inlagd på BUP och det var väl egentligen behandling om att gå upp i vikt och lite massage ... kalorifyllda*

drycker och sånt där och om man inte å så blev man sondad ...” När Lisa var 17 år blev hon överflyttad från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri.

Lisa berättar att när hon var 17 år fick hon komma på bedömningsvecka till en slutenvårdsavdelning som var specialinriktad på ätstörningar. När Lisa fyllt 18 år blev hon inlagd på denna avdelning. *”Det är mycket med vikten, allting med vikten. Går man upp i vikt så är man frisk och går man ner är man sjuk ... och jag kan säga att man mår mycket bättre när man går ner i vikt än när man går upp i vikt.”* Lisa berättar att hon och de andra på avdelningen vägdes en gång i veckan och att behandlingen kretsade kring mat och att äta. *”Så där var jag i 1½ år men sen har jag varit inlagd på andra psykiatriska avdelningar. De vet inte vad de kan göra, sen blev jag ju ganska snabbt stämplad som kroniker, när jag var 15 eller 16 kanske. Det finns inget som heter, eller att man kan få kronisk anorexi.”*

Lisa berättar att hon blev utskrivna från den slutna avdelningen med inriktning på ätstörningar för att hon gått upp i vikt, men att hon relativt snabbt blev sjuk igen och blev inlagd på olika psykiatriska avdelningar. Efter en tid kom hon i kontakt med en sjuksköterska i kommunen som erbjöd henne en plats på ett boende för psykossjuka. *”Det var ju valet att ständigt åka in och ut från psykiatri eller prova detta. Det var meningen det skulle vara i tre dagar och det blev två år.”* Lisa berättar att hon var den enda anorexidrabbade på boendet.

Efter att Lisa försökt ta sitt liv blev hon återigen inlagd på en psykiatrisk avdelning en tid och blev så småningom inlagd på den specialinriktade slutna avdelningen igen. *”De sa att allt har förändrats, allting är så annorlunda nu än det var innan, men det var ju samma. Jag blev medicinerad när jag kom dit ... de sa att de skulle ta bort all medicin men det var bara det när jag kom upp där så hade jag det dubbla av allting, jag var helt väck i huvudet, så det hjälpte inte det i heller...”*

Lisa berättar att hon har varit inlagd en stor del av sin tid, hon säger att hon inte varit hemma längre än två månader i sträck tidigare. Lisa kom för 1½ år sedan via en väninna i kontakt med en psykolog som arbetade efter en metod som baseras på Peggy Claude-Pierres metod om behandling av ätstörningar. Lisa säger att hon inte varit inlagd i mer än ett dygn sedan hon började behandlingen hos psykologen. Hon berättar att behandlingen kallas tro, hopp och kärlek och baseras mycket på värme och kärlek. Psykologen benämner anorexin som ett monster. *”Vi brukar prata om ett monster och Lisa, för att lyfta fram en frisk Lisa. Vad är det Lisa vill och vad är det monstret säger att du ska göra, så jag är inte sjukdomen utan du är*

Lisa och du har en sjukdom. Det finns inget som heter jag är anorektiker utan jag har anorexi.” Lisa berättar att behandlingen baseras på samtal och tar fram det friska hos patienten. Lisa säger att det handlar om att det finns någon som förstår och tycker om dig och att det finns någon som tror på dig. Lisa säger vidare att psykologen jobbar mycket med mammor och det är viktigt med familjen. Man ska helst bo hemma under behandlingen oavsett hur gammal man är. Lisa säger dock att hon inte har bott hemma hos sin mamma under denna tid.

3.2.4 Upplevelser av behandlingen

My: Mys upplevelse av den första behandlingen på BUP (Barn och ungdomspsykiatri) är att hon inte tycker att den fungerade för henne. ”*Jag drog ju en vals med dem. Jag gick där några gånger, sedan tyckte jag att nä, jag är frisk nu, men jag var ju inte ett dugg bättre. Det var för jobbigt helt enkelt ... hade liksom ingen tillit eller någonting och mamma tyckte att det var frid och fröjd ... ja, du vet ... kunde fortsätta badrumsmenyn.*” My upplevde behandlingen på det privata behandlingshemmet som bra. Hon säger att hon tyckte det var skönt att prata med någon om sina problem. My beskriver samtalen som att de inte bara pratade om det som gjorde ont utan även om annat t ex om vad My gjort på helgen. Det enda negativ med den senare behandlingen är att My uppfattade sig så mycket längre kommen i sitt tillfrisknande än de andra som var på behandlingshemmet. My säger att hon aldrig varit den hon är idag utan behandling, även om hon aldrig blev helt frisk direkt efter behandlingen. My säger att hon inte riktigt vet vad det var som hjälpte henne. När My gick hos terapeuterna berättar hon om hur hennes inställning till beteendet förändrades. ”*... hemma hos XX avtog om man säger syftet med kräkandet ... det var inte samma laddningar, det här att få ut känslor som det varit innan. Det var så de förklarade att det var ... att man å för att sedan kräkas upp för att få ut känslorna. Det var det hon gjorde med mig, man fick liksom öva på det och ... sa till mig att bli nu arg eller bli glad ...*”

Lena: Lena säger att hon tycker att den kognitiva terapi hon nu går i fungerar bra. Vidare beskriver hon den första behandlingen på BUP som negativ. Hon upplevde att hon inte blev bättre men att hon inte kommer ihåg så mycket av den p g a att hon var deprimerad. ”*Jag kommer bara ihåg att jag avskydde att gå dit. Det kändes inte som stöd ...*” Lena berättar vidare att behandlingen snarare gjorde situationen värre. ”*Det var lite förnedrande behandling. De anklagade min pappa för incest. Det kvittade vad jag sa för de trodde inte på mig, då blev det bara värre där.*”

Lena beskriver behandlingen vid specialenheten som nästan bara positiv. Hon upplevde ett starkt stöd av behandlingspersonalen genom att de ringde dagligen och både hon och hennes mamma kunde ringa när som helst om det blev för jobbigt. Det Lena tycker är negativt i denna behandling är att hon aldrig fått komma i kontakt med en dietist. *”Jag vet fortfarande inte vad som är normalt att äta. Det är jättesvårt att veta, eftersom jag gått från att i princip inte äta någonting. Sedan började jag äta, det är inte så lätt att veta vad som är normalt.”* Lena säger att de inte tagit prover och kontrollerat hennes värden på hela tiden sedan hon blev utskriven förrän nu. *”De har tagit EKG och blodprover och de är fortfarande inte bra.”* Om Lena fick ändra något i behandlingen skulle hon ha önskat att någon pratade med föräldrarna om att det faktiskt inte var deras fel. *”Jag vet att mamma tagit det som att det är hennes fel. Det kan hon känna fortfarande när jag har problem ... att det är hennes fel.”* Lena beskriver en vändpunkt som kom ca tre veckor innan hon blev utskriven. *”...då kände jag mig bättre, även om där kom bakslag. Det gjorde det fortfarande efter jag blev utskriven. Men det kändes bättre ... det kändes som om jag ville bli frisk i alla fall och att jag ville ha ett normalt liv. /.../ men det har blivit sämre igen. Det kom ju tillbaka men det var första gången jag kände att det höll på att bli bättre.”*

Åsa: Åsa upplever att behandlingen på BUP hjälpt henne men under själva behandlingen tyckte hon att psykologerna ställde väldigt konstiga frågor. *”Jag tyckte ju att de var väldigt dumma ... Det var jättesvårt, just det där innan jag förstod att jag var sjuk, så förstod jag inte vad jag gjorde där. /.../ Jag kommer bara ihåg att det var sådana jätteknäppa frågor om ... mycket om vad jag tyckte om mig själv, vad jag var bra på och sådana grejor, så jag tyckte bara att de var jätteknäppa, men ... det var de väl inte.”* Åsa säger att hon upplevde det som positivt med målsättningarna i behandlingen eftersom de hjälpte henne, men samtidigt säger hon att hon upplevde psykologerna som jobbiga för att de la sig i allting genom att hon tex behövde redovisa för vad hon ätit. Åsa säger att hon inte riktigt vet när hon höll på att bli bättre. Hon beskriver den sista gången hos psykologerna. *”Det är jättesvårt, fast jag kan känna så ibland att den sista gången vi var hos doktorn så förstod jag inte själv att jag var frisk, att nu skulle jag kunna leva utan dem, för det var ju himla skönt ... Till slut kunde man ju prata med dem om allting. Jag erkände ju till och med när jag inte druckit det där pulvret och de förstod vad man menade och så... Men någon vändpunkt vet jag inte ...”*

Eva: Eva upplever behandlingen både bra och inte så bra. Hon säger att utformningen av behandlingen var bra. Personalen som var specialinriktad på ätstörningar var bra, men alldeles

för få. Hon beskriver att när de inte jobbade så fanns det annan personal som inte hade den utbildningen och som hon upplevde behandlade henne konstigt. ” ... och det var jobbigt, för man kände liksom att man inte riktigt fick vara där, att det var någon fulsjukdom eller en få fängsjukdom eller 'hon vill bara vara snygg'.” Eva berättar att hon var ensam anorektiker på avdelningen under den tid hon var där och att hon upplevde det som bra eftersom hon inte hade någon att jämföra sig med. Eva säger att hon inte kan se att hon skulle ha tagit sig igenom problemet så pass snabbt på egen hand utan behandlingen. ”Jag hade säkerligen tagit mig ur det ändå men det hade tagit mer än dubbelt så lång tid. Det tror jag absolut och det tror jag tack vare mest att det var väldigt bra folk som jag kom i kontakt med. Det är väl det som det mesta hänger på tror jag, att man faktiskt får bra hjälp.” Eva beskriver att hennes tillfrisknande kom smygande och att hon blev bättre och bättre långsamt. ”Men det var väl mycket att min inställning förändrades, att jag kände att jag måste ta hand om mig själv, annars ser jag ingen mening med att leva.”

Lisa: Lisas upplevelser av de olika behandlingarna hon genomgått varierar. Lisa beskriver sin upplevelse av den behandlingen hon fick först på BUP som lite av ett övergrepp eftersom om man inte åt så blev man sondad. Lisa berättar att hon upplevde överflyttningen från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri som skrämmande. ”... när jag var 17 år så ville inte barnpsykiatri ha mig längre. Nej, då tyckte de jag var för jobbig och sålär och de skickade mig till vuxenpsykiatri och det var jätteskrämmande ... komma dit till en avdelning där det är vuxna människor som är knäppa. Och det var ju schizofrena och manodepressiva och sånt där så min chock gjorde ju att jag slutade äta helt och hållet ... och dricka gjorde jag inte heller. Då blev man ju inlagd på medicinen till man är så att man kan nicka på huvudet och då säger de 'ok, då kan vi skicka dig till psykiatri igen'.”

När Lisa först blev inlagd på slutenvårdsavdelningen som inriktade sig på ätstörningar hade hon förhoppningen att det skulle lösa hennes problem. ”... och sen när jag var 18 fick jag bli inlagd där och då trodde jag att det skulle lösa mina problem eftersom jag hade väntat sedan jag var 13 år... och det blev inte så mycket som fungerade.” Lisa beskriver vistelsen som förvaring och fokus på viktuppgång. ”... jag kan säga att man blir sjuk när man går upp i vikt, för mig är det så i alla fall för då kommer hetsätningar och allt sånt och ... ja, jag tycker det är mycket förvaring ... alltså man får inte jobba med det som är problemen varför man känner som man gör utan det handlar om vägning. /.../ Det var mycket hot och tvång ... De var tre stycken personer som tvångsmatade mig, det var två som höll mig och en som hällde

fil ner i halsen på mig och såna saker. Det funkar inte så det gör det inte. Det blir liksom ännu mer att man inte ska äta något. Man får inte så mycket hjälp när man får anorexi, man ses som en ganska jobbig person, manipulativ. Jag vet att de presenterade mig när det kom elever, sjuksköterskeelever, att 'det här är Lisa, henne ska ni inte tro på för hon är manipulativ'. Man fick ju en stämpel ganska tidigt och just det att det var ens eget fel, man hade ett val att äta eller inte äta. Och jag pratade igår med XX (från nuvarande behandling) och man väljer inte det själv, man väljer inte anorexi själv."

Upplevelsen Lisa har av boendet för psykossjuka som hon bodde på i två år beskriver hon som att där fick hon den hjälp hon behövde. *"Man fick hjälpa till med matlagningen. Det var inte det här, vita rockarna utan det var mer hemma på något sätt. Jag hade mitt eget rum som jag fick, jag inredde på mitt eget sätt och sånt där. Och man blev behandlad som en människa."*

Den behandling Lisa får nu upplever hon som bara positiv. *"Det är mycket värme och kärlek med XX och det är väl det som saknas i vården. Hon förstår en på ett annat sätt och lyssnar och låter det ta den tid det tar."* Lisa berättar att när hon träffar sin psykolog så kramas de när hon kommer och går. Under terapin upplever Lisa att hon får lov att vara liten, krypa ihop, gråta, vara precis som hon vill. Lisa säger att psykologen förstår att hon mår sämre när hon går upp i vikt. *"... och det känns jätteskönt att det är någon som förstår en ... och inte säger 'oh du har blivit så söt, du är så rund om kinderna'. Det är det värsta de kan säga till en. Man vill inte vara rund om kinderna."* Lisa önskar att behandlingar överlag fokuserar mer på känslor och kärlek och mindre på vikt. Lisa säger att den senaste behandlingen hon genomgår har gjort att hon förändrats mycket. Hon säger att hon talar mycket högre, förr viskade hon, var blyg och hade inget självförtroende alls. Lisa mår bättre sedan hon börjat gå hos psykologen och hon känner framtidstro. Lisa säger att hon ett år efter hon börjat den senaste behandlingen upplevt en vändpunkt. *"Efter ett år så kommer det ... man kan se färger på träden, man kan börja tro att det finns ett liv. /.../ ... plötsligt känner man att det här kanske är någonting, det kanske hjälper. Man kommer ju dit och man har inget hopp om att ... ska det här hjälpa när det andra inte har hjälpt, speciellt när man blivit stämplad som kroniker och det står i journalen att man är kroniker. Så man tror inte det eller ok, de kan hålla en vid liv, men inte att man kan bli frisk."*

3.2.5 Nuvarande livssituation

My: Efter behandlingen var My fortfarande inte helt fri från sin bulimi, men hon hade med sig vad hon lärde sig på behandlingshemmet. My beskriver hur hon där lärde sig lyssna på sig själv och att uttrycka känslor. ”*Sedan har jag fortsatt med det själv. En slags självbehandling under hela tiden ...de första åren fortsatte jag med avslappningsövningarna.*” My berättar att det var för tre år sedan när hon just påbörjat en efterlängtd utbildning som hon blev bättre. ”*Då tog jag itu med det på rätt sätt. Det var inget snack om att kräka upp mat och sånt /... / Sedan har det varit i den banan, det är ju där den totala vändningen kom och då började jag äta utan att kräkas...*” My berättar att hon idag har en bra relation till mat och är rätt så medveten om vad som är bra mat och hur man äter rätt. My har varit på kontroller för att undersöka om hon något i organ kroppen skadats p g a ätstörningen. Hon säger att det inte finns några komplikationer förutom att hon har lätt för att kräkas och må illa.

Lena: Lena har idag fortfarande problem med ätstörningar. I höst kom Lena in vid högskolan men tackade nej eftersom hon mår dåligt. Hon berättar att hon drabbas av depressioner från och till. ”*Såfort jag börjar må dåligt så går det på att jag slutar äta.*” Lena säger att hennes relation till mat inte är helt bra. Hon vill helst inte äta fet mat och om hon gör det vill hon gärna röra på sig. ”*Jag är kanske inte ett hälsofreak, men jag vill helst inte äta för mycket kalorier. Jag äter hellre för lite än för mycket.*” Lena berättar att hon både fysiskt och psykiskt blivit påverkad av sin ätstörning. Fysiskt har hon mycket sämre kondition, nedsatt leverfunktion och problem med sina njurar. Psykiskt har hon återkommande depressioner, men menar att hon lärt känna sig själv bättre och värdesätter livet mer. Lena säger att hon inte har några vänner kvar sedan högstadietiden och att hennes gamla vänner ser ner på henne för att hon haft anorexi. ”*Det är precis som om tjejerna är avundsjuka för att jag råkar vara lite smalare än dom. Det tycker jag är ganska löjligt.*” Lena säger vidare om sin situation i dag att hon har fått bra behandling nu, men att hon inte tror att man kan bli helt frisk från ätstörningen. ”*Det är som alkoholism, man blir väl aldrig riktigt frisk skulle jag tro.*”

Åsa: Åsa berättar att hon mår bra idag. ”*Livet ser hur bra ut som helst. Jag ser mig väl som normal, alltså jag går och tränar tre –fyra gånger i vecka och äter normalt, dricker gott och äter gott, godis och sådär, så jag har det väldigt bra, det har jag faktiskt.*” Åsa säger att det som kan vara jobbigt är att många tror att hon har anorexi fortfarande bara för att hon är smal. ”*Men jag tror att det är så att har man en gång haft det, så har man nog stämpeln på sig på något sätt...*” Åsa säger att hon tycker det är svårt att säga vilken relation till mat hon har idag eftersom hon inte vet vad en normal relation till mat är. ”*... alltså jag vet att man ska äta när*

man är hungrig och det gör man kanske inte alla gånger, men jag äter tre gånger om dagen och ibland fyra gånger om dagen, men visst ...Jag kan få jätteångest om jag äter en pizza klockan elva påkvällen /.../ men... jag har kanske ångest i fem minuter.” Hon beskriver hur hon kan falla tillbaka i gamla tankebanor. ”Om jag inte äter frukost idag så kanske jag blir snyggare ... Mycket handlar det ju om att man tror att man blir så himla snygg bara för att man är smal och jag menar, jag är smal, så att ... man är lite så där ... men jag har väl rätt så normalt förhållande till mat. Jag vet inte...” Åsa säger vidare att hon tror att alla någon gång funderar över vad de äter. Åsa tycker att hon efter anorexin fått bättre självförtroende och att hon känner sig själv bättre. ”Man är nog en starkare människa på något sätt. Man kan ju tycka så att man var duktig som tog sig igenom det på något sätt, men det är ju inget man går och tänker på varje dag.” Anorexin gjorde att Åsa fick ökad kroppsbehåring mest i ansiktet och på ryggen. Åsa säger att hon fortfarande har kvar lite av detta.

Eva: Eva beskriver sitt liv idag som ganska bra. Hon säger att hon vissa dagar kan känna att det inte spelar någon roll hur man ser ut eller vad man äter, när det finns så mycket annat som är viktigt. Andra dagar känner Eva inte så. ”Usch vad jag är ful och magen är stor, låren är stora och jag borde inte äta det här.” Eva säger att när hon har dessa tankar är hon oftast orolig för något, vilket tar sig uttryck i vad hon äter. ”Det är helt avhängigt hur jag mår. Men om jag jämför med... det går ju nästan inte att fatta att jag fick ångest över att äta en apelsin, när det var som värst.”

Eva har ett starkt engagemang i frågor som rör ätstörningar. Hon säger att hon påverkats genom att hon kommit på en massa om sig själv och andra människor. Hon har en medkänsla med andra människor och ser sig själv som en varm personlighet. Eva säger att hon tror att om hon inte hade haft anorexi så hade hon nog varit en räddare person idag, räddare för andra människor framförallt. Hon säger också att hon tror att hon nog på ett plan hade mått bättre idag än vad hon gör. Hon säger att om man har en massa insikter om sig själv, så blir det på något sätt lite svårare att leva. Eva säger att det fortfarande är jobbigt med kroppen. ”Jag vet inte om man kan få bort det helt och hållet om man väl har varit anorektiker, men jag hoppas ju det.”

Eva har pågående att hon haft anorexi och bulimi fått problem med magen och har nästan konstant magkatarr. ”Det är ju dåförst anorexian, när man inte äter någonting, sedan direkt efter det, när jag började må bra och komma ur anorexian, så blev det bulimin, när man liksom äter ohämmat och kräks upp allting och sålar och det är självklart att kroppen... det säger sig

självt./.../ En sak som gjorde att jag minskade min hetsätning, det var en läkare som sa till mig att jag kunde få hjärtstillestånd när man kräks så där mycket och då blev jag ju så där direkt, 'det här törs jag inte fortsätta med', sådet är ju väldigt bra att man vet sånt."

Lisa: Lisa bor i en egen lägenhet sedan några år tillbaka. Lisa säger att hon har svårt att beskriva sin relation till mat som hon har idag. Hon säger att hon försöker äta men att hon inte vet vad som är normalt. Hon berättar att hon går till en dietist varannan dag. *"Man har ju tappat hur mycket man ska äta, vad är en normalportion? Är det normalt att äta en kanelbulle till fikaten. Jag har jättemycket frågor om vad som är ... jag har tappat det helt och hållet. /.../ Men jag försöker äta frukost, lunch och försöker fixa middag påkvällen."*

Lisa berättar att hon påverkats väldigt mycket av sin ätstörning. Hon säger att hon inte haft ett normalt liv sedan hon var 15 år och sedan hennes vänner försvann har hon levt ett ganska isolerat liv. Lisa säger att hon idag endast har vänner som är sjuka i anorexi, men att hon inte har kontakt med dem så ofta därför att hon inte ska påverkas negativt själv när de mår dåligt. Hon berättar att hon gått miste om vad andra tonåringar gjort. *"...jag har ingen utbildning, jag har aldrig haft pojkvän, jag har aldrig varit ute och festat. /.../ ...man är väldigt liten i många sammanhang. Så man ... man kan känna som man är ... 11,12 år många gånger, man är nyfiken på vad som händer och sånt där men samtidigt ibland är man 80 år med all den kunskap man har. Jag kan ju säga att jag nog inte skulle vilja vara utan den kunskap jag har av ätstörningen, men skulle vilja slippa lidandet."*

Lisa har fått en del fysiska besvär p g a ätstörningen. Hon säger att hennes mage och tarmar har fördärvats av allt laxerande och kräkningarna. Hennes tänder är skadade och hon tappade en del av sitt hår men det har nu börjat växa ut igen. Lisa säger att hon är kraftlös och att lever med att inte vara stark i kroppen. Hon berättar vidare att hon får djupa depressioner och tar mycket medicin för detta, både mot ångest och för att kunna sova. Under åren har Lisa fått mycket medicin i behandlingen bl a fick hon lugnande medicin 20 minuter innan hon skulle äta. Lisa säger att det är sjukvården som gjort att hon blivit beroende av sina mediciner. Hon försöker själv nu att trappa ner dem efter att ha ätit medicin sedan hon var 14, 15 år.

3.2.6 Orsaken till ätstörningen

My: My vet inte vad det är som orsakat hennes ätstörning, men hon berättar att hon tillsammans med sin terapeut diskuterat om det kan bero på att hon är dyslektiker. Detta upptäcktes inte förrän hon var 17 år, vilket innebar att hon under hela sin skolgång har haft

svårt att hänga med i skolarbetet. *"Jag hann aldrig med att läsa på TV:n, så jag tänkte ... hur dum är jag? /.../ Det spelade ingen roll hur mycket jag pluggade, och då hade jag börjat sätta den stämpeln redan där. Så när jag började sjua så var det fullt i bågaren, jag är väl inte tillräckligt duktig."*

Lena: Lena säger att hon tror en bidragande orsak till att hon drabbades av anorexi var att hon motionerade mycket och att hon ville gå ner i vikt. *"Mina föräldrar skilde sig eller skulle egentligen skilt sig då /.../ Det var lite det också Det handlar ju inte om att jag ville bli smal som en fotomodell /.../ Jag pressade mig själv väldigt hårt."* Lena började gymnasiet vid denna tidpunkt och berättar att det var jobbigt i skolan. Hon hade väldigt höga krav på sig själv, att hon skulle vara perfekt i allt. *"...hade jag inte MVG i allt, skulle jag bestraffa mig, jag tror det handlade mycket om det."* Lena säger att hon inte vet riktigt vad som orsakade anorexin. *"Jag har alltid haft en väldigt dålig relation till min pappa. Den blev ännu sämre då också så det kan ju ... jag vet inte."* Lena tillägger att hon alltid varit intresserad av design och att hon gått en del kurser. Hon beskriver att det är mycket kroppsfixerat. *"Det inriktar sig på kroppen och då ser man ju alla skavanker på sig själv också Man utgår alltid från storlek 0, vilket är storlek 32 i svenska."*

Åsa: Åsa berättar att hon under barndomen uppfattades av alla som världens gladaste människa. Hon säger att hon aldrig ville ställa till några problem och att hon hade svårt att säga ifrån vid situationer utanför hemmet. Åsa ville att alla människor skulle tycka om henne. *"...och sen är det ju mycket det här med utseende... Jag har läst gamla dag böcker som jag skrev när jag var sjuk, så var det ofta så här att 'bara jag tappar ett kilo till så blir jag jättesnygg och då tycker alla om mig' ... det är klart, det var högstadiet ... ny skola ... nya elever, man ville ju vara populär, man ville ju vara snygg. Så det har nog med just självförtroende och sådana saker att göra."* Åsa tycker det är svårt att veta vilken påverkan reklamen har men hon tror att det kan ha en liten del i problemet. Hon nämner bl a Barbiedockors utseende som exempel men undrar samtidigt varför inte fler drabbas av ätstörningar om det enbart skulle bero på detta. Åsa säger att hennes problem absolut inte berodde på familjen utan att orsaken har med höga krav på sig själv att göra.

Eva: Eva säger att orsaken till ätstörningar handlar om väldigt mycket. Hon säger att hon är säker på att det börjar i en själv, men att det sedan är mycket runt omkring som spelar in. *"Det är liksom... en stor känslighet, en stor osäkerhet och dåligt självförtroende självklart. Om man är säker på den man är, varför ska man då? ..."* Eva säger att hon tror att skönhetsdelen

är en liten del av det stora hela, men att massmedia och samhället kastar ur sig en massa bilder och ideal som man ska "köpa". "Har man redan dåligt självförtroende och tycker att man är ful och sådana grejer, så tar man åt sig det jävligt lätt och tycker att 'om jag bara såg ut sådär, så blir allting bra och så blir jag lycklig'." Eva beskriver att hon tror att anorexi kan vara en protest mot skönhetsmyten, genom att man gör sig ful. "För det blir man ju som anorektiker, man är ju inte snygg direkt. För då blir det ju som en protest, 'kolla vad det här idealet gör med mig och vad era krav gör med mig', men det här är främst en inre grej, att man är rädd för en massa saker. Man är rädd för att ta plats och man gör sig så liten som möjligt." Eva säger att det är en protest och resignation på samma gång. Hon säger att man vill vara liten igen och man vill inte vara kvinna, utan man vill snarare vara "det" än ett kön. Hon upprepar att det är väldigt mycket orsaker och att det inte går att säga att det beror på en sak.

Lisa: Lisa säger att hon tror att ätstörningen grundades i att hon hade negativa tankar redan som liten flicka. "Jag var inte mer än 2, 3 år när jag såg ett kort på mig själv och säger jävla Lisa, tyckte inte om mig själv. /../ Min första depression fick jag när jag var 6 år och att det just började med anorexi, det var ju för att jag inte var nöjd med min kropp. Jag ville få kontroll över någonting och jag trodde att om jag fick kontroll över maten och min vikt, så fick jag kontroll över mitt inre också vilket jag förstår nu att det är precis tvärtom. Man har ingen kontroll alls..." Lisa säger att hon tror att man kan se på barn redan i dagisåldern om de är i riskzonen för att utveckla anorexi eller något annat missbruk. Hon säger vidare att hon tror att anledningen till att många utvecklar ätstörningar är att det är lagligt och att mat är tillgängligt. Lisa vill inte enbart skylla på fotomodellerna. "Så jag kan inte skylla på att det är smala modeller som gjort mig sjuk. Men visst, det gör väl alla tjejer, tittar på dem och tänker 'wow, tänk om jag också var såsöt och såsmal.' "

4. Analys

4.1 Hur problemet uppmärksammades

Ett gemensamt drag som vi funnit hos tre av kvinnorna är att ätstörningen börjat med motion kombinerat med att de börjat banta eller äta mindre. Rydberg (1993) skriver att omgivningen kan se tidiga signaler på anorexi och bulimi genom just ett ökat motionerande och ett minskat intag av mat.

Vi kan se att ingen av kvinnorna själva har signalerat om att de behöver hjälp, utan det är människor i deras omgivning såsom skolsköterska, vänner och familj som först har uppmärksammat problemet eller sett att något inte stod rätt till. De flesta kvinnorna insåg inte själva att de hade problem förrän efter en tid. Endast en av kvinnorna säger att hon snabbt förstod att hon hade problem. Vi har funnit att även om kvinnorna fått insikt om sin ätstörning, så har detta inte inneburit att problemet försvunnit.

4.2 Omgivningens betydelse

Endast en av kvinnorna har haft stöd av hela sin familj i behandlingen. Av resterande kvinnor har två inte nämnt sina fäder och två av kvinnorna har uttalat att deras fäder inte varit något stöd. Alla kvinnor beskriver att deras mödrar stöttat dem under ätstörningsperioden. Enligt Råstam-Bergström et al (1995) har fäder nästan aldrig omfattats i vetenskapliga studier på området, men de har i egna kliniska undersökningar sett att om en anorexidrabbad förälder är specifikt avvikande rör det sig oftare om fadern än om modern. Vi menar dock inte att fäderna i vår undersökning på något sätt är avvikande utan att vår jämförelse med Råstam-Bergström et al (1995) går ut på att kvinnorna beskriver att det övervägande är deras mödrar som ställt upp för dem och stöttat dem under ätstörningsperioden. Fäderna är antingen inte nämnda av kvinnorna eller så har de inte funnits där som stöd för dem.

När det gäller kvinnornas upplevelse av det stöd de fick av omgivningen uttrycker tre av kvinnorna att de upplevde stödet som jobbigt till en början, att t ex familj och vänner lade sig i. De säger dock att de idag uppskattar det stöd de fick.

Gemensamt för tre av kvinnorna är att några av deras vänner försvunnit från deras liv när ätstörningen blivit uppmärksammat eller när kvinnorna berättat för dem att de har en ätstörning. De har upplevt reaktioner från omgivningen såsom ryktesspridning och rädsla. En del av kvinnorna uttrycker alltså att det är vännerna som dragit sig undan medan två av kvinnorna uttrycker att de själva dragit sig undan. Det senare kan jämföras med vad Eriksson och Carlsson (2001) benämner som isolerande beteende. Isolerande beteende är ett symptom som kan uppkomma vid ätstörning och som innebär att den drabbade isolerar sig d v s drar sig undan från omgivningen.

4.3 Behandlingens form, innehåll och upplevelser av behandlingen

Vi har sett att alla kvinnor utom en har genomgått minst två behandlingsperioder. Vi frågar oss vad detta beror på, är det så att en behandling fungerar bättre än en annan eller är det så att sjukdomen är svårare att behandla hos vissa kvinnor?

Fyra av kvinnorna började sin behandling på BUP (Barn och ungdomspsykiatri) med familjesamtal (en kvinna var äldre när hon insjuknade och fick sin behandling i vuxenpsykiatri). Av de fyra kvinnor som började sin behandling på BUP har tre av dem fått fortsatt behandling någon annanstans. Dessa tre kvinnor är missnöjda med sin behandling på BUP och upplever att den inte hjälpt.

Vi kan se att de kvinnor som blivit hjälpta av sin behandling har varit i behandling som inriktat sig endast på ätstörningar eller som haft personal som varit kunniga (specialutbildade) inom området.

Utifrån kvinnornas berättelser tolkar vi det som att två av kvinnorna har fått behandling på BUP baserad på psykodynamisk grund. En av kvinnorna beskriver sin behandling: ”...*de rotar liksom, de går rakt in och så rotar de och det gör så ont*”. En annan kvinnas beskrivning: ”... *då skulle man gå tillbaka. Det första de skulle utreda var varför jag fått...inte bota mig*”. Vi tolkar det som att senare behandlingar som kvinnorna genomgått inte har baserats på enbart psykodynamisk grund, där orsak till problemet varit i centrum. Behandlingarna har snarare haft inslag av kognitiv beteendeterapi och har också verkat fungera bättre.

En del av kvinnorna har haft problem med bulimi som ett jämlöpande symtom och säger sig ha blivit hjälpta av det som vi tolkar som kognitiv beteendeterapi. Detta stämmer överens med vad Cullberg (2000) skriver om att denna behandlingsform har större möjlighet att under kort tid hjälpa patienten med att sluta med sitt tvångsätande.

Är det så att vissa kvinnor är svårare att behandla än andra och därför behöver genomgå flera behandlingar? En av kvinnorna har genomgått samma behandling två gånger, vilket hon beskriver berodde på bristande motivation vid första behandlingstillfället. Wallin (2000) tar upp forskning som visar på tänkbara prognosfaktorer som kan förklara varför det tar längre tid för vissa att bli bättre. En faktor som indikerar dålig prognos är om tiden mellan insjuknande och behandling är lång. Vi kan se att övervägande del av kvinnorna antingen inte har fått

behandling förrän det gått en längre tid från insjuknandet eller har genomgått en första behandling som inte fungerat. För dessa kvinnor har det också tagit lång tid innan en förbättring av tillståndet skett. Den kvinna som tidigast kommit i behandling som hon upplevt fungerat bra, är också den som blev bättre snabbast och som hade en relativt kort sjukdomsperiod.

En annan faktor är när anorexi har bulimi som ett jämlöpande symptom. Vi kan se i vår undersökning att alla kvinnor utom en haft både anorexi och bulimi och att det har tagit längre tid för dem att bli bättre. Den kvinna som endast haft anorexi tillfrisknade snabbast. I vår undersökning finns alltså en svag tendens till att denna faktor kan ha haft betydelse, men forskning från 1997 har visat att anorexi med inslag av bulimi *inte* förvärrat prognosen (Wallin 2000). Eftersom vårt material baseras på en liten undersökning får man dock vara försiktig i tolkningen av dessa tendenser.

I en del av kvinnornas behandlingar finns inslag av familjeterapi. Wallin (2000) skriver att familjeterapi visat sig vara bäst för yngre patienter, medan individualterapi och här och nu orienterad stödpsykoterapi har bättre effekt på äldre patienter. Våra intervjuer med behandlingspersonal visar att de som jobbar inom BUP har en familjeterapeutisk inriktning och att Anorexiavårdscentrum, vars patienter ofta är äldre (20-30 år), jobbar främst med individualterapi.

Kvinnorna har i behandlingen som de upplever har fungerat/fungerar bra, beskrivit personalen som viktig. De säger bl a att de tycker att det är skönt att prata med någon, att det finns värme och kärlek i kontakten och att personalen var bra, eftersom de var specialinriktade på att behandla ätstörningar. Några har även upplevt behandlingspersonalen som ett starkt stöd. Vi ser att en viktig del i behandlingen är att patienten upplever en trygg relation med behandlingspersonalen. Eriksson och Carlsson (2001) beskriver i sin sociala och relationella metod att i det terapeutiska arbetet är det viktigt att först etablera en god och trygg behandlingsrelation genom att lära känna patienten. Denna relation har också betydelse för att patienten ska kunna utföra förändringar. Även i Peggy Claude-Pierres (1999) behandlingsmetod betonas relationen mellan behandlare och patient. Metoden går till stor del ut på att bemöta de negativa tankarna, som den ätstörningsdrabbade bär på, med villkorslös kärlek som en motvikt till dessa tankar.

En av kvinnorna beskriver att hon upplevt det som negativt att behandling som hon genomgått varit till stor del inriktad på vägning och viktuppgång. Kvinnans upplevelse kan kopplas till

Peggy Claude-Pierres (1999) teori om vikt och vägning. En del av hennes behandlingsmetod utgår från att patienterna aldrig får reda på hur mycket de väger eller vad de måste väga för att bli utskrivna p g a att det negativa tankemönstret får mindre inflytande på patienten om det inte finns en viktsiffra att kritisera henne med.

Vi tolkar det som att det är viktigt att fokusera på en viss viktuppgång i början av behandlingen om svälten är så allvarlig att hävning av svälten måste prioriteras för att patienten ska överleva. Detta i enlighet med vad Eriksson och Carlsson (2001) beskriver i sin somatiska metod. Detta är också viktigt för att kunna tillgodogöra sig samtalsbehandling, som t ex Isabella Clevenhag på Anorexiapunkten säger i vår intervju med henne. Hon har satt en gräns för hur underviktig en patient som hon har i behandling får vara för att patienten ska kunna tillgodogöra sig behandlingen.

4.4 Nuvarande livssituation

Alla fem kvinnor som vi intervjuat mår idag betydligt bättre än när ätstörningen var som allvarligast. Hos alla förekommer fortfarande tankar om mat och utseende, men kvinnorna har idag en större distans till sin ätstörning och en övervägande del är helt symptomfria. Vi drar här en parallell till Riitta Holmer på Enheten för anorexi och bulimi, som säger att även om behandlingen är avslutad, så kan de negativa tankarna finnas kvar lång tid efter behandlingen. Av de fem kvinnor som vi intervjuat är det två som fortfarande går i behandling för sin ätstörning.

En del av kvinnorna beskriver att de inte riktigt vet vad som är en normal relation till mat eller hur mycket och hur ofta det är normalt att äta. En av dem träffar regelbundet en dietist och andra uttrycker att de skulle ha velat träffa en dietist i behandlingen för att få en bättre uppfattning om vad som är normalt att äta. Eriksson och Carlsson (2001) beskriver i sin somatiska metod hur man i behandling kan jobba med att lära patienten att äta på rätt sätt utan att gå upp i vikt för mycket och Isabella Clevenhag på Anorexiapunkten berättar att hennes patienter som är ca 20-30 år har möjlighet att träffa en kostrådgivare. Riitta Holmer och Birgitta Amylon på Enheten för anorexi och bulimi säger däremot att de inte har någon dietist i sin behandling därför att deras patienter är så unga och att en dietist kan göra deras fixering vid mat värre, men att de kan förstå att man använder en dietist till vuxna patienter. Utifrån vad kvinnorna i vår undersökning önskar och vad behandlingspersonalen i vår undersökning säger, finner vi att det kan vara befogat att koppla in en dietist eller en kostrådgivare i

behandlingen oavsett ålder. När det gäller yngre patienter behöver kanske föräldrarna stöd och hjälp med att lära barnen vad som är en normal relation till mat. När patienten nått vuxen ålder behöver de kanske själva den hjälpen.

Vi har sett att alla kvinnorna har påverkats på något sätt av sin ätstörning och även av den/de behandling/ar de genomgått. En del av kvinnorna beskriver att de inte varit den de är idag om de inte drabbats av anorexi eller bulimi. En av kvinnorna beskriver att hon har ett starkt engagemang i frågor som rör ätstörningar och att hon har fått större insikt både om sig själv och om andra. Två av kvinnorna lider av återkommande depressioner som kvinnorna upplever till stor del har samband med ätstörningen. Övervägande delen av kvinnorna säger att de lärt känna sig själv bättre efter ätstörningen. Behandlingarna har främst påverkat kvinnorna på så sätt att de har tillfrisknat från ätstörningen. Några säger att de upplever att de påverkats negativt av vissa behandlingar och blivit ännu sämre. En av kvinnorna beskriver hur hon har med sig sina goda erfarenheter av behandlingen och har använt dem som en slags självhjälp.

Kvinnorna i vår undersökning berättar att de fått någon sorts fysisk påverkan av sin ätstörning. Anorexi och bulimi kan få olika fysiska följd effekter, som tex ökad kroppsbehåring och frätskador på tandemaljen, mag- tarm problem. Vi har funnit att alla kvinnorna har någon form av dessa fysiska följd effekter som Eriksson och Carlsson (2001) och Davidsson och Lillman Ringborg (2001) räknar upp.

4.5 Orsaker till ätstörningen

Vi har funnit att kvinnorna har ganska likartade förklaringar till varför de drabbats av ätstörningar. De tar upp anledningar som en stor känslighet, dåligt självförtroende, svårigheter i skolan, höga krav på sig själv såväl i skolarbetet som i sociala relationer.

Glant (2000) skriver att forskning inte har kunnat visa att de som drabbas av ätstörningar har t ex en viss personlighet eller gemensamma drag i hemförhållandena. När det gäller familjereationer säger en kvinna att hennes ätstörning inte hade något med problem i familjen att göra, medan en annan kvinna beskriver sina föräldrars skilsmässa som en bidragande orsak till ätstörningen.

Ingen av kvinnorna tar upp media och reklamens kropp- och utseendefixering som en huvudsaklig orsak till ätstörningen, men en del av kvinnorna säger att fixeringen kan vara en liten del av problemet.

Den behandlingspersonal vi intervjuat säger alla att det är olika samverkande faktorer som ligger bakom ätstörningen. Detta överensstämmer med Eriksson och Carlsson (2001), som skriver att man inte vet med någon säkerhet vad som ligger bakom ätstörningar, men att det finns spekulationer om att det är många och samverkande faktorer som spelar roll vid uppkomsten av en ätstörning.

5. Slutdiskussion

Syftet med vår uppsats har varit att undersöka vilken behandling kvinnor som i tonåren haft ätstörningar genomgått, hur de upplever denna behandling samt hur deras livssituation är idag.

En del av kvinnorna har genomgått olika behandlingar eller samma behandling flera gånger. Kvinnorna har varierande upplevelser av dessa behandlingar. Sammanfattningsvis har vi funnit att kvinnorna i stora drag upplever den senaste behandlingen de genomgått som positiv, eftersom de menar att den har hjälpt dem att bli bättre, medan de upplevt sina första behandlingar som att de inte har hjälpt. Idag lever kvinnorna i stort sett som andra kvinnor i deras ålder. En del är ensamstående och andra är sambo. De antingen jobbar eller studerar. Övervägande delen av kvinnorna är symptomfria, men har fortfarande då och då negativa tankar kring mat och utseende. Två av kvinnorna går fortfarande i behandling för sin ätstörning, men kan hantera sin ätstörning bättre än tidigare.

Kvinnornas liv idag har påverkats av såväl ätstörningen som behandlingen. Alla kvinnor har någon form av fysiska men och en del menar att de även har påverkats psykiskt, genom att de lider av återkommande depressioner, och socialt genom att tidigare vänner har försvunnit. Behandlingen har påverkat kvinnornas liv idag genom att de upplever att de har blivit bättre, även om inte alla är helt bra. En del av kvinnorna beskriver att de inte varit där de är idag om de inte fått behandling.

De behandlingar vi kommit i kontakt med via litteratur eller intervjuer med behandlingspersonal grundar sig på antingen familjeterapi eller individualterapi eller en blandning av båda. Terapierna innefattar olika metoder som t ex ätträning och kroppskännedom. Metoderna bygger ofta på en kognitiv beteendeterapeutisk inriktning. De samlas till att bilda olika arbetsmodeller. Hur arbetsmodellerna sedan är utformade och vilka metoder som ingår är upp

till de olika behandlarna. Metoderna används inte ensamma utan tillsammans med andra metoder och de har då också bäst effekt.

Är de behandlingar där man endast inriktar sig på ätstörningar bättre än de där ätstörningspatienter behandlas tillsammans med andra med annan problematik? Utifrån våra intervjuer med kvinnorna tycker vi oss kunna se att behandlingar med specialinriktning mot ätstörningar fungerar bättre. Allmänna barn- och ungdomspsykiatri (BUP) verkar inte ha fungerat helt tillfredställande. Detta baserar vi på att endast en av de kvinnor som fått sin första behandling på BUP har upplevt denna behandling som bra, medan de andra kvinnorna har behövt en eller flera andra behandlingar efter BUP för att bli bättre. Vår uppfattning är att anorexi och bulimi är störningar som kräver behandling av personal med specialkunskaper om ätstörningar, då störningen är så komplex och påverkar den drabbade både psykiskt, fysiskt och socialt, d v s hela livssituationen.

Vi har funderat kring om det går att bli helt frisk från en ätstörning och vad det innebär att någon blir benämnd som kronisk anorektiker. Vad innebär det för en person och hennes möjligheter att bli frisk när hon blir benämnd som "kroniker"? Har behandlingspersonalen "gett upp" hoppet om att kunna behandla patienten? Blir det för patienten en självuppfyllande profetia att få stämpeln som "kroniker", genom att hon får signaler från omgivningen att hon aldrig kommer att bli frisk från sin ätstörning? Vår åsikt är att benämningen "kronisk anorexi" bör undvikas i behandlingssammanhang, eftersom vi anser den tar bort patientens tro på att det finns ett liv utan ätstörningen.

Ingen av kvinnorna vi intervjuat säger sig ha en fullt normal relation till mat idag. De har fortfarande många funderingar kring vad en normal relation till mat är och de negativa tankarna kring kropp och utseende återkommer då och då. Frågan om man kan bli helt frisk från ätstörningar tycker vi är för svår att svara på eftersom man då också måste svara på vad som menas med att vara helt frisk. Alla människor funderar säkert någon gång på vad de äter och hur de ser ut. När övergår dessa tankar till att bli en störning och när övergår störningen till att vara "normala" tankar igen?

Vi har inte funnit något i den litteratur vi läst som belyser ätstörningsdrabbades upplevelser av den behandling som de genomgått. Vi tycker att vår undersökning bidrar till att förmedla några kvinnors egna berättelser om hur de upplevt sin ätstörning och behandlingen de genomgått, vilket vi tycker är viktigt för den framtida forskningen om ätstörningar.

Källförteckning

Böcker

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

Buhl Charlotte (1993) *Kampen om kroppen*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Claude-Pierre Peggy (1999) *Ätstörningarnas hemliga språk –att förstå och bota anorexi och bulimi*. Forum.

Cullberg Johan (2000) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur 6:e utgåvan.

Davidsson Bulle & Lillman Ringborg Christina (2001) *Matkampen – om ätstörning i familjen*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Denscombe Martyn (2000) *Forskningshandboken –för småskaliga forskningsprojekt inom samhällvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson Bengt & Carlsson Göran (2001) *Ätstörningar – en strategisk behandlingsmodell*. Lund: Studentlitteratur.

Glant Heléne & Glant Rolf (1992) *Bulimia nervosa –när bara maten existerar*. LIC förlag AB.

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

Hwang Philip & Nilsson Björn (1998) *Utvecklingspsykologi – från foster till vuxen*. Stockholm: Natur och Kultur 1:a utgåvan, 3:e tryckningen.

Rydberg Jan (1993) *Anorexi – att inte se sig som man är*. Ekelunds förlag AB.

Råstam-Bergström Maria, Gillberg Christopher & Gillberg Carina (1995) *Anorexia nervosa –bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. Stockholm: Liber Utbildning AB 1:a upplagan.

Wallin Ulf (2000) *Anorexia nervosa in adolescence –Course, treatment and family function*. Lund: Department of Child and Youth Psychiatry, Lund University.

Intervjuer

Barbro Nalerius, (sjuksköterska, BUP Nordöstra Skåne, Hässleholms sjukhus). Telefonintervju den 27 november 2001.

Riitta Holmer och Birgitta Amylon, (leg. psykoterapeut respektive 1:a skötare, Enheten för Anorexi och Bulimi, Lund). Intervju den 28 november 2001.

Isabella Clevenhag, (socioonom, Anorexiapunkten, Råå). Bandinspelad intervju den 7 december 2001.

Bilaga 1

Intervjufrågor till kvinnorna

1. Vilken slags ätstörning har du haft?
2. Vid vilken ålder började ätstörningen?
3. Hur uppmärksammades problemet?
4. När insåg du själv att du hade problem?
5. Hur länge pågick ätstörningen innan du fick hjälp?
6. I vilken utsträckning fick du stöd av omgivningen? Hur upplevde du detta?
7. Vilken/vilka behandling/ar har du fått?
8. Hur gick behandlingen till?
9. Hur upplever du behandlingen?
 - a. Positiva upplevelser
 - b. Negativa upplevelser
 - c. Skulle du vilja ändra på något?
10. Upplever du att behandlingen har hjälpt dig?
 - a. Om svaret är ja: Hur och när upplevde du att du höll på att bli bättre/behandlingen gjorde verkan?
 - b. Om svaret är nej: Hur menar du? Har något annat hjälpt dig?
11. Vilken relation har du till mat idag?
12. Hur har du påverkats av din ätstörning?
 - a. I allmänhet
 - b. Fysiskt
 - c. Psykiskt
13. Vad tror du orsakade ätstörningen?
14. Hur ser ditt liv ut idag?

Bilaga 2

Intervjufrågor till behandlingspersonal

- 1 Vilken behandling bedriver ni här?
- 2 Vill du kort beskriva:
 - a. Innehållet i behandlingen
 - b. Formerna för behandlingen
- 3 Vilken teori/er utgår ni från?
- 4 Hur ser prognosen för tillfrisknande ut?
- 5 Vad tror ni orsakar ätstörningar?