

Lunds universitet
Socialhögskolan
Socialt arbete med barn och ungdomar 20 poäng SOL 064
Vårterminen 2001

ANOREXIA NERVOSA

ORSAKSFAKTORER OCH BEHANDLINGSMETODER

Författare: Maria Nilsson
Liz Liljenberg

Handledare: Ingrid Runesson

Abstract

Anorexia nervosa is a psychological disorder characterized by an aversion to eating and fear of gaining weight. Our aim was to examine and obtain an understanding of what causes the individual to develop anorexia nervosa. We also wanted to point out different methods of treatment available to the patients.

Our questions at issue were:

- What major causes and life events might initiate the development of the disorder?
- What different methods of treatment are used at the units in question?

We interviewed professionals who work at eight treatment units in a comparative study. We asked open questions in order not to restrict the answers and instead invite the professionals to speak freely on the topic. By comparing the interviews and studying literature focusing on causes and treatment we came to the conclusion that anorexia nervosa is a disorder with multiple causes that is treated with a variety of methods. Vulnerability was mentioned as a common trait with the anorectic patients which might cause the development of the disorder. The systemic family therapy is the most frequently used treatment method at the units in question.

8 september, torsdag

Fryser. Fortfarande 46. Duktig flicka. Gråtande mamma.

Potatis, svamp, gurka, tomater på en tallrik. Orolig blick, minst en halv minut, från mamma. Vaddå, det är ju för fan näring i det här, vad tittar du efter, det är ju proppat med vitaminer? Svaret: Inte många vitaminer, Evelyn.

Och Evelyn ger i smyg det hon inte orkar äta upp till hundarna. Evelyn - hundarnas favorit och idol. Bråk med systemen. Eller konflikt, som psykologerna skulle säga. Jaja. Och en glappande mun, mammas. En moster ska möta Evelyn Kossa och hennes mamma på Centralen på lördag och skjutsa dom till Danderyds psyk, för kossan anses av nån jävla anledning för rubbad. Fan vet. Och kossans mor sitter och gråter i en grön fåtölj. Kossan/ Grisen Evelyns fel. Gris-Evelyn. Hennes mor gråter och snyftar att Gödsvinet Evelyn kommer att svälta ihjäl sej. Bara för att gödsvinet gått ner lite i vikt. Är de rädda att bli utan julskinka???

(Utdrag ur Maria Hedes *Evelyn Spöke*, 1989)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	1
1. Inledning	2
1.1 Problemformulering	2
1.2 Syfte och frågeställningar	2
1.3 Avgränsningar	3
2. Metod	3
2.1 Metodval	3
2.2 Etiska överväganden	4
2.3 Urval	4
2.4 Intervjuer	5
2.5 Analys	6
2.6 Metoddiskussion	6
2.7 Källkritik	6
2.8 Fortsatt framställning	6
3. Anorexi	7
3.1 Kort historik	7
3.2 Definition av centrala begrepp	8
3.3 Anorexia nervosa	9
4. Behandlingsterapi	10
4.1 Psykoanalys och psykodynamisk terapi	11
4.2 NA-terapi	12
4.3 Familjeterapi	16
4.4 Kognitiv terapi och beteendeterapi	17

5. Presentation av intervjuenheterna	21
5.1 Vallby Hage Rehab Center i Trelleborg	21
5.2 Enheten för anorexi och bulimi (Barn- och ungdomspsykiatri), Universitetssjukhuset i Lund	22
5.3 Avdelning 33 (Vuxenpsykiatri), Universitetssjukhuset i Lund	23
5.4 Barn- och ungdomspsykiatri, Universitetssjukhuset i Malmö	23
5.5 Indigo i Karlshamn	24
5.6 Vuxenpsykiatri i Malmö (sektor Nordöst)	25
5.7 Barn- och ungdomspsykiatri i Karlshamn	26
5.8 Barn- och ungdomspsykiatri i Kristianstad	26
5.9 Hur kommer patienterna i kontakt med verksamheterna?	27
6. Redovisning av resultat och analys	28
6.1 Orsak	28
6.2 Behandling	34
7. Slutdiskussion	46

Källförteckning

Bilagor

Intervjufrågor bilaga 1

DSM IV bilaga 2

FÖRORD

Här vill vi tacka alla de personer som har gjort denna uppsats möjlig.

Först vill vi tacka de verksamheter vi intervjuat för deras hjälpsamhet och kunskap i detta ämne:

Bo Grankvist, Vallby Hage Rehab Center, Trelleborg

Riitta Holmer och Monica Lindkvist, Enheten för anorexi och bulimi, BUP, Lund

Margret Jakobsson, avdelning 33, Lunds Universitetssjukhus

Kirsten Åberg, UMAS BUP Malmö

Lena Appelkvist och Gunilla Storm, Indigo, Karlshamn

Torsten Ohlsson, sektorsklinik nordöst vuxenpsykiatri, Malmö

Anders Lidbom, BUP, Karlshamn

Barbro Narleius, BUP, Kristianstad

Ett stort tack till vår handledare Ingrid Runesson som bidragit med viktig information, råd och uppmuntran.

Liz Liljenberg och Maria Nilsson

21 maj 2001

1. INLEDNING

1.1 Problemformulering

Anorexia nervosa är både ett samhälleligt och ett individuellt problem. I dagens samhälle får anorexia väldigt stor uppmärksamhet. Media målar upp en bild av en ökande frekvens av antalet drabbade av ätstörningar och att det är svårt för de drabbade att få hjälp p.g.a. resursbrist. Detta tyckte vi var intressant och vi ville ta reda på hur det förhöll sig i verkligheten. Ätstörningar är ett vitt begrepp med olika sjukdomsbilder med varierande symptom. Vi valde att koncentrera oss på anorexia nervosa i renodlad form. Denna begränsningen gjorde vi både av personligt intresse och för att begränsa oss i vårt uppsatsarbete. Trots att anorexia kan ses som ett samhälleligt problem så var vi mer intresserade av att undersöka problematiken utifrån ett individuellt perspektiv med fokus på de psykologiska aspekterna. Vi var nyfikna på att titta närmare på vilka som drabbas av sjukdomen, hur sjukdomsbilden ser ut och orsaker till varför vissa individer utvecklar anorexia.

Vår problemformulering är som följer: Vilka orsaksfaktorer hos individen samverkar vid utvecklingen av anorexia nervosa? Vad finns det för exempel på behandlingsmodeller beskrivet i tidigare forskning och i verksamheter som har erfarenhet av att arbeta med ätstörningsproblematik?

1.2 Syfte och frågeställningar

Utifrån intervjuer med personer på olika behandlingsenheter som behandlar anorexi, vill vi belysa och försöka förstå dels vilka orsaksfaktorer som samverkar för att individen skall utveckla anorexia nervosa och dels de behandlingsmodeller som finns tillgängliga för de som drabbats.

Våra frågeställningar är.

- Vilka är de huvudsakliga orsakerna och de utlösande faktorerna till utvecklingen av anorexia nervosa?
- Vilka behandlingsmodeller används i de olika verksamheterna?

1.3 Avgränsningar

Vi har valt att begränsa oss till den typ av ätstörning som uppfyller kriterierna för anorexia nervosa. Eftersom uppsatsen ingår i kursen socialt arbete med barn och ungdom ville vi främst koncentrera oss på ungdomar upp till 25 år. Vi har tittat på problematiken både hos pojkar och flickor, men då de flesta drabbade är flickor har deras perspektiv dominerat.

2. METOD

I detta avsnitt kommer vi att beskriva hur vi gick tillväga för att genomföra och analysera vår studie. Vi diskuterar även källorna och metoden kritiskt. Sist i detta avsnitt redogör vi för den fortsatta dispositionen av uppsatsen.

2.1 Metodval

Utifrån en kvalitativ studie har vi försökt undersöka vad det finns för teorier kring orsaker till anorexia nervosa samt vad det finns för möjligheter till behandling av patienter som diagnosticerats med sjukdomen. Vår avsikt var att göra en deskriptiv undersökning av de enheter vi intervjuat samt tidigare forskning med huvudsaklig inriktning på teorier kring orsak och behandling.

Vi ansåg att en kvalitativ studie skulle vara det lämpligaste sättet att få svar på våra frågeställningar. Vi ville få en dialog med intervjupersonerna för att få en större inblick i orsaksproblematiken samt i den behandling som bedrivs på de enheter vi besökte. Eftersom vi ansåg att det var svårt att studera anorexi-problematiken t ex med deltagande observation under uppsatstiden på 10 veckor så valde vi istället att ha ostrukturerade intervjuer med personer som har förstahandskunskaper. Fördelen med denna typ av intervju är att intervjupersonen inte tvingas in i ett bestämt tankesätt utan kan på ett friare sätt utveckla sina åsikter (Halvorsen, 1992). Viss styrning förekom dock i intervjun i form av huvudteman utifrån våra frågeställningar.

2.2 Etiska överväganden

Av etiska skäl valde vi att intervjua nyckelpersoner som arbetar med behandling av anorektiker istället för att direkt intervjua de drabbade. Personer med anorexia nervosa upplever vi som sårbara och därför ville vi inte utsätta dem för den stress som intervjun kan innebära. Genom att intervjua nyckelpersoner hoppades vi kunna ge ett bredare perspektiv av problematiken.

2.3 Urval

Vi ville ha ett brett urval för att försöka belysa olika typer av verksamheter som behandlar anorektiker. Vi ville försöka komma i kontakt med öppenvård respektive slutenvård och barnpsykiatri respektive vuxenpsykiatri. Vår målsättning var att beskriva både privat och offentlig verksamhet samt intervjua olika personalkategorier för att få en bredare inblick i problemet.

Vi fick information om olika behandlingsverksamheter genom Internet, telefonkatalogens landstingsdel och genom kontakt med kurskamrater och vår handledare Ingrid Runesson. Även behandlingsverksamheterna gav tips om ytterligare enheter som kunde vara av intresse för oss.

Vi valde att försöka ta kontakt med verksamheter som finns i våra hemkommuner Lund och Karlshamn samt närliggande kommuner. Vi ämnade inte att göra en heltäckande studie av tillgänglig behandling i de utvalda områdena utan vi försökte i mån av tid och utrymme söka upp enheter som arbetade med barn och ungdomar respektive unga vuxna inom både offentlig och privat verksamhet. Intervjupersonerna kontaktades per telefon. Vi har haft vissa svårigheter med att få svar på våra förfrågningar då vissa personer varit svåra att nå samt har behövt ha betänketid. Då tiden var begränsad har vi delvis varit hänvisade till de som har haft möjlighet att ta emot oss. Vi hade planerat att göra 11 intervjuer men fick på grund av ovannämnda svårigheter endast ihop 8 intervjuer.

Vi försökte få kontakt med ansvarig personal för den privata ätstörningsenheten som skall startas upp i Malmö i början av maj månad utan att lyckas. Detta företag driver sedan tidigare en ätstörningsenhet i Varberg (Anorexicenter). Vi kontaktade dem men de hade tyvärr inte möjlighet att ta emot oss. Förutom dessa verksamheter har övriga vi kontaktat svarat ja då vi ringt och frågat om vi

kan få göra personliga intervjuer med personal. Vi hade dock inte heller möjlighet att intervjua personal på Anorexipunkten i Helsingborg då det skulle innebära en avgift för intervjun.

2.4 Intervjuer

De vi intervjuade var:

Bo Grankvist, familjeterapeut på Vallby Hage Rehab Center, en dagverksamhet i Trelleborg
Riitta Holmer, familjeterapeut, och Monica Lindkvist, skötare på Enheten för anorexi och bulimi inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund.

Margret Jakobsson, sjuksköterska på avdelning 33 Lunds Universitetssjukhus vuxenpsykiatri.

Kirsten Åberg, kurator på UMAS barn- och ungdomspsykiatri i Malmö.

Lena Appelkvist och Gunilla Storm, behandlingspersonal på Indigo, dagverksamhet i Karlshamn

Torsten Ohlsson, psykolog i ätstörningsteam vid sektorsklinik nordöst vuxenpsykiatri i Malmö.

Anders Lidbom, psykoterapeut på barn- och ungdomspsykiatri i Karlshamn

Barbro Narleius, sjuksköterska med vidareutbildning inom psykiatri på BUP i Kristianstad.

Verksamheterna beskrivs under rubriken presentation av intervjuenheterna.

De personer vi intervjuade hade inga krav på att vara anonyma. Vi intervjuade alla personerna på deras arbetsplats. Vi ville spela in intervjuerna på band eftersom vi skulle få en mer detaljrik och utförlig beskrivning. Men av de tillfrågade tackade intervjupersonerna på BUP i Lund respektive Malmö nej till att intervjun skulle spelas in på band.

Vid intervjuerna använde vi oss av en intervjumall (se bilaga 1).

Intervjuerna tog mellan 60 till 90 minuter. Flertalet intervjuer spelades först in på band. De intervjuer som spelats in på band transskriberade vi efter intervjun ordagrant till papper. Övriga intervjuer nedtecknades utifrån stödord.

2.5 Analys

Intervjuerna sammanställdes sedan utifrån svaren på intervjufrågorna i avsnitten presentation av intervjuenheterna och redovisning av resultat och analys. I presentationen redovisas organisationen samt vilka som behandlas där. I redovisningen av resultat och analys jämför vi de olika intervjupersonernas svar utifrån vårt syfte och våra frågeställningar. Dessa svar redovisas samt diskuteras i förhållande till tidigare redovisad forskning och teorier.

2.6 Metoddiskussion

Det har varit intressant och det har gett bredare svar på våra frågor att intervjua personal utifrån att de ingår i ett flertal olika yrkeskategorier. Svagheten med intervjuerna får anses vara det begränsade antalet som på intet sätt ger en heltäckande bild av behandlingsverksamheten utan snarare kan ge en kortare översikt över möjliga instanser som anorektiker och deras familjer kan komma i kontakt med. En brist kan vara att vi försöker förstå de drabbades problematik utan att direkt fråga dem. ”I mötet med de samhällsliga institutioner som erbjuder hjälp av olika slag är klienten ofta en ”svag part”, bl a i den meningen att makten att definiera dennes problem och behov ligger hos hjälpgivaren.”(Eliasson, 1995, s 168).

2.7 Källkritik

Huvuddelen av litteraturen sökte vi på bibliotek i Karlshamn och Lund. Vi koncentrerade oss främst på den litteratur som hade sitt fokus på anorexia nervosa och inte ätstörningar i stort. Vi valde bort litteratur som var inaktuell då det gällde bl.a. diagnos och statistik. En brist gällande litteratur vi använt är att vi inte inkluderat artiklar från tidningar, tidskrifter eller texter från internet i någon större utsträckning.

2.8 Fortsatt framställning

Vi kommer att börja med avsnittet *anorexi* där vi inleder med att beskriva anorexia nervosa ur ett historiskt perspektiv. Sedan har vi en definition av centrala begrepp som vi använder oss av i

uppsatsen. Under rubriken *anorexia nervosa* kommer vi att allmänt beskriva sjukdomsbilden och gå in på diagnosticering samt berätta vad som händer med kroppen i sjukdomsförloppet. Under rubriken *behandlingsterapi* kommer vi att ta upp behandlingsterapier som vi tyckte var av vikt såsom: psykoanalys och psykodynamisk terapi, NA-terapi, familjeterapi, kognitiv terapi och beteendeterapi. I avsnittet *presentation av behandlingsenheterna* beskriver vi organisationen, vilka som behandlas på dessa enheter och hur patienterna kommer i kontakt med dem. I avsnittet *redovisning av resultat och analys* lägger vi tonvikten på orsak och behandling där vi jämför intervjuenheternas svar och tar upp tidigare forskning. I vår *slutdiskussion* så diskuterar vi resultat och tar upp det som vi funnit särskilt intressant.

Vi kommer genomgående att använda epitetet ”hon” då vi skriver om anorexipatienter och de som drabbats av anorexia dels av bekvämlighetsskäl och dels eftersom kvinnor är starkt överrepresenterade då det gäller anorexia nervosa.

3. ANOREXI

3.1 Kort historik

Man kan lätt förledas att tro att anorexia nervosa är en sjukdom som tillkommit i dagens kroppsfixerade samhälle. Men det är mycket möjligt att sjukdomsfall varit kända sedan urminnes tider. ”I varje fall framgår det av den medicinska psykologins historia att sjukdomen inte var ovanlig under medeltiden (bland ”häxor”, kvinnor besatta av djävulen och pseudomystiker). Det är också troligt att utmärgling som följd av frivillig svält iakttagits av antikens läkare.” (Palazzoli, 1979 s 10). Under medeltiden var sjukdomen förknippad med en högre andlighet och en religiös asketism. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen 1993 s 39).

Anorexisymptom beskrevs för första gången som ett medicinskt fall av den engelske läkaren Richard Morton 1684. Mortons patient var amenorroisk (saknade menstruationer) föreföll sakna aptit, blev blek med degig hud och såg ut som ”ett skelett klätt med skinn”. 1874 gav William Gull sjukdomen dess namn i samband med att han beskrev anorexia nervosa som ett kliniskt syndrom. Anorexia betyder aptitlöshet och har märkligt nog funnits kvar som benämning för en sjukdom som inte alls

präglas av aptitlöshet. (Råstam, Gillberg, Gillberg 1995 s 9f).

I beskrivningen av fallet Dora som Sigmund Freud behandlade 1905 nämndes anorexia nervosa som ett av hennes symptom. Freud tolkade Doras vägran att äta som något psykotiskt och hennes kräkningar som ett hysteriskt försvar. (Johnsson, 1990 s 4).

1914 undersökte dr Morris Simmonds från Tyskland fenomenet självsvält och kom fram till att den starka avmagringen berodde på en destruktion av hypofysen. Då han publicerade sin förklaring förändrades synen på sjukdomen anorexia nervosa. Sjukdomen betraktades nu som ett somatiskt sjukdomstillstånd istället för ett psykiskt problem och i behandlingen ingick hypofysextrakt. Denna teori visade sig senare vara felaktig. Efter andra världskriget uppfattades anorexia som en psykisk sjukdom med allvarliga kroppsliga symptom. (Birkehorn, 1999 s 8).

Under 1900-talet har det psykodynamiska perspektivet dominerat. De tidiga tolkningarna fokuserade på bakomliggande sexuella konflikter och rädsla för befruktning genom munnen. Hilde Bruch publicerade 1969 en epokgörande artikel om ätstörningar "Hunger and Instinct". Hon kom att betyda mycket för förståelsen av sjukdomen. "Hon beskrev den störda kroppsuppfattningen (gränsande mot psykotisk vanföreställning), den förvirrade tolkningen av kroppssignaler samt en genomgripande känsla av hjälplöshet." (Råstam, Gillberg, Gillberg 1995 s 10).

3.2 Definition av centrala begrepp

Anorexia nervosa - en psykiatrisk diagnos (DSM IV, se bilaga 2) som utlöses av bantning eller mer sällan av ofrivillig viktnedgång som t ex i samband med sjukdom. Det rör sig inte om en vanlig bantning då den genomförs tvångsmässigt och patienten starkt motsätter sig förändring.

Ätstörning - samlat begrepp för personer med en störd relation till sin kropp och/eller till mat; exempelvis anorexia nervosa, bulimia nervosa, överätning.

UNS - betyder Utan Närmare Specifikation och innebär lite vagare diagnostik. Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningarna.

3.3 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa betyder nervös aptitlöshet och drabbar mest flickor i åldern 15-24 år. (Cullberg, 1999 s 173). Benämningen aptitlöshet av nervösa skäl kan ses som missvisande då den drabbade har ett ökat intresse för mat och förtrycker sin aptit. (Cederblad, 1996 s 122).

Sjukdomen är tio gånger vanligare hos flickor än hos pojkar. (Råstam, Gillberg & Gillberg, 1995 s 21). Sjukhusstatistik visar att 9 av 100 000 kvinnor i denna åldersgrupp drabbas av sjukdomen.

Anorexia nervosa är en medicinsk beteckning som diagnosticeras enligt DSM-IV (se bilaga 2) eller den likartade ICD-10. (Cullberg, 1999 s 173).

Med anorexia nervosa avses enligt DSM-IV (APA 1994) vägran att upprätthålla en minimivikt för ålder och längd, betingad av en önskan att bli smalare, en önskan som inte avtar med tilltagande avmagring. Det allvarliga i tillståndet förnekas av individen och kroppspereptionen är ofta påverkad så att det reella tillståndet inte uppfattas. Hos flickorna som fått sina menstruationer krävs bortfall av minst tre menstruationscykler. (Råstam, 2001 s 223).

Sjukdomen inleds ofta med en vanlig bantning trots att personerna sällan är överviktiga. (Bruch, 1978) När tonåringen kommer i puberteten verkar hon ha svårt att acceptera att hon får kvinnliga former och den ökade fettvävnaden uppfattar hon som att hon håller på att bli tjock. Innan bantningen inleds så är personen ofta fixerad vid mat. En annan signal på att flickan håller på att utveckla anorexi kan vara ett överdrivet motionerande. (Kron et al., 1978) ”Flertalet patienter drabbas av amenorré före den signifikativa, avslöjande viktminskningen, vilket pekar på ett psykogent ursprung” (Schwabe et al., 1981). (Chabrol, 1993 s 8). En del av tonåringarna tycks inte bry sig om de uteblivna menstruationerna utan verkar snarare lättade över att slippa ifrån kroppens sexuella utveckling. Det anorektiska beteendet utvecklas först när flickan gått ner i vikt. Bruch (1978) menar att viktnedgången medför känslor av stolthet och makt över att ha kontroll över sin kropp. Flickan upplever sig som skild från sin kropp då hon kan motstå hungerkänslorna. Kroppens sinnen skärps av hungern och anorektikern upplever ett rus. Hon känner sig speciell och skild från andra då hon kan motstå ett av människans grundbehov - att äta. När kroppen ger alltmer starka signaler av behov av näring växer ångesten över att förlora kontrollen. En negativ spiral skapas där hon vill öka kontrollen

och gå ner i vikt samtidigt som konsekvenserna av näringsbristen gör sig påminda. (Chabrol, 1993) Inledningsvis är familjen ofta positivt inställd till flickans viktminskning och berömmar hennes viljestyrka. Men efter hand vänds föräldrarnas beundran till oro då de blir varse om allvaret i det ätstörda beteendet. Föräldrarna börjar nu lägga sig i flickans matvanor och en maktkamp inleds. Den tidigare tillagsinställda flickan visar allt större motstånd då familjen försöker bryta hennes kontroll över näringsintaget. Hon förnekar sin sjukdom och hävdar bestämt att hon är frisk. I maktkampen om vad som är rätt och fel fördröjs ofta beslutet att kontakta en läkare. (Chabrol, 1993 s 10f).

Personer med anorexia nervosa upplever sig själva ofta som tjocka trots att så inte är fallet. De har en förvrängd kroppsuppfattning och de överskattar ofta vissa kroppsdelar exempelvis att de har en tjock mage. Näringsintaget anpassas sedan efter denna förvrängda kropps bild istället för att personen lyssnar till sina egna hungerkänslor. Personerna har ofta svårigheter med att uppfatta hunger och mättnad liksom att identifiera och tolka känslor. De kan därför ha svårt att beskriva ängslan, depression och sexuella känslor. (Cederblad, 1996 s 124f)

En del tonåringar med anorexia förlorar mer än 50% av sin kroppsvikt. De kan väga så lite som 25-30 kg.(Chabrol, 1993 s 11). En avsevärd vikt nedgång kan medföra fysiska komplikationer såsom: störningar i hjärtverksamheten, generell muskelsvaghet, förändringar i blodets sammansättning, låga östrogennivåer, torr hy och sprött hår, dunigt lanugohår på olika kroppsdelar, leverfunktionsrubbnings, vattensamlingar under huden, dålig blodcirkulation och låg kroppstemperatur. (Cederblad, 1996 s 124 och Råstam 2001 s 228f). Mortaliteten är enligt Ratnasuriya i England och Sten Theander i Sverige mellan 15-18 % p g a sjukdomskomplikationer eller i vart tredje fall självmord. (Råstam, Gillberg, Gillberg 1995 s 105)

4. BEHANDLINGSTERAPI

I detta avsnitt väljer vi att presentera ett urval teorier som aktuell forskning refererar till då det gäller behandling av anorexia nervosa. Dessa teorier uppfattade vi som mest relevanta då det gäller behandling av anorexia även om vi naturligtvis inser att de inte är de enda teorierna som finns.

4.1 Psykoanalys och psykodynamisk terapi

Den psykoanalytiska skolan beskrev anorexia nervosa under första hälften av 1900-talet som ett uttryck för intrapsykiska konflikter kring sexualiteten. Rädslan för ”oral befruktning” dominerade teorierna om sjukdomens ursprung.

Med detta menade man omedvetna fantasier om att maten representerade det manliga könsorganet (faderns) och att ätandet kunde leda till befruktning och graviditet. Bakom detta ansåg man att det låg incestuösa önskningar gentemot fadern och att det i princip rörde sig om en konflikt på oedipal nivå. Rädslan för att bli tjock tolkade man som en rädsla för att bli gravid. (www.medivia.se/AN/teorier.html).

Flickan ansågs vägra stoppa mat i munnen som försvar. På senare år har man konstaterat att anorexia nervosa förväxlades med andra former av matvägran som sväljningsfobier och psykogena kräkningar ur vilka man kan härröra samband med tidigare sexuella konflikter och trauman. (www.medivia.se/AN/teorier.html).

Den moderna psykoanalysen, med psykoanalytikern Hilde Bruch som en stor föregångare, satte fokus på en störning i samspelet mellan mamman och barnet under de första levnadsåren. Teorierna om att en störning i den tidiga personlighetsutvecklingen hos flickan i sin tur ledde till anorexia nervosa, lades fram på 50-talet och bröt mot den klassiska psykoanalysen. Bruch utvecklade en psykoterapi där man koncentrerade sig på denna relationsstörning, borderline-problematik och en bristande upplevelse av identitet, autonomi och förmåga att sätta gränser. De grundläggande problemen ansåg hon ha funnits hos patienten långt före det att anorexin utvecklades. Det har även utvecklats teorier inom det psykodynamiska synsättet där orsaken anses finnas i interaktionen mellan samtliga familjemedlemmar, som t ex i objektrelationsteorin. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 1993 s 61f, www.medivia.se/AN/teorier.html).

Dewald (1990) tar upp ett exempel med en tonårsflicka som under barndomen haft ett relativt bra förhållande med sin mamma. När hon kommer in i puberteten utvecklas dock en konflikt till modern som rör dotterns självständighet och sexuella frihet. Flickan klarar inte att lösa konflikten i den

mognadsfas hon befinner sig utan regredierar till ett tidigare utvecklingsstadium. Psykoanalytiskt tänkande ser en tidigare olöst konflikt med mamman i den orala fasen och flickan som befinner sig i adolescensen utvecklar anorexia nervosa (neurotisk aptitlöshet med stark avmagring).

I klassisk psykoanalys är det inte ovanligt att en klient träffar sin terapeut flera gånger i veckan under 5-10 år. Genom fria associationer ämnar terapeuten att bearbeta barndomsupplevelser och omstrukturera personligheten. Kortare psykodynamisk psykoterapi finns där samtal förs högst en eller två gånger i veckan och berör mer avgränsade livsproblem. Terapeuten är här mer aktiv än i psykoanalysen i vilken terapeuten förblir neutral för att möjliggöra överföring av känslor kring andra viktiga personer. I psykodynamisk psykoterapi kan behandlingen genomföras inom 30 sessioner. (Smith, 1993 s 539).

Psykodynamiska terapeuter ser på en anorektiker som en flicka som kan hysa en rädsla för att bli kvinna och därmed svälter sin kropp för att den inte ska utvecklas. De anser att hon har en allvarlig störning i kroppsmedvetandet. Genom sin viktnedgång får hon ofta uppmärksamhet från familjen och kan därigenom fortsätta att få vara ett barn. (Hwang & Nilsson, 2000 s 255).

4.2 NA-terapi

Steven Levenkron (1986) beskriver i sin bok "Anorexia nervosa. Att förstå, behandla och bota" hur han kan hjälpa sina patienter att övervinna de anorektiska symptomen med sk omvårdande-auktoritativ psykoterapi. Efter den engelska beteckningen nurturant-authorative kallar han det NA-terapi. Det är främst en individualterapeutisk strategi han beskriver. Familjeterapi vill Steven Levenkron endast rekommendera då familjen själv är medveten om att den behöver ändra sitt familjemönster. (Levenkron, 1986 s 7).

Skillnaden mellan NA-terapi och den traditionella psykoterapi är att i NA-terapi behöver inte terapeuten ha ett lika neutralt förhållningssätt som i den traditionella psykoterapi. Den traditionella psykoterapi har haft som förutsättning en neutral attityd från terapeutens sida och neutraliteten har försvarats med att den skyddar patienten från påverkan av terapeuten. NA-terapi är annorlunda från den traditionella psykoterapi på så vis att den kräver mer initiativ, mer taktiska beslut och mera

varierat och överlagt beteende. Många anorektiska patienter har inte de emotionella resurserna för att kunna ta emot analytisk psykoterapi och därför menar Levenkron att NA-terapin kan passa dem bättre. Terapeutens roll i NA-terapin är att bli en aktiv ledare. (Levenkron 1986 s 121f).”Terapeutens beteende måste avspegla vilja att stödja, sakkunskap, förmåga att leda och strukturera, lyhördhet för de fällor som hennes fixa idéer utgör och tilltro till den egna förmågan att hjälpa henne.” (Levenkron, 1986 s 29).

NA-terapeutens första uppgift är att få patienten att regrediera och på så sätt hjälpa patienten att bli yngre och mindre mogen i den terapeutiska relationen. Tanken med regredieringen är att patienten ska bli mer bunden till terapeuten än till sjukdomen. (Levenkron 1986 s 27). Under denna regressionsperiod ska patienten lära sig att lita på sig själv. Det är viktigt att terapeuten ser när denna hållning inte längre är möjlig och då successivt ”släpper” patienten och tillåter henne att bli vuxen igen. I genomsnitt brukar patienten behöva NA-behandlingen i närmare två år innan terapeuten kan övergå till mer självständig terapi. (Levenkron 1986 s 128).

Terapeutens uppgift är att hjälpa patienten att kunna behöva. Terapeuten ska försöka hjälpa patienten med anorexia nervosa att lära sig att acceptera och ta emot känslomässigt stöd. Rollen som hjälpare blir tilldelad terapeuten. NA-terapin är en slags föräldrahållning. Föräldrar ger sina barn omsorg och ledning och sätter gränser för dem. Terapeuten i NA-terapin gör i stort sett samma sak. Till viss del kan man säga att han gör om föräldrarnas arbete. NA-terapin passar inte för alla som söker psykoterapi utan lämpar sig bäst för de som lider av anorexia nervosa, olika former av tvångssymptom eller har borderlineproblematik. (Levenkron 1986 s 128).

Terapeuten är mer aktiv i NA-terapin än vad som är brukligt i den traditionella psykoterapin. Detta kan ta sig uttryck som att terapeuten aktivt tolkar och ger förklaringar till patientens konflikter. Terapeuten talar mer med sin patient då Levenkron anser att ändlös tystnad är destruktiv för patienter med anorexi. Interventioner - den term som används för att beskriva terapeutens verbala svar till patienten - får en annan mening i NA-terapin. De mer neutrala frågorna som, vad tycker du om det, och hur upplever du det, används inte i NA-terapin. De kan få patienten att känna sig övergiven.(Levenkron, 1986 s 27). Det är detta som visar på auktoriteten i NA-terapin. Terapeuten ska bli betraktad som en auktoritetsperson, en trygg och tilltalande person som har något att ge. NA-terapeuten ska försöka hjälpa patienten att utveckla beroende till en annan människa. Det är viktigt

att terapeuten tidigt i den terapeutiska relationen talar om för patienten att han kommer att bli en viktig person för henne. Att redan från början göra beroendet tydligt och definiera det som adekvat kan minska motståndet för att bli beroende av någon annan. Relationen blir omhändertagande ungefär som en förälder som tar hand om sitt barn. En förälder kan ju vara auktoritativ i vissa situationer och omvårdande i andra. Patienten ska se terapeuten som en omvårdande person som erbjuder omsorg och som en auktoritetsfigur som erbjuder vägledning. Själva grundtanken att få patienten att regrediera är att återuppleva och göra om barndomen med terapeuten som den goda föräldern som med omvårdnad och auktoritet kan hjälpa patienten att känna sig trygg. (Levenkron, 1986).

För att få patienten att känna sig trygg är det viktigt att terapeuten tydliggör att han förstår patienten. Detta visar terapeuten genom att tolka det outtalade, gester eller t o m tystnaden. Under de första sessionerna så är det viktigt att terapeuten visar att han förstår sjukdomen. Detta kräver att terapeuten vet en hel del om anorexi. Det är viktigt att han har regelbunden kontakt med patientens somatiska läkare vilken hjälper honom att utforma behandlingsplanen samt kan ge honom viktiga kunskaper om den somatiska delen av anorexin. Det är viktigt att terapeuten påvisar sina kunskaper till patienten då det mildrar patientens rädsla för att bli missförstådd samtidigt som det visar att terapeuten har gjort sig besväret att studera hennes speciella problem. De här samtalen avmystificerar sjukdomen samtidigt som det skapar tillit hos patienten. (Levenkron, 1986 s 28f).

Det kan vara svårt att upprätthålla den omvårdande-auktoritativa balansen. Samtidigt som terapeuten måste vara medkännande och omvårdande så måste han balansera denna omvårdnad med ett auktoritativt sätt. Om terapeuten enbart skulle vara auktoritativ utan att vara omvårdande och medkännande kan det göra att patienten blir rädd för terapeuten och går upp i vikt i avsikt att behaga honom. Anpassningen och framgången blir då enbart ytlig. Patienten går upp i vikt för att behaga terapeuten och blir den "snälla flickan" hon oftast varit under sitt liv. När patienten inte längre står under terapeutens kontroll så ser hon till att gå ner i vikt igen. Hon ser viktuppgången som hennes enda sätt att bli fri från terapeuten som kontrollerar henne. Hon återgår till sitt gamla mönster av knep och bedrägeri vilka inte är bra förutsättningar för en lyckad terapi. Om terapeuten å andra sidan enbart skulle var omvårdande så kan det leda till att patienten enbart blir föraktfull, manipulativ och tyrannisk. Hon tar kontrollen över sessionerna och manipulerar terapeuten. Terapeuten skulle bli helt maktlös och patienten skulle uppfatta honom som en passivberoende person, oförmögen att ge henne styrka

och trygghet vilket är det hon helst vill ha. Om terapeuten låter den ena av dessa hållningar dominera så försätter det terapeuten i samma fälla som patienten att se allting i svart eller vitt. Balansen mellan dessa två förhållningssätt ska lära patienten att problemen hon har är komplexa och således måste lösningarna vara resultat av patientens och terapeutens gemensamma avvägningar. Detta blir en effektiv motvikt till patientens tvångstankar. Genom att balansera de två hållningarna så hjälper terapeuten sin patient att känna sig skyddad och befriad från tvångets kaos. Det är ingen lätt uppgift terapeuten har men det är nödvändigt att han klarar av att balansera dessa två hållningar för att behandlingen ska lyckas. (Levenkron, 1986 29f).

Det omvårdande förhållningssättet ska ge patienten en möjlighet att förstå sig själv och ge terapeuten möjlighet att empatiskt stödja patienten. Det auktoritativa förhållningssättet ger terapeuten möjlighet att aktivt styra behandlingen, han bestämmer vad sessionen ska handla om, planerar patientens ätande och tolkar och beskriver vad som händer i den terapeutiska processen. Terapeuten får inte ge signaler om att han är beroende av patienten eller att han överger patienten. Signaler som kan tolkas som att terapeuten är beroende av patienten är att terapeuten kräver försäkringar från patientens sida om att terapin går framåt och patienten håller på att bli bättre. Signaler som kan tolkas som övergivande är uttalande och handlingar som alltför tidigt ber patienten klara sig själv. Exempel på detta kan vara tystnad eller uppmaningar från terapeutens sida som kräver av patienten att själv göra komplicerade tolkningar av sina känslor, handlingar och beteenden. Signaler av övergivande eller beroende från terapeutens sida kan kullkasta behandlingen då patienten känner att inte heller terapeuten är en stabil och pålitlig person som kan hjälpa henne. Risken finns att hon drar sig tillbaka i sin egen trygga värld, dvs sjukdomen. (Levenkron, 1986 s 119f).

Levenkron räknar upp flera fördelar med NA-terapin. Den ger utrymme för variation i syfte att tillmötesgå de varierande behoven hos patienter som är tillsynes homogena men skiljer sig åt i fråga om patologins svårighetsgrad, mognad, ålder, kön, tillgång till stödande människor och stabilitet i miljön (Levenkron, 1986, s 110).

Patienten är inte färdig med behandlingen bara för att hon har ökat i vikt. Tvångsmässigheten måste också ha minskat. En del anorektiker förskjuter sitt tvångsmässiga beteende från mat till något annat. Detta kan vara ett tecken på att det anorektiska mönstret kan komma tillbaka senare. ” En patient

har övervunnit sjukdomen när hon inte längre är bunden av ritualer, har en mer flexibel personlighet och har kunnat utveckla mogna relationer som innehåller både tillit och närhet och en lämplig grad av oberoende.” (Levenkron, 1986 s 129).

4.3 Familjeterapi

I boken ”Anorexia nervosa – bakgrundsfaktorer, utredning och behandling ” skriver Råstam, Gillberg och Gillberg (1995) att familjeterapi är den vanligaste formen av terapi då barn och ungdomar behandlas för anorexia. Det är en självklarhet inom barn- och ungdomspsykiatrin att aldrig behandla barnet som en fullständigt separat individ och då bortse från relationer till föräldrar, syskon och sociala nätverk. Det har däremot funnits som en tendens inom vuxenpsykiatrin att sätta stort fokus på individen och här används även individualterapi huvudsakligen.

Under 1970-talet utvecklade Salvador Minuchin vid Philadelphia Child Guidance Clinic i Philadelphia hypoteser om familjeinteraktion som orsaksfaktor vid anorexia nervosa. Barnet från denna ”anorexogena” familj ansågs ha vuxit upp i relationer med överbeskydd, ”insnärjdhets” (dvs. att familjemedlemmarna hade för mycket kontroll över varandra, att de hade oklara gränser sinsemellan och var för tätt sammanflätade), rigiditet och avsaknad av konfliktlösning. Dessa teorier tillsammans med familjeterapi som metod för att komma till rätta med de ”patologiska” familjekaraktäristika kom att bli i stort sett allena rådande som förklaringsmodell under en tioårsperiod. Dock fanns ingen egentlig forskning på denna familjeinteraktion. (Minuchin, 1990)

Minuchin (1999) beskriver hur man i strukturell familjeterapi kan förändra familjeorganisationen. Genom att utgå från den enskilda individens behov vill man försöka skapa mer utrymme för dessa samt häva de låsningar som finns i interaktionen mellan familjemedlemmarna. Tillsammans med terapeuten skapas ett nytt socialt system som gör en förändring möjlig. Terapeuten har möjlighet att vara delaktig i interaktionen och är inte bara hänvisad till individens internaliserade version, vilket även ger en vidare förståelse. Individens psykiska liv anses inte enbart vara en inre process. Denna strukturella familjeterapi leds och styrs av terapeuten utifrån behandlingsmål som fastställs i samarbete med familjen. När strukturen omdanas ändras individernas upplevelser och medför en rollförändring. En strategi som användes vid exemplet familjen Brown, vilken bestod av två makar med en

anorektisk dotter på tio år. (Minuchin, 1999). Tillståndet var livshotande för flickan och föräldrarna uppmanas av terapeuten vid en gemensam måltid att få henne att äta. De försökte var för sig, men misslyckades båda. Terapeutens tolkning blev att dottern hade kontroll över sina föräldrar vilka var överengagerade och behandlade henne som sjuk och svag. Rollförändringen terapeuten kunde medverka till var att föräldrarna tillsammans kunde stärka sin ställning i interaktionen och minska dotterns inflytande. För att markera en gräns mellan dottern och maka/maka -subsystemet och skapa ett utrymme för flickan bad terapeuten föräldrarna om information om lämpliga maträtter att tillaga och han gav även själv råd. Under tiden föräldrarna riktade sin uppmärksamhet mot terapeuten åt flickan upp maten. ”Det psykosomatiskt sjuka barnet spelar en betydelsefull roll i familjens undvikande av konflikter genom att det utgör ett centrum för omsorg. Systemet förstärker symptom-beteendet för att kunna bevara sitt konfliktundvikande mönster” (Minuchin 1999 s. 272).

Minuchin (1999) ger även ett annat exempel på en rigid patogen familj där det fanns en allt för stor inblandning mellan modern och den enda dottern som var 14 år. Genom att få dottern att öppet visa aggressivitet gentemot modern hjälper terapeuten till med att bryta det ömsesidiga beroendet och skapa ett avstånd mellan olika subsystem i familjen. Terapeuten ingår i en koalition med patienten och modern tvingas på kritik och ökad stress att söka närhet och ställa krav på sin make. ”I alla insnärjda familjer är differentieringsprocesserna problematiska. I patologiska fall gör familjens brist på differentiering varje separation från familjen till ett förräderi” (Minuchin, 1999 s.130).

4.4 Kognitiv terapi och beteendeterapi

Inom många beteendestörningar så har patienten dysfunktionella tankar om sig själv och omvärlden. Den kognitiva psykoterapin koncentrerar sig på dessa irrationella och självhämmande tankemönster och terapeuterna försöker hjälpa sina klienter att upptäcka och förändra dessa tankar som orsakar deras problem. I motsats till psykoanalysen så lägger inte den kognitiva terapin tonvikten vid de omedvetna psykodynamiska processerna. De pekar dock på att vanemässiga tankemönster har använts så ofta att de blivit inpräntade hos patienten. Dessa mönster har blivit en del av patientens verklighet till den grad att de är automatiska och knappt medvetna. (Smith, 1993 s 542 f).

Det är vanligt förekommande att patienter med anorexia har föreställningar om att deras kropp är vanställd av fetma. De har en sjukligt rädsla för att bli feta. De ägnar mycket tid och kraft på

matlagning, framför allt åt andra och genom att skapa speciella dieter som de senare inte följer, samtidigt som de inte kan kontrollera matintag på ett ändamålsenligt sätt. (Perris, 1996 s 82f).

Kognitiv terapi som individualterapi är en teknik där terapeuten försöker arbeta med dessa dysfunktionella föreställningar som patienten med anorexia har om sig själv och sin kropp. Guidano och Liotti (1983) menar att det finns en odefinierad negativ förväntan hos anorektikern om ständiga misslyckanden och ineffektivitet. (Perris, 1996 s 83). Hon ger varken sig själv eller andra skulden men övertygelserna uttrycks i störda interpersonella relationer. Man drar här paralleller till oviljan att förändra dessa. Dessutom förekommer en irrationell övertygelse om att ”man måste ha fullständig kontroll över sig själv” vilket har samband med den kontroll patienten har över sin kropp och det faktum att hon inte har en verklighetsbaserad uppfattning om den egna kroppen och vad den behöver. Kognitiva förvrängningar som övergeneraliseringar (att dra allmängiltiga slutsatser utifrån enskilda händelser), förstoring (att grovt felbedöma betydelsen av relativt banala händelser), dikotomt tänkande (att tänka i svart eller vitt utan nyanser) respektive magiskt tänkande (en icke korrekt bedömning av situationen som är vanligt hos barn) är vanligt förekommande vid denna problematik. (Perris, 1996 s 53, 64f, 83).

Kognitiv terapi tillämpad på familjer anser Guidano och Liotti (1983) vara en mycket lämplig behandlingsform då patienten har anorektiska besvär. (Perris 1996 s 211). Genom att ta med hela familjen kan man ge emotionellt stöd samtidigt som man gör iakttagelser av dysfunktionell interaktion mellan familjemedlemmarna. Dessa observationer kan ge underlag för den individuella terapin. Det finns nämligen belägg för att överbeskydd, insnärjning, förvrängda föreställningar och motsägelser förekommer i dessa familjer. (Perris, 1996 s 211). Familjens typ av interaktion upprätthåller dysfunktionella scheman hos patienten, dvs. individens kognitiva struktur som definieras som ”det komplexa mönster som antas bli inpräntat i människan genom erfarenhet”. (Perris, 1996 s 30). Schemat är det sätt en människa sorterar inre eller yttre stimuli utifrån vad som upplevs relevant och i enlighet med vad hon tidigare erfarit. Stimuli som tolkats och utvärderats bygger upp den kunskap hon har om sig själv och om sina relationer till omvärlden.

Den terapeutiska processens målsättning är att korrekt kunna identifiera patientens dysfunktionella scheman och byta ut dessa med mer funktionella och verklighetsanpassade sådana. I kognitiv terapi vill man lösa upp dogmatiska grundantaganden som anorektikern har om sig själv och omvärlden och

erbjuda mer adekvata föreställningar. Terapeuten bör i enlighet vad patienten anses kunna härbärgera efter hand släppa fram negativa automatiska tankar i samtalen och bearbeta dessa. (Perris, 1996 s 197).

Patienter med anorexia har dock ett flertal dysfunktionella scheman. Problematiken ligger i motståndet mot förändring i en kognitiv struktur vilket beror på att ett annat grundantagande hindrar denna förändring.” En sådan problematik möter man t ex när perfektionistiska och rigida uppfattningar om att man måste ha visshet är sammankopplade med dysfunktionella övertygelser rörande den egna självkänslan.” (Perris, 1996 s 200). Terapeuten bör därför noga avgöra vilken dysfunktionell övertygelse som ska bearbetas först. En struktur som patienten kan bli medveten om utan större problem och vilken känns minst hotfull att omstrukturera väljs vanligtvis i inledningsskedet. (Perris, 1996).

I beteendeterapi koncentrerar sig terapeuten inte på orsaker till anorexia nervosa. Istället fokuseras symptomen, ätstörningen, och man försöker förändra ätbeteendet. Detta felanpassade och felinlärda beteende ses som ett sätt att få uppmärksamhet. Familjens interaktion och de kulturella värderingarna om smalhet och attraktion är andra viktiga faktorer som bidrar till utvecklingen av anorexia. Problemet ligger både hos den som svälter sig och hos samhället som skapar dessa smala ideal för kvinnor. Behandlingsmodellen brukar fungera så att man stegvis ökar stressmoment för patienten, vilka hon ska försöka bemästra på ett funktionellt sätt. Allt sker under terapeutens vägledning och i en trygg miljö. Ångestskapande situationer bearbetas här i den terapeutiska processen och positiva beteenden belönas. Beteendeterapeutiska metoder kombineras ofta med andra metoder som exempelvis medicinering, pedagogiska metoder eller kroppskännedomsträning. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 1993 s 63, Hwang & Nilsson, 2000 s 255).

Beteendeorienterade inslag består främst av att viktuppgång ger ökade förmåner. (Wallin, 1993 s 17). ”Beteendeterapeutiska program, eller komponenter av sådana, är mycket vanliga inslag i den miljöterapeutiska behandlingen. De utgörs av operanta program i form av positiv och negativ förstärkning, informationsfeedback om kaloriintag och viktökning, instruktioner och beteendekontrakt”. (Öst, 1987, s 236).

Då patienterna är inlagda på sjukhus kan belöningssystem användas för att få patienten att gå upp i vikt. Tanken med detta är att ju lägre vikt kvinnan har desto mindre frihet har hon och tvärtom. (Hvid, 1986, s 117). Tove Hvid visar i sin bok ett exempel på hur ett sådant schema kan se ut:

200 gram viktökning:

Uppegående.

1. Får gå omkring på avdelningen, gå ner i vestibulen, ner på andra våningen med föräldrar eller sjuksköterska.
2. Får gå ut och äta lunch utanför sjukhuset om viktökningen är progressiv och patienten verkar stabil

Viktminskning 300 gram:

Strängt sängläge.

1. Inga telefonsamtal.
2. Inga besök.
3. Ingen TV, post, bad.
4. Får bara äta.

Däremellan finns olika graderingar mellan om patienten gått upp eller gått ner i vikt olika antal gram. I schemat regleras besök, toalettbesök, telefonsamtal o.dyl. Detta är ett form av sanktions - och belöningssystem som används på vissa sjukhus i exempelvis Danmark. (Hvid, 1986, s 117f)

Många behandlingsprogram använder någon form av operant konditionering, att patienterna får belöningar för viktuppgång och sanktioner för viktnedgång, utan att terapin nödvändigtvis behöver beskrivas så. Det är ovanligt att patienter behandlas med endast beteendeterapi utan den terapin används i kombination med andra. Detta kan ses som det som ger bäst resultat. Beteendeterapierna kan vara bra för viktuppgång men ett problem som har visat sig är att det inte är säkert att patienterna kan behålla det mer positiva ätbeteendet då terapin avslutats. (Wallin, 1993, s 19)

5. PRESENTATION AV BEHANDLINGSENHETERNA

Under denna rubrik kommer vi att ge en inblick i hur verksamheterna, där vi intervjuat personal, är strukturerade organisationsmässigt samt beskriva vilka som behandlas där. Sist beskriver vi hur patienterna kommer i kontakt med verksamheterna för behandling.

5.1 Vallby Hage Rehab Center i Trelleborg

Vallby Hage är ett privat behandlingshem som har arbetat utifrån ett vårdavtal med region Skåne. Vallby Hage startade för sju år sedan och har 12 behandlingsplatser. Där finns 6 stycken anställda. De som arbetar på behandlingshemmet är: socialpedagoger, undersköterskor, familjeterapeuter eller friskvårdskonsulenter. De har sedan gått olika vidareutbildningar exempelvis familjeterapeutiska och lösningsfokuserade utbildningar.

Här behandlas anorexi, bulimi och en grupp som kallas UNS. UNS betyder Utan Närmare Specifikation och har lite vagare diagnostik. Personerna i den här gruppen uppfyller inte de diagnostiska kraven som en ren anorektiker eller bulimiker gör. Det är en stor grupp. Vallby Hage behandlar även överätare. De överäter utan att laxera eller kräkas och blir ofta överviktiga i stället. För att komma till Vallby Hage är det vanligast att gå via psykiatrin för att få en remiss till behandlingshemmet. Det finns även möjlighet att få arbetslivsinriktad rehabilitering genom Vallby Hages samarbete med Försäkringskassan. Det är en åtgärd från Försäkringskassans sida vilket innebär att man ska tillbaka ut i arbetslivet. I slutet av behandlingen ingår alltid arbetsträning. Det arrangeras av behandlingshemmet antingen genom egna kontakter eller genom Samhall resurs.

De patienter som vårdas för anorexi på Vallby Hage är nästan uteslutande flickor. Under de sju år som behandlingshemmet funnits så har 97 patienter behandlats där. Av dem har fyra stycken varit pojkar. De patienter som vårdas för anorexi på Vallby Hage är från 16 år och uppåt. Den äldsta patienten de har haft var 56 år. Den åldersgrupp som dominerar är patienter i 25-års åldern. Vallby Hage har satt en nedre åldersgräns på 16 år för sin behandling. Om man är yngre än 16 år kan man komma i öppenvårdssamtal tillsammans med sina föräldrar. Åldersgränsen är inte absolut utan det handlar mer om den personliga mognaden. På Vallby Hage krävs att man har ett moget sätt och kan ta emot behandlingen då den kräver att man ska arbeta mycket med sig själv.

5.2 Enheten för anorexi och bulimi (Barn- och ungdomspsykiatri), Universitetssjukhuset i Lund

Specialenheten tillhör Lunds sjukvårdsdistrikt (Region Skåne) och finns på Vårdcentralen Måsen i västra Lund. Här finns öppenvårdsmottagningar för Lunds kommun respektive Lunds kranskommuner.

Anorexiteamet startades 1983 av Riitta Holmer samt en medarbetare. Anorexienheten består av sekreterare, två läkare, en sjukgymnast, skötare, en psykolog och en familjeterapeut. Sedan 1990 finns även en behandlingslägenhet på Klostergården i Lund där en familj kan tas emot i taget. Ytterligare en lägenhet finns i nuläget.

Remisser från öppenvårdsmottagningar både från kranskommuner samt Lunds kommuner ges till verksamheten på S:t Lars-området.

Anorexienheten samarbetar med skolhälsovården och har återkommande träffar.

Enheten för anorexi och bulimi tar emot barn i åldrarna 0-18 år. När BUP:s öppenvårdsmottagning inte är tillräcklig kan patienter som är 16 år eller äldre remitteras till vuxenpsykiatriens slutenvård på avdelning 33. Där är det vanligt att ungdomen får stanna i 6 månader. Anorexienheten remitterar även direkt till Barnkliniken på avdelning 92 då det handlar om allvarigare medicinska tillstånd.

Specialenheten har haft ungefär 770 anmälningar sedan starten -83, med ett genomsnitt på 56 om året. Av anorektikerna i åldersgruppen 0-18 år räknar man att en på tio är en pojke. De har inte haft någon pojke i behandling i år och det är inte ovanligt med intervaller på upp till fem år mellan nyanmälningar av ätstörda pojkar. Genomsnittet på anorektiker av båda könen är 14-16 år.

5.3 Avdelning 33 (Vuxenpsykiatri), Universitetssjukhuset i Lund

Avdelningen 33 är en slutenvårdsavdelning som tillhör Lunds sjukvårdsdistrikt (Region Skåne). Som specialistvårdsavdelning har den funnits i 12 år. Avdelningen har upptagningsområde i hela Sverige och Norden. De flesta utländska patienterna kommer ifrån Norge.

Personalgruppen består vid intervjutillfället av femton anställda: en kurator, två psykologer (på halvtidstjänster), en tjänst sjukgymnast vilka två personer delar på, en avdelningsläkare, en överläkare, en avdelningsföreståndare, sju sjuksköterskor och sex eller sju skötare.

Avdelningens personal får fortbildning av t ex av deras psykolog Per Jonsson. Han forskar på ätstörningar och tillför personalen väldigt mycket nyheter inom den senaste forskningen.

Specialistvårdsavdelningen samarbetar med barn- och ungdomspsykiatri. Avdelning 33 kan ta emot 12 patienter, två av vårdplatserna är för 16-åringar och uppåt. De tillhör ju egentligen BUP.

Ungdomarna måste ha gått färdigt grundskolan för att bli patient inom vuxenpsykiatri, eftersom de inte kan ge dem skolutbildning. BUP har möjlighet att ge dem utbildning då de har lärare. Till hösten planeras en sammanslagning av vuxenpsykiatrisk öppenvård respektive slutenvård och BUP. Det är framför allt kvinnor som behandlas för anorexia på avdelningen. Under en sexårsperiod har endast tre manliga anorektiker behandlats. Avdelning 33 har en åldersgräns på 16 år och uppåt.

5.4 Barn- och ungdomspsykiatri, Universitetssjukhuset i Malmö

Specialistteamet inom anorexi och bulimi har funnits i sin nuvarande utformning sedan 1999 och tillhör Malmö sjukvårdsdistrikt (Region Skåne). Teamet består av kuratorer med psykoterapeutisk utbildning med inriktning mot familjeterapi (steg 2 utbildning), en barn- och ungdomspsykiatriker som även är ansvarig för vårdavdelningen inom BUP. Dessutom är en sjukgymnast, en behandlingsassistent, en sekreterare (som även tar emot ärenden) samt en specialistläkare knutna till avdelningen. Ätstörningsteamet har en träff i veckan. De arbetar två och två i ärendena. Övergripande samarbete sker med skolsköterskor i och med att de flesta remisserna sker via dem.

Skolsköterskorna kan ha uppmärksammat att ungdomen avviker från en förväntad viktkurva.

På BUP tar man emot barn och ungdomar upp till 18 år. Ätstörningsteamet på BUP tar emot cirka 40 patienter om året, varav huvuddelen är flickor. De flesta av patienterna kommer då de är mellan 14 och 17 år.

5.5 Indigo i Karlshamn

Indigo är en dagverksamhet i Karlshamn för personer med ätstörningar. Huvudman för Indigo är Landstinget Blekinge. Indigo ligger organisatoriskt under barnpsykiatri och vuxenpsykiatri. Chefen heter Lisa Belfrag och hon arbetar på BUP:s familjeverksamhet. Indigo har två anställda som är behandlingspersonal med skötarutbildning i botten. Personalen på Indigo har inte gått vidareutbildning inom anorexi.

Verksamheten har funnits sedan 1996 då den startades upp som ett projekt. Sedan 1998 så är verksamheten permanent. Samma verksamhet finns i Karlskrona och heter då Lupinen. Indigos upptagningsområde är västra Blekinge: Karlshamn, Olofström och Sölvesborg. Indigo är med i ett ätstörningsteam som består av: personalen på Indigo, Lisa Belfrag från BUP, en sjukgymnast och en terapeut från vardera kommun.

Indigo behandlar olika typer av ätstörningar såsom bulimiker, anorektiker och överätare. De flesta som behandlas på Indigo är bulimiker. Patienterna på Indigo är mest flickor och även om det har kommit en del pojkar också så är de i klar minoritet. Sedan Indigo startade har två pojkar gått i behandling där. De flesta patienterna är i åldern 19-25 år. Indigo har 4-6 behandlingsplatser. Antalet är beroende av vad det är för sammansättning på patienterna. Indigo blandar anorektiker, bulimiker och överätare i behandlingsgruppen. Det gäller att behandlingsgruppen har en bra sammansättning så att inte en viss grupp dominerar. Personalen upplever dock att gruppen helst inte ska bestå av mer än 4-5 personer. Om gruppen utgörs av 2-3 personer så kan det vara svårt att få igång gruppen att arbeta självständigt.

Indigo har ingen åldersgräns för sina patienter men de får inte vara för unga. Från högstadietåldern och uppåt är åldersgruppen som kan vistas på Indigo. Däremot måste man ha ett BMI (Body Mass Index)

på minst 15. De patienter som har ett BMI under 15 orkar inte hänga med i diskussionerna i gruppen. De är så lågviktiga att de inte orkar tänka.

Indigos samarbetspartners är vuxenpsykiatri, BUP och Skarven. Skarven är ett projekt som är relativt nystartat som vänder sig till ungdomar med problem mellan 16 och 24 år.

5.6 Vuxenpsykiatri i Malmö (sektor Nordöst)

Psykiatri i Malmö är uppdelad på fyra geografiska kliniker och det har alltid funnits ätstörningsverksamhet på varje sektorsklinik. Det nuvarande ätstörningsteamet vid sektor Nordöst har funnits sedan mitten på 90-talet. Förut fanns inget specialiserat ätstörningsarbete utan de patienterna upptogs i den andra verksamheten.

På hela enheten jobbar totalt sett ett fyrtiotal personer, men alla som ingår i ätstörningsteamet har även andra arbetsuppgifter. Det är en subspecialiserad verksamhet inom sektorskliniken.

Ätstörningsteamet består av psykolog, kurator, läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Personalen har vidareutbildat sig successivt inom anorexi och deltagit i olika utbildningstillfällen, konferenser och fortbildningar. De försöker även följa med i vad som händer inom den internationella forskningen.

Öppenvårdsmottagningen har inget fixerat antal behandlingsplatser.

Samarbetspartners är barnpsykiatri, socialtjänsten och skolan; ganska många patienter remitteras via skolsköterskorna på gymnasiet.

Patienterna inom vuxenpsykiatri är från 18 år och uppåt. Bulimipatienterna är den stora ätstörningsgruppen och anorexipatienterna är betydligt färre. Det går ungefär tre bulimipatienter på en anorexipatient. När det gäller anorexipatienterna så är de flesta unga flickor i åldern 18-23 år. Det är ovanligt med anorexidrabbade pojkar i öppenvården.

5.7 Barn- och Ungdomspsykiatri i Karlshamn

BUP i Karlshamn har funnits sedan 1977. Verksamheten startades upp av två doktorer som hade en ambition att bygga upp en barnpsykiatri som skulle vila förankrat i ett familjeterapeutiskt tänkande.

På öppenvårdsmottagningen arbetar 10 terapeuter fördelade på 8,75 tjänster. Personalgruppen består av psykologer, socionomer, läkare och en barnpsykiatriker. Ungefär hälften har psykoterapeutisk legitimation med familjeterapeutisk inriktning. Personalen har även gått olika vidareutbildningar inom anorexi. I verksamheten ingår Rullegården en dagavdelning som ligger i Asarum och används vid ätstörningsproblematik.

BUP samarbetar företrädesvis med tre olika barnläkare i västra delen av Blekinge. BUP samarbetar även med barnkliniken i Karlskrona och skolsköterskor. Förra året hade BUP ca 350 nyanmälningar och ett 20-tal av dessa gällde någon form av ätstörning. Den typiska anorexipatienten på BUP är en trettonårig flicka boende i hel familj. Generellt sett är 10% av patienterna pojkar.

5.8 Barn- och ungdomspsykiatri i Kristianstad.

BUP i Kristianstad tillhör region Skåne, nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt och har funnits i sin nuvarande form sedan 1966. 1997 ändrades organisationen så att sjuksköterskor och skötare, omvårdspersonalen tillhör en organisation och de andra en annan. Hela personalen har dock samma sjukhuschef även om de har olika chefer i mellanläget. Men personalen på BUP försöker ändå arbeta som en enhet.

BUP i Kristianstad betjänar sex kommuner och är uppdelade i två team, team Syd och team Nord. Team Syd utgörs av Kristianstad kommun, Bromölla kommun och Östra Göinge kommun medan Hässleholm, Perstorp och Osby ingår i team Nords upptagningsområde. Inom BUP så finns olika specialistteam bl a ett ätstörningsteam. I detta team ingår en läkare, en kurator, en psykolog, en sjukgymnast, en skötare, en sjuksköterska från öppenvården och en från slutenvården. Personalen på BUP har inte gått någon direkt vidareutbildning inom anorexi men tanken är att de i ätstörningsteamet

ska ha mer kunskaper och hålla sig informerade då det gäller den problematiken. Ofta ingår någon från ätstörningsteamet i behandlingen av ett fall av anorexia nervosa.

Antalet anställda på BUP är ca 40 personer och består av: läkare, medicinskt ansvariga, barnpsykiater, sjuksköterskor med vidareutbildning i psykiatri, skötare, kuratorer, psykologer, en arbetsterapeut, en fritidspedagog och en förskollärare. Antalet behandlingsplatser är inte fixerat men det finns fem dygnet runt platser i slutenvården.

Då det gäller samarbetspartners så har personalen ibland tagit hjälp av Ulf Wallin på ätstörningsteamet på BUP i Lund för konsultation och handledning. Intervjupersonen Barbro Narleius är med i ett nätverk gällande ätstörningar som startats utifrån Folkhälsorådet i gamla Kristianstad läns landsting. I det nätverket ingår dietist, personal från vuxenpsykiatri och skolsköterskor.

BUP i Kristianstad behandlar de olika former av ätstörningar som finns. Den genomsnittliga anorexipatienten är flicka och 15-16 år. Antalet manliga anorexipatienter är ytterst få.

5.9 Hur kommer patienterna i kontakt med verksamheterna?

Det är ofta föräldrar, skolhälsovården eller andra kliniker som tar kontakt med BUP när det finns misstankar om anorexi hos barn och ungdomar. När de gäller de instanser som tar emot vuxna såsom Vallby Hage, Indigo och vuxenpsykiatri i Malmö tar patienterna i många fall kontakt själva. I en del fall flyttas ärenden över från barnpsykiatri då en patient passerar arton år även om många får vara kvar på BUP trots att de formellt inte tillhör åldersgruppen.

Till Vallby Hage krävs remiss från sjukvården för att få plats på behandlingshemmet. För alla patienter vid avdelning 33 i Lund krävs en remiss från andra instanser inom psykiatri och sjukvården, eftersom det är en specialistvårdsavdelning. Margret Jakobsson, sjuksköterska på avdelning 33 berättade att ”våra patienter har som regel varit i alla instanser som föregår specialistvården. De har varit i öppenvård, hos privatläkare osv. De resurserna har tömts ut och de är ofta tillfälliga så att då blir de remitterade hit.”

På Vallby Hage, Indigo och avdelning 33 så är det vanligt att patienterna kommer på studiebesök innan de påbörjar behandlingen. Detta är för att ge patienterna möjlighet att känna efter om behandlingen passar dem. På avdelning 33 har man inledningsvis en bedömningsvecka då personalkategorierna i teamet gör sin bedömning av patienten. Under sju dagar gör de en social utredning, tittar på hur patienten förhåller sig till sin sjukdom utifrån tankar, handlingar och känslor. Slutligen görs en bedömning huruvida patienten har en ren ätstörning och kan behandlas på avdelning 33.

Avdelning 33 är den enda av intervjuinstanserna som tillämpar tvångsvård då det är fråga om livshotande tillstånd och patienten inte vill gå med på frivilligvården genom HSL (Hälsa- och Sjukvårdslagen). Patienten kan då tvångsintars med stöd av LPT (Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård). Specialistvårdsavdelningen har det medicinska ansvaret för patienten och får inte släppa hem henne om hennes liv och hälsa är i fara.

6. REDOVISNING AV RESULTAT OCH ANALYS.

Vi kommer här att beskriva och jämföra de olika intervjupersonernas svar utifrån vårt syfte och våra frågeställningar. Vi vill belysa likheter och skillnader vad gäller synsätt kring ätstörningsproblematiken. Förutom orsaker till anorexi samt verksamheternas behandling, som är våra centrala frågor, har vi valt att lyfta fram följande teman från intervjuerna: personer med anorexi, behandlingsteori, uppföljning, prognos och förebyggande arbete. Dessa teman kan ses som underrubriker till behandling. Vi såg dem som en förlängning av de behandlingsmodeller som verksamheterna bedriver.

Vi kommer under varje rubrik först att redovisa och belysa svar från intervjuerna och därefter kommer vi att diskutera dessa i förhållande till tidigare redovisad forskning och teorier.

6.1 Orsak

Vi frågade våra intervjupersoner vad de anser att det finns för orsaker till anorexi om man tittar på generella tendenser och gemensamma faktorer. Intervjupersonerna är genomgående ovilliga att peka ut enskilda faktorer. De menar att det handlar om en **multifaktorell sjukdom** där det finns många

olika faktorer till att anorexi debuterar. Alla talar om en **känslighet** hos individen, som Torsten Ohlsson uttrycker det ”vi ser att det finns en **medfödd sårbarhet** eller belastning och sedan så kan den kanske på något sätt accentueras genom yttre faktorer som stress, kriser, sociala faktorer. /.../ Det är väl med ätstörningar som med många andra folksjukdomar det finns ju en hel rad faktorer som medverkar till sjukdomen.” Margret Jakobsson säger att ”de är väldigt känsliga och kan då uppleva en situation som väldigt svår gentemot en person som inte är fullt så sensitiv.”

Barbro Narleius talar om att de som drabbas av anorexi är **sårbara av olika skäl**, både i sin **konstitution** och av **familjeskäl**, vilket gör att de mer utsatta än andra p.g.a. **bristande självkänsla**. Hon menar att dessa personer kan ha en disposition för sjukdomen, precis som man kan vara disponerad att få någonting somatiskt som exempelvis magproblem. Vidare förklarar hon att det även är en större stress på barn och ungdomar i dagens samhälle med den utseende och kroppsfixering som finns.

I DN-artikeln ”Fler och fler drabbas av ätstörningar” av Kari Molin intervjuas ordföranden för föreningen Anorexia-kontakt Madeleine Mesterton om orsaker till sjukdomen.

Min personliga åsikt är att det ofta gäller flickor som har stora resurser vilka de inte har kanaler för att uttrycka. Därför slår de mot sig själva i stället. Det är vanligt att de har en **bristande identitetskänsla** - något som gäller många just i tonåren. Börjar man banta i en sådan period kan man lättare utveckla anorexi. Kanske har de inte blivit ordentligt sedda och hörda som barn och inte fått vad de har behövt. Kanske har de en ökad **känslighet**.” (Molin, 1993 s 7).

Vid intervjun med Anders Lidbom ges en mycket utförlig beskrivning av olika orsaksfaktorer som kan kombineras i ett **mönster**. Han anser att man inte kan hitta någon samlad faktor som skulle kunna orsaka anorexi utan det är snarare så att man kan hitta ett slags mönster hos de som drabbas. Anders Lidbom hänvisar till konsensuskonferensen som hölls i april 1993 och ämnade utreda orsakssammanhang och behandlingsstrategier då det gäller behandling av anorexi. Vid denna konferens framkom det att det måste finnas någon slags **sårbarhet** hos den som utvecklar anorexi. Inte sårbarhet för just den sjukdomen utan en generell sårbarhet dvs att de som drabbas ofta är lite

känsligare personer. Det måste även finnas en kulturell bakgrund där anorexi är möjlig. En sådan kulturell bakgrund är att mat måste vara viktig som kommunikationsmedel. Ett exempel på detta kan vara att man blivit tröstad med mat som liten. Om mat bara är viktig för överlevnad så minskar frekvensen för anorexi. Det finns mycket kommunikation runt omkring själva måltiden. Denna kommunikation innebär mer än att man äter endast för att överleva. I samhället och i det kulturella bruset trummas samtidigt ett budskap ut som säger att smal är lika med lycklig. Då kan dessa faktorer kombineras i ett mönster. En person har en generell sårbarhet, dåligt självförtroende, tycker att det är viktigt att prestera och vill bli någon. Samtidigt så läggs det här kulturella bruset till som säger att om man är olycklig så blir man lyckligare om man blir smalare. Detta brus vänder sig främst till kvinnor och kan ses som en slags kod. Ytterligare en del i mönstret kan vara att personen har en känsla av att inte ha kontroll över sin situation och har dåligt med kamratrelationer. Personen får kontroll genom att prestera i något avseende fortsätter Anders Lidbom. Många av de flickor som drabbas av anorexi beskrivs som skötsamma familjeflickor. De är lydiga, duktiga i skolan och anpassningsbara. Risken finns att de kan vara lite för anpassningsbara. De kan även ha en känsla av att inte kunna påverka sina liv. Då kan de upptäcka att kroppen är något man kan ha kontroll över.

Nästa steg i detta mönster beskriver Anders Lidbom till viss del som en **sjukdomsvinst**. När flickan börjar äta mindre och få en viktninskning så börjar det få effekter i nätverket och i familjen. Hon kan plötsligt bli väldigt synlig och få mycket uppmärksamhet. Ju längre in i sjukdomsförloppet hon kommer desto lättare kan man se mönstret i form av psykiska och fysiska effekter på den drabbad till följd av viktninskningen och även hur familjen organiserar kring problematiken.

I boken "Ett liv av vikt" redovisas den konsensuskonferens som Anders Lidbom nämner. Här beskrivs den **multifaktorella orsaksmodellen**.

Ätstörningar har biologiska, psykologiska, sociala och kulturella komponenter och orsaker kan finnas både på det personliga och samhälleliga planet./.../ Det handlar om vem man är som person, med både medfödda fysiologiska förutsättningar och personlighetsmässiga drag, samt de tidiga upplevelserna i relation till andra. Det handlar om det samhälle man lever i och de normer som styr och formar personligheten, attityder och normer. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 1993 s 38).

I likhet med Anders Lidbom beskriver boken en tänkbar **orsakskedja** som kan leda till anorexi. Först i orsakskedjan finns en känslig individ. Den känsliga individen blir p g a sin disposition en mottaglig individ. Det finns ett flertal faktorer som kan påverka denna person som ärftliga faktorer, tidiga erfarenheter, familjen, att vara kvinna, kamrater, att vara tonåring, skolan, kulturella och sociala budskap. Dessa faktorer samverkar i att forma individens personlighet. Nästa steg i orsakskedjan är en osäker identitet. Personen i fråga har låg självkänsla och uppfattas som snäll, tyst och duktig. Individen har en tendens att åsidosätta sina egna behov för att istället ta hand om andra. Tredje steget är att en besvärlig situation uppstår, exempelvis separation, kränkande kommentar, ny miljö eller nya krav som fungerar som en utlösande faktor. Personen undrar hur hon ska få kontroll över tillvaron. Samtidigt som detta sker är det kulturella budskapet: smal = vacker = beundrad = någon. För vissa kan bantning då verka som en bra lösning. I början kan bantningen ge en stark identitets- och frihetskänsla. Detta kan leda till en fixering vid mat och vikt. För personen blir anorexia utvägen ur problemet. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 1993 s 38).

Flertalet av intervjupersonerna har beskrivit de drabbade som välpresterande, duktiga, envisa personer som ställer **höga krav på sig själva**. Intervjupersonerna på Indigo och Vallby Hage förklarar att dessa krav oftast inte kommer från omgivningen utan från den drabbade själv.

Kirsten Åberg menar att man **inte** kan hitta någon **orsak i familjen**, men det påverkar hela familjen när det är illa ställt med ungdomen.

Ovanstående emotsägs delvis av barnpsykiatriken Kerstin Laurén som intervjuas av Molin i artikeln ”Anorexi är symptom på utvecklingskris”. I intervjun beskriver hon anorektiker som väldigt duktiga inom många områden. De känner att de ständigt måste prestera och ställa upp för andra. De som utvecklar anorexia kommer ofta från **familjer** där man bryr sig om varandra. Familjemedlemmarna har dock **svårigheter med att vara tydliga för varandra**. Detta leder till att barnen är vana vid att fästa mer uppmärksamhet vid andras känslor och åsikter än sina egna. (Molin, 1993 s 16).

Anders Lidbom menar att man främst kan hitta de utlösande faktorerna i **de för individen viktiga relationerna**. Detta eftersom individen är sina relationer. Vi människor är endast de bilder som vi tänker att andra människor har om oss och de bilderna skapas i en relation. För att ytterligare

poängtera detta förklarar Anders Lidbom att han anser att det inte finns ett sådant begrepp som **självbild**. Om tillräckligt många i omgivningen säger att personen i fråga är duktig på en sak så börjar hon själv uppleva att hon är duktig i det avseendet. Så bildas en självbild. På samma vis internaliseras vissa negativa aspekter i självbilden om hon återkommande får höra av andra att hon är dålig på en viss sak.

Hwang & Nilsson (2000) medger att vissa **genetiska och hormonella faktorer** är inblandade då det gäller orsaker till anorexi. Det kan dock vara svårt att veta vad som är orsak och vad som är verkan. En del anorektiker har en depressiv läggning och anorexi skulle kunna ses i dessa fall som symtom på depression och inre stress. En annan tendens Hwang & Nilsson kan se är att många anorektiker har **tvångsmässiga drag**, är perfektionister och kan ha svårigheter i sina relationer (2000, s 255).

Torsten Ohlsson säger ”tittar man på de rent yttre, mer **sociala faktorerna** så kan man konstatera att det är svårt att växa upp idag som ung flicka. /.../ Man kan se på Hennes & Mauritz stora annonskampanjer på stan, hur skönhetsidealen målas upp på väggarna. Det är klart att det påverkar också. Och att Fröken Sverige vägde 20 kg mer 1955 än vad hon gör idag, så idealen har förändrats över tid.”

En **sociokulturell vinkling** är enligt Kirsten Åberg att det faktiskt inte finns några svarta kvinnor i USA som drabbas, trots att de lever i väst. De har andra kroppsideal. I väst lever vi med tomhetskänslor och lyckan uppnås om man blir smal. Ätstörningar är både kultur och genetik, dvs vissa familjer drabbas mer då de kan ha en viss disposition, samt utlösande faktorer som exempelvis en kommentar. En annan sociokulturell faktor är att kvinnor idag väger mer i genomsnitt än för 50 år sedan. Samtidigt är idealet en smalare kvinnokropp. Skillnaden mellan verkligheten och idealet har alltså ökat. Dessutom idrottar kvinnor mer idag, vilket kan vara en faktor som påverkar antalet fall av ätstörningar.

Råstam förklarar orsaksproblematiken i artikeln Anorexia nervosa med att ”olika enskilda orsakssamband har föreslagits, men trenden under senare år är att man ser sjukdomen som **heterogen och med multifaktoriell orsaksbakgrund**”. (Råstam, 2001 s 226). Då det gäller de

kulturella faktorerna anser Råstam att västvärldens smala kvinnoideal medför en ökad bantningsfrekvens vilket i sin tur kan medföra en risk att flickor utvecklar anorexia nervosa. Man kan jämföra det slanka idealet på 1930-talet då frekvensen av anorexi ökade med nedgången under 50-talet då ett mer kurvigt ideal förekom. En intressant synpunkt Råstam har är att människor inte enbart behöver påverkas av det rådande samhället utan kan även påverkas av sitt **sociala sammanhang**. ”Undergrupper med extra figur och viktkrav som dansare och elitidrottare verkar löpa ökad risk för anorexia nervosa, liksom patientgrupper som är tvungna att tänka på vikt och diet, som diabetiker”. (Råstam, 2001 s 226).

På Vallby Hage går man alltid tillbaka i tiden och ser **när sjukdomen bröt ut**. Bo Grankvist förklarar att då hamnar man ofta i den åldern då flickor börjar utvecklas till kvinnor. I **puberteten** kan många flickor uppleva att de blir främmande i sin egen kropp. Många flickor som utvecklas tidigt förstår inte att kroppen måste öka med ett visst antal procent för att den kvinnliga utvecklingen ska kunna sätta igång. De känner sig istället tjocka och klumpiga. När detta sedan kombineras med andra aspekter som den dåliga självkänslan kan det leda till anorexi. När man då tittar tillbaka till när den anorektiska perioden började hamnar man alltså ofta i början av puberteten. Vissa flickor glider igenom puberteten utan nämnvärda problem medan andra kan få mer bekymmer. En annan period i livet som kan leda till utveckling av anorexi är **då man slutar gymnasiet**. Man ska då ta det verkligt stora steget ut i livet. Vissa personer kan då bli väldigt rädda och gå in i den trygghet anorexin kan innebära.

I många fall handlar det enligt Kirsten Åberg om **kommentarer** som kan utlösa sjukdomen. Någon kan ha sagt ”du ser tjock ut” eller liknande. Det kan även vara så att föräldrarna kan ha varit medvetna om sin vikt och kanske gått med i viktväktarna. Flickorna kan ha läst om viktminskning eller börjat gå ner i vikt för att komma i bikinin och sedan fastnat i bantningen.

Riitta Holmer talar om det finns idrottsflickor som fått skador och blivit sängliggande. Denna brist på aktivitet kan leda till en depression. Hon talar även om att den utlösande faktorn kan vara att **någon i ungdomens närhet har gått bort**. Det kan handla om en hund eller en häst. Barbro Narleius nämner **mobbing** som en ytterligare faktor som kan utlösa en kris som i sin förlängning kan utlösa anorexi.

Mer traumatiska upplevelser såsom **våldtäkt och överfall** nämns i Göteborgsstudien som enskilda faktorer som kan utlösa en utveckling av anorexi. I dessa fall kunde man inte hitta andra bidragande faktorer. (Råstam, Gillberg & Gillberg, 1995 s 52).

Att det skulle finnas gemensamma riskfaktorer vid utvecklingen av anorexia ifrågasätter Sven Holmgren, psykolog som utvecklat behandling för ätstörda patienter vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. I artikeln "Anorexins gåta är inte löst" uttrycker Holmgren att **anorexipatienternas likhet slutar vid matbordet** (Molin, 1993 s 23). Han tycker inte det går att finna någon röd tråd då det gäller orsaksproblematiken och håller inte med om generaliseringen om att anorexipatienter är överambitiösa och pedantiska flickor. Han kan tycka att det är svårt att skilja på vad som är orsak och verkan. De behöver inte ha haft dessa egenskaper från början utan kan ha utvecklat dessa i samband med svälten. Holmgren medger dock att anorektiker ofta är skärpta och viljestarka personer eftersom de klarar att genomdriva en så drastisk viktninskning. (Molin, 1993 s 23).

6.2 Behandling

Intervjupersonerna inom barn- och ungdomspsykiatri, Torsten Ohlsson på vuxenpsykiatri samt Bo Grankvist på Vallby Hage arbetar med en **familjeterapeutisk behandlingsmetod** vanligtvis utifrån ett **systemteoretiskt synsätt**. Familjeterapin kombineras med **psykodynamiska teorier** på BUP i Kristianstad, med **lösningsfokuserad terapi** på Vallby Hage och med **strukturella och strategiska tekniker** med **kognitiva inslag** på BUP i Malmö. Som exempel på en strategisk teknik kan personalen på BUP i Malmö "hota" med inläggning på deras vårdavdelning. De kan undersöka familjens resurser och kompetens för tillfrisknande, även med direkta frågor som "hur kan de må bättre?" Flickan har ofta gått in i ett isolerande tillstånd. Familjen får råd om att strukturera måltiderna, vilket är både en kognitiv och edukativ strategi.

På BUP i Karlshamn utgår man från det **systemteoretiska synsättet** då man arbetar med ätstörningar. Anders Lidbom berättar att den systemteorin innebär att vi alltid är i relationer och vi kan inte vara i något annat. Ett begrepp som är viktigt ur ett systemiskt perspektiv är sammanhang. När en anorektisk tjej kommer till BUP försöker de skapa olika sammanhang att prata i. I det familjeterapeutiska sammanhanget så pratar terapeuten med familjen och den drabbade. I de **individuella samtalen** så får patienten prata utifrån sin egen position. Terapeuterna pratar även

enbart med föräldrarna så att de kan få tala om hur det är att vara förälder till ett barn i en svår situation. Även det somatiska sammanhanget kan skapas då man träffar barnläkaren, patienten och hennes föräldrar. I dessa olika sammanhang skapas multipla berättelser om hur familjen organiserar sig kring sjukdomen. Personalen på BUP försöker hitta sammanhang som handlar om förklaring och förståelse. Inte förklaring i betydelsen den sanna förklaringen utan att se hur de olika personerna i sammanhanget, den drabbade och hennes föräldrar förstår det som händer. Detta är ett exempel på hur systemteorin kan se ut i praktiken. Relationerna är i fokus och man försöker förstå problemet och lösa det utifrån de signifikanta relationer som individen har. Berättelser som kan göra något begripligt tar sin början i relationen. Det finns ingen given sanning utan personalen försöker nysta fram de olika rösterna som är organiserade kring anorexi och utifrån detta skapa sig en bild av problematiken.

Terapeuterna på BUP i Karlshamn använder sig av en behandlingsmetod som kallas **externalisering**. Detta är ett sätt att i språket lägga sjukdomen utanför personen. Man försöker i denna behandling skilja på symptom och person och på anorexi och person. Föräldrarna får lära sig att visa sin dotter att de inte är arga på henne utan på sjukdomen. För patientens del försöker man separera de anorektiska tankarna från de ”friska” tankarna och på så vis skapa två perspektiv. Detta kan vara en bra hjälp för föräldrarna att få en mer normal relation till sitt barn. Anorexin har fått en högre och högre dignitet i relationen och det gör att andra viktiga delar av relationen försvinner.

Intervjupersonerna på BUP i Kristianstad och i Malmö talar om vikten av att **stötta föräldrarna** så att de kan ta hand om sitt barn. Kirsten Åberg talar om att familjen både påverkar och påverkas av sitt barn. Föräldrarna behöver egentligen agera med fasthet, men det kan vara svårt eftersom det handlar om liv eller död. Ibland kan det vara nödvändigt att sjukskriva föräldern för att den ska kunna stötta upp sitt barn.

Torsten Ohlsson är **familjeterapeut** och intresserad av familjen och vilka faktorer som är skyddande, vilka som är preventiva och det som kan ha en salutogenetisk innebörd för patienten. Han tittar också på rollförändringar, övergångskriser och interpersonella situationer. Detta behandlingsperspektiv kombineras med de övriga yrkesgruppernas synsätt i ätstörningsteamet. Tillsammans försöker de ha en gemensam plattform men de bidrar samtidigt med olika kompetenser och grundar sig på olika teorier.

Den behandling som Torsten Ohlsson utför fokuserar på nuet och framtiden och lite mindre kring hur det har varit. Detta är även fallet i behandlingsarbetet på BUP i Karlshamn. Anders Lidbom menar att grunden i behandlingen är hur familjen organiserar sig kring detta nya bekymmer som har uppstått dvs sjukdomen anorexia nervosa. Terapeuterna arbetar utifrån denna fråga. En fråga som däremot inte är av intresse är om familjen skapat symptomet anorexi hos patienten. Orsakerna tillbaka i tiden och **skuldbeläggandet** lämnas därhän medan hur familjen organiserar sig kring sjukdomen är av största vikt i behandlingsarbetet.

Även i litteraturen nämns att **skuldbeläggandet på familjen** har minskat inom familjeterapin sedan senare hälften av 80-talet. Man har frångått tankegångar som Minuchin och Palazzoli utvecklade under 70-talet som menade att de psykiska problemen uppkom i familjeinteraktionen. Idag ses familjen som en resurs som är en viktig del i patientens tillfrisknande. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 1993 s 62). Tove Hvid (1986) kritiserar starkt det synsätt som ger familjen, och framför allt modern, skulden för barnets anorexi. Hon menar att det inte är bra att som psykolog ha givna föreställningar om vad som är orsaken till barnets sjukdom. Tänkandet blir då mekaniskt och inriktat på orsak - verkan. Hon menar att familjen kan ha blivit rigid beroende på den påfrestning barnets sjukdom innebär. Enda sättet att få familjen att ta sig ur detta mönster och återigen fungera är att avlasta den och inte belasta den än mer. (Hvid, 1986 s 84f).

Cullberg har en till viss mån avvikande ståndpunkt. Han beskriver terapeutens uppgift som att finna den punkt i familjesystemet som kan angripas därför orsaken till problematiken anses finnas i familjeinteraktionen. Genom att vinna förtroende hos familjemedlemmarna försöker terapeuten bli en del av systemet. Nästa viktiga steg blir att inta en ställning mellan de inblandade, utan att för den skull bli insnärjd, och inifrån bearbeta den punkt som orsakar anorexin. (1999 s 176).

1993 arrangerade Medicinska Forskningsrådet en konsensuskonferens om behandling vid anorexia nervosa. Här konstaterades det att **familjeterapi** har visat sig vara den bästa formen av terapi för barn och ungdomar. De som har haft mest nytta av familjeterapi är de som utvecklat anorexia innan 18 års ålder och varit sjuka i högst tre år. För vuxna patienter fungerar individualterapi bättre. (Cederblad, 1996 s127). Även Ulf Wallin anser att familjeterapi är en bra behandlingsmetod för den

yngre patienten medan den lämpar sig mindre väl för den vuxne. Det är känt att familjen spelar en stor roll i sjukdomens förlopp. Redan i tidig forskning sågs familjen som en viktig faktor då det gäller orsaker till anorexi. I slutet på 1800-talet såg William Gull och Charles Laségue att störda familjerelationer kunde ha del i sjukdomens orsaker. De menade att patienten måste lämna familjemiljön för att bli frisk. I dagens behandling uppfattas familjen i större utsträckning som en resurs. Därför är det väldigt viktigt att familjen engageras i behandlingsarbetet. (Wallin, 2000, s 94f).

Personalen på Indigo arbetar utifrån många olika teorier. De arbetar **miljöterapeutiskt**, **systemteoretiskt** och **familjeterapeutiskt**. De arbetar även mycket strukturellt med att få patienterna att sätta gränser både för sig själva och andra. Då Indigo organisationsmässigt ligger under både BUP och vuxenpsykiatri blandas dessa båda synsätt. Inom vuxenpsykiatri arbetar man sällan med familjen medan familjeterapi är väldigt viktigt hos BUP. Även på Indigo tar man in familjen i behandlingsarbetet. Personalen på Indigo arbetar både efter ett psykodynamiskt och ett kognitivt synsätt. Behandlingen anpassas efter patientens behov.

Margret Jakobsson som arbetar som sjuksköterska på avdelning 33 arbetar kognitivt med patienten. En beskrivning av hur man arbetar med **kognitiv terapi** finns i det tidigare avsnittet behandlingsterapi.

Personalen på avdelning 33 i Lund arbetar utifrån **beteendeterapi/miljöterapi** med patienterna i samband med måltider och andra sociala situationer. Margret Jakobsson anser det viktigt att inte enbart träna patienten i ett friskt förhållningssätt till maten utan även att hjälpa anorektikern med den sociala delen av livet som ofta är eftersatt då hon isolerat sig i sjukdomen. Anorektikern har dragit sig undan sällskapslivet då många sociala situationer kretsar kring mat. Personal sitter med patienterna i matsituationerna och kan även följa med dem till exempelvis ett kafé för att äta en kaka, vilket av anorektikerna upplevs som något jättestort för att de upplever sig som väldigt feta.

Slutenvården på avdelningen består av en grundläggande behandling på vanligtvis sex månader som sedan individualiseras utifrån den enskilda personen. Patienterna har ett schema att följa under arbetsveckan där bl a kroppskännedom, sjukgymnastik, bild och form, kontaktgrupper, samtalsgrupper, och familjesamtal ingår. ”Spegelövningar har vi också för våra patienter tittar sig ofta

inte i spegeln utan deras fantasier gör dem ju oftast stora/feta. De kanske speglar sig från ögonen och uppåt så de vet egentligen inte hur de ser ut”, berättar Margret Jakobsson. Patienterna videospelas då de kommer dit och får prata om hur de upplever sin kropp och hur de mår just då. När de kommit till hälften av behandlingstiden videospelas de för att man ska få en jämförelse med hur de var från början. Detta ses som ett redskap som patienterna ska ha del av och en slutgiltig videospelning när de nått sin målvikt. ”Vi räknar med BMI 20. Då har de fått en friskvikt och sen finns det en målviktsintervall som är friskt mellan 20 och 25 för kvinnor, 23 till 27 för män”, säger Margret Jakobsson.

Patienterna vägs varje måndag morgon – en gång i veckan. En del har ju brukat väga sig hemma 50-100 gånger hemma varje dag. Det är en dygnsbehandling så det är behandling måndag till fredag. De måste ha en viss vikt för att komma iväg på permissioner. Permission första månaden är uteslutet. De får heller ingen möjlighet att tvångsmotionera här, även om de gör det på sina rum, men det är ju sånt som personalen pratar kring för det är ju en del av problematiken.

Det finns många olika modeller då det gäller behandling av anorexi. De professionella vi intervjuade använde familjeterapi som behandlingsmetod. Det var dock vanligt förekommande att de **kombinerade ett flertal teorier**. Wallin hävdar att det inte finns någon behandling som är allenarådande som den enda rätta behandlingsmetoden vid anorexia. Han menar vidare att ”man sannolikt bör dela in patienterna i flera olika undergrupper, för att hitta bästa behandlingen”. (Wallin, 1993 s 23). Exempel på sådana undergrupper kan vara att man delar upp patienterna efter ålder, sjukdomsduration och sjukdomstyp.

Både BUP och vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagningar har inga **vänkelistor**. På alla intervjuinstanserna vi har besökt så är anorexi högprioriterat och de mest akuta ärendena kunde genomgående gå före i kön. På BUP i Karlshamn så utgår de ifrån fyra nivåer på prioritet då det gäller deras samtliga ärenden. Anorexia i aktivt sjukdomsförlopp med kraftig viktminskning har prioritetsordning nummer ett. I en mindre aktiv fas har den prioritetsordning nummer två. Även BUP i Malmö sa att i akuta fall kan de vanligtvis ta emot patienten inom en vecka. Annars kan det dröja 2-4 veckor. På BUP i Kristianstad så behöver inte de patienter som söker behandling för anorexi vänta

i den vanliga kön. Svåra ätstörningar, självskaðebeteende, suicidförsök och akuta psykosor ligger högst på prioriteringslistan.

De instanser som tar emot vuxna patienter är beroende av patientens motivation och inställning till behandlingen. På Indigo så prioriteras patienterna efter deras behov och motivation. De har ingen akutkö men patienterna kan dock få vänta kortare perioder p g a sammansättningen i behandlingsgruppen. Ingen specifik ätstörning får dominera så en del patienter får vänta till sammansättningen i gruppen matchar deras problematik.

Vallby Hage och avdelning 33 är de enda instanserna som har en egentlig kölista. Patienterna prioriteras dels efter svårighetsgraden på fallen och dels efter den ordning remisserna har inkommit.

Enligt Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (1993) kan det ofta dröja innan en person som lider av anorexia bestämmer sig för att söka hjälp. För motivationens skull är det viktigt att patienten snabbt kan få komma i behandling. Om en behandlingsenhet har långa väntetider kan det få till följd att patienten väntar ännu längre med att söka hjälp och under tiden kan sjukdomstillståndet förvärras. Inom barn- och ungdomspsykiatrin är patienter med anorexi i regel högprioriterade och därmed är väntetiderna korta. "Vartefter kompetensen för behandling av ätstörningar har ökat inom psykiatrin i övrigt och även i primärvården, har behovet av specialvård minskat och därmed väntetiderna i stort sett försvunnit vid landstingens specialenheter." (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 1993 s 79).

Kriterierna för anorexia nervosa diagnosticeras genomgående efter DSM-IV (se bilaga 1). Det är bara BUP i Kristianstad som använder sig av ICD-10. Denna diagnos består av snarlika kriterier men de är annorlunda formulerade.(Wallin, 2000 s12). DSM-IV innebär att patienten efter en snabb viktförlust ska ha en kroppsvikt som är mindre än 85% av den förväntade vikten. Kirsten Åberg på BUP i Malmö påpekade att det är viktigt tänka på att man som ungdom under utveckling förväntas öka i vikt. Ett annat kriterium är att patienten är rädd för att gå upp i vikt samt förnekar allvaret i ätstörningen. Hon ska även ha haft menstruationsbortfall i tre månader i följd. För de flickor som inte hunnit få sin första menstruation så kan en uppskjuten första menstruation visa på en försenad utveckling p g a anorexia. Det är även svårt att avgöra om menstruationen uteblivit då flickan ätit p-piller. För pojkar gäller samma kriterier förutom naturligtvis en utebliven menstruation.

Terapeuter och läkare har ställt diagnosen anorexia nervosa innan patienterna kommer till Vallby Hage och Indigo. Alla patienter på Indigo måste ha en PAL (Patient Ansvarig Läkare) och ha genomgått en somatisk undersökning innan de kan påbörja behandlingen. Indigo tar inte emot patienter som har ett BMI (Body Mass Index) under 15. De patienter som har ett så lågt BMI är så underviktiga att de inte orkar hänga med i diskussionerna i gruppen. Margret Jakobsson på avdelning 33 säger ”rätt ofta får vi in patienter som är i väldigt dåligt fysiskt skick, som är under BMI 14. Vi räknar i kroppsvikt i förhållande till längd och är man under BMI 14 så är det ett livshotande tillstånd.”

Flertalet intervjupersoner anser inte att de flesta patienterna är friska efter **avslutad behandling**, men att de är på väg mot ett tillfrisknande. De patienter som varit svårt anorektiska kommer under en ganska lång tid framåt att ha ett väldigt speciellt förhållningssätt till mat. ”Det kan ta tid innan förhållandet normaliseras och patienten vågar lita på och kan få hunger och mättnadskänslor”, säger Anders Lidbom. Han nämner även att patienten får ha en extra vaksamhet så att hon inte återgår till det anorektiska mönstret när det händer besvärliga saker i hennes liv.

BUP i Lund har eftervård efter 1,2 respektive 4 år. Det är frivilligt för patienterna att ta emot denna vård. Vid denna **uppföljning** får flickorna fylla i samma formulär som vid deras första besök på BUP:s specialenhet. Personalen på Indigo har uppföljning på sina patienter efter tre månader och efter ett år. Detta föregås av en nedtrappning då patienten kommer mer sällan till behandlingsenheten. Alla patienter på Vallby Hage erbjuds eftervård och nästan alla tar det. Det innebär att de först kommer dit någon gång i veckan och sedan varannan vecka och sedan var tredje vecka. Det sker en nedtrappning. Vallby Hage och BUP i Malmö är med i RIKSÄT vilket är ett rikstäckande uppföljande forskningsprojekt i Örebro. Statistik förs över de patienter som tackar ja till att delta.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen ser flera problem då det gäller att mäta behandlingsresultat. Ett problem kan vara hur man mäter gott behandlingsresultat. Ska man bara utgå från symptomen enligt DSM IV eller ska man se det ur ett mer psykologiskt och/eller socialt perspektiv? Fokus sätts på själva ätstörningen och det kan vara svårt att veta om patienten har andra psykiska problem vid tillfrisknandet från anorexia. Detta kommer att utvecklas vidare då i samband med att prognosen redovisas. I uppföljning negligeras ofta svårighetsgraden på anorexin och sjukdomens duration. De flesta uppföljningarna görs relativt tidigt efter avslutad behandling. Som tidigare nämnts under i

avsnittet behandling så är det vanligt att flera olika behandlingsmetoder blandas. Det kan vara därför vara svårt att veta vilken del i behandlingen som varit gynnsam för patienten. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen 1993, s 65).

Behandlingsresultaten på BUP i Lund visar att 85% blir helt bra, ett till två procent är fortfarande väldigt sjuka och övriga befinner sig mitt emellan. Intervjupersonerna anser att risken för återfall är ytterst liten vid fullt tillfrisknande. Risk för återfall kan exempelvis uppstå då den tidigare anorektiska kvinnan blir gravid. På avdelning 33 kommer knappt 10% på en andra behandlingsomgång. Barbro Narleius sa att efter 4 år är 50% normalviktiga, 25% på bättringsvägen, 25% kroniska.

I Råstam, Gillberg & Gillberg (1995) återges liknande procentsiffror då det gäller uppföljningsstudier efter minst fyra år: 50% är normalviktiga och har menstruation, 25% är på bättringsvägen och för 25% är prognosen dålig. Ratsuriya i England och Sten Theander i Sverige fann att vid en uppföljningsstudie efter 20-30 år att mortaliteten var 15-18 procent. Dödsorsakerna var komplikationer till sjukdomen eller i ungefär var tredje fall självmord. (Råstam, Gillberg & Gillberg, 1995, s 104f). I en undersökning som redovisas i Wallin (2000) var 70 procent av patienterna återställda tre år efter att de gått in i behandling. De som ingick i undersökningen var patienter i tonåren som behandlades vid fem olika ätstörningscenter i Sverige. (Wallin, 2000 s 95).

Desto tidigare i sjukdomsskedet en person med anorexia kommer i behandling desto bättre **prognos** har hon, menar majoriteten av intervjupersonerna. Ju snabbare behandlingen kommer igång desto lättare är det att bryta det initiala skedet av självsvälten som annars skulle kunna leda till svår anorexi. Kirsten Åberg talade om betydelsen av att bryta mönstret och den inre kraften som gör att personen inte äter. En annan viktig aspekt är att det **sociala nätverket** ställer upp och att patienten fortfarande har sociala kontakter, som Bo Grankvist uttrycker det. Att familj och vänner har stor betydelse är ett genomgående svar vi fick från de professionella vi talade med. Anders Lidbom tycker det är viktigt att föräldrarna snabbt hittar en balans mellan att ta en kärleksfull kontroll över barnets matsituation. Man undviker på så sätt en eskalerande kamp. Det är viktigt att det inte blir en kamp mellan föräldrarna och barnet utan att man kan vända på relationen och inte kritisera den utan nära den.

Intervjupersonerna på Vallby Hage, avdelning 33, vuxenpsykiatri i Malmö och BUP i Lund talar om att det är viktigt att patienten är **motiverad till behandlingen**. Om patienten själv tänker att hon vill bli frisk och att hon kommer att klara av behandlingen är chanserna bättre för ett tillfrisknande. Personalen på Indigo talar om tvångsmässighet. Ju mer tvångsmässig och rigid patienten är i sina tankar desto svårare kan hon vara att hjälpa.

Råstam, Gillberg & Gillberg (1995) uttrycker att ett **tidigt ingripande** har störst chans att lyckas. Wallin (1993) förhåller sig mer ambivalent till detta påstående. Han hänvisar till en undersökning av Steinhausen (1983) där man fann att prognosen gynnas av en kort duration mellan insjuknande och påbörjad behandling. (Wallin, 1993 s 21). Senare uppföljningsstudier har dock inte kunnat bevisa detta.

Anders Lidbom anser att prognosen är bättre **ju tidigare i livet sjukdomen debuterar**. Med detta menas i den ålder sjukdomen bryter ut och inte den ålder då man kommer i behandling. Om sjukdomen debuterar i tidig ålder, dvs. 10-12 årsåldern är prognosen mycket bättre än om sjukdomen debuterar i senare ålder exempelvis 20 årsåldern. Vid en yngre ålder är det lättare att ta sig ur sjukdomen och bli frisk. Kirsten Åberg håller delvis med. Bäst prognos har de som utvecklar anorexia före 18 års ålder och som haft ätstörningen i mindre än tre år. Men ur en medicinsk synvinkel kan det vara bättre att utveckla sjukdomen då man är över 18 år och färdigväxt. Utvecklas anorexin tidigare kan skelettet bli urholkat, förklarar Kirsten Åberg.

Wallin (2000) har en kluven inställning till ovanstående påståenden om prognos. Det har visat sig i forskning av Theander (1996) att i de fall sjukdomen debuterar i tidig adolescens verkar prognosen bli bättre. Men för de patienter som insjuknar före 11 års ålder kan prognosen vara sämre enligt Bryant-Waugh et al. (1998) och Walford & Clune (1991). (Wallin, 2000 s 24). Även Chabrol (1994) har kommit fram till motsägande resultat i denna fråga. "En tidig debut åldersmässigt har bedömts som ett gott prognoskriterium av Dally (1969), Halmi et al. (1973), Goetz et al. (1977), Hsu et al. (1979), Hall et al. (1984), vilket har bestridits av Rollins & Piazza (1981), Morgan et al. (1983) och Hawley (1985)". (Chabrol, 1994 s 63f). Även Råstam, Gillberg & Gillberg (1995 s 107) uttrycker att ett prepubertalt insjuknande eller ett insjuknande efter ungdomstiden kan medföra en sämre prognos".

Flertalet intervjupersoner talar om en **dubbeldiagnos** hos patienten som en faktor som kan ge en sämre prognos. Om patienten har en annan psykologisk problematik som t ex. DAMP eller autistiska drag så blir behandlingsarbetet mer komplicerat. Denna problematik måste först avhjälpas innan man kan behandla anorexin. Även personlighetsstörningar försämrar behandlingens effekter. Margret Jakobsson på avdelning 33 menade att över hälften av deras patienter är personlighetsstörda.

Wallin (2000) uttrycker att om patienten har problem förutom själva anorexin såsom andra psykiatriska sjukdomar eller personlighetsstörningar verkar det vara svårare för dem att tillfriskna från anorexia nervosa. Vidare hänvisar Wallin till Wentz et al. (1999) som har kommit fram till att de som har svåra tvångssyndrom och autismliknande tillstånd innan anorexin debuterar har betydligt sämre prognos. (Wallin, 2000 s 25).

Vissa fall av anorexia nervosa (kanske så många som 30-50 %) har haft psykiska problem sedan de första levnadsåren. Dessa kan ha varit uppenbara och yttrat sig som autismliknande tillstånd, DAMP eller tvångssyndrom, eller mer subtila och visat sig mera som sociala interaktionssvårigheter, perfektionism, fixering vid det egna utseendet och lätt - måttlig empatistörning. Inte sällan är i sådana fall ätstörningen bara ett av många ritualbeteenden som barnet ägnat sig åt sedan förskoleåldern. (Råstam, Gillberg & Gillberg, 1995 s 112f).

Råstam menar vidare att även sedan dessa patienter har blivit bättre, då det gäller anorexin, har de fortfarande kvar sociala problem sen tidigare. Hon anser att de anorexipatienter som har den sämsta prognosen är de som även är belastade med en tidig empatistörning. (Råstam, Gillberg & Gillberg, 1995 s 113).

Personlighetsstörningar som är överrepresenterade vid anorexia nervosa är sådana som innebär social negativism, rigiditet och tvångsmässighet påstår Råstam (2001). De berättar vidare att ångestsyndrom var vanliga hos personer med anorexi liksom tvångssyndrom och social fobi vilka drabbar en femtedel till en tredjedel av dessa individer. Dessa patienter kan även lida av

empatistörning speciellt en speciell aspekt som kallas alexitymi och innebär /.../ ”svårigheter att uppleva och uttrycka känslor, och att skilja mellan känslomässiga tillstånd och signaler från kroppen.” (Råstam, 2001 s 227).

En annan faktor som kan leda till sämre prognos är **brister i de sociala relationerna**. Detta nämner det stora flertalet av de professionella vi intervjuat som ett problem som kan försvåra behandlingen. Bo Grankvist berättar att de patienter som har varit sjuka länge kan ha blivit alltmer inåtvända och isolerade. De här patienterna blir ofta mer och mer ensamma. Då kan de med all sin kraft fly in i de destruktiva tankarna. Dagarna kan fyllas med sjukdomen istället för med sociala kontakter och en del drabbade ser anorexin som sin enda fasta, egentliga vän som alltid finns till hands. Familjen har ju en stor del i behandlingsarbetet vilket vi tidigare har fastslagit då vi talade om familjeterapi som behandling. Anders Lidbom talar om att prognosen förändras om nätverket är komplicerat och inte sluter upp kring patienten och hennes sjukdom. Terapeuterna kanske inte får tillgång till de människor de skulle behöva ha med i patientens behandling och det kan vara svårt att få nätverket tillräckligt starkt. Kirsten Åberg talar om problemet då familjen är splittrad och ungdomen kan spela ut föräldrarna mot varandra. Detta kan försvåra behandlingsarbetet.

Råstam, Gillberg & Gillberg, (1995) håller med om detta ställningstagande. Störda familjerelationer kan enligt dem ge sämre prognos då det gäller anorexia. De drar det ett steg längre och säger att om familjemedlemmarna har negativa kommentarer och attityder till den sjuke så leder detta ofta till sämre resultat liksom avhopp från behandlingen. (Råstam, Gillberg & Gillberg, 1995, s 107 f). Wallin (2000) pekar på att familjen ofta har blivit framhållna som en viktig faktor för hur sjukdomen utvecklas och dess prognos. Strober et al (1997a) kom fram till att störda familjerelationer bidrog betydligt till att förlänga tiden det tog för patienten att tillfriskna. (Wallin, 2000, s 24).

Wallin (2000) har i sin avhandling tagit upp ytterligare några faktorer som kan leda till en sämre prognos. En del forskning visar att ju **större viktninskning** patienten har desto allvarigare blir prognosen. Hebebrand et al. (1997) kom fram till att ett BMI på mindre än 13 då patienter börjar i behandlingen borgade för en sämre prognos.(Wallin, 2000 s 24f).

Detta motsägs dock i en uppföljning som gjorts vid Danderyds sjukhus. Ajax m fl (1987) kom fram till att det inte fanns något samband mellan graden av viktnedgång och patientens möjligheter till

tillfrisknande. (Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, 1993 s 67). **Långa sjukhusvistelser** kan ofta vara ett tecken på ett tillstånd som är svårt att behandla. Forskning av Saccomani et al. (1998) visar att de med den sämsta prognosen var de som hade varit svårast sjuka i inledningsskedet av behandlingen och som hade varit i sjukhusvård under en lång tid (mer än en månad). (Wallin, 2000 s 24f).

Hvid (1986) anser att det kan vara svårt att hitta ett enhetligt svar i facklitteraturen då det gäller prognoser. Hon anser att den främsta orsaken till detta är att begreppen sjuk och frisk kan vara svåra att specificera. Det lättaste sättet att ta reda på om en person har blivit frisk är att se om hon har gått upp i vikt. Men att bli frisk från anorexi handlar ju inte bara om att gå upp i vikt. En mer adekvat indikator på tillfrisknande är livskvalitet, vilken inte är möjlig att mäta. Därför är det svårt att ge en rättvis bild av prognos i procent. En annan svårighet då det gäller statistiken är enligt Hvid att många drabbade aldrig kommer att inkluderas. En del anorektiker kommer aldrig i behandling och många blir feldiagnosticerade av sin läkare vilket gör att de inte tas med i det statistiska materialet. (Hvid, 1986 s 136f).

Genomgående svarar intervjupersonerna att de inte har så mycket **förebyggande arbete** som de hade velat. Indigo och BUP i Karlshamn anger brist på resurser och tid som främsta hindret för preventivt arbete. Både BUP i Lund och i Malmö ifrågasätter om det endast ger positiva effekter att informera barn och ungdomar om ätstörningar. Ett projekt i Lund som skulle utvärdera om förebyggande arbete är bra eller dåligt visade att det inte bara var av godo. Kirsten Åberg på BUP i Malmö talade om att det är viktigt att uppmärksamma problem tidigt och bryta mönster, annars kan tillfrisknande kan ta längre tid. Dock menar en del att det samtidigt finns en risk att de ungdomar som ligger i riskzonen för att utveckla anorexi kan lockas in i sjukdomen när mycket information ges. Det förebyggande arbete som dock utförs på de flesta instanserna ges till idrottsföreningar, i träningslokaler och skolor. Vallby Hage är den behandlingsenhet som har mest förebyggande arbete. De utbildar idrottsledare, föreläser i skolor och samarbetar med vårdgymnasier, vårdskolor och Hem och Skola föreningar.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (1993) framför att det är viktigt att väga eventuella positiva och negativa effekter med varandra när det gäller förebyggande arbete. Det kan finnas en viss risk

för att kunskapen om ätstörningar kan bidra till en lockelse och en spridning av sjukdomen.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (1993 s 88) betonar ändå vikten av förebyggande arbete, i betydelsen att risken för ätstörningar blir större om man inte informerar alls.

7. SLUTDISKUSSION

Vi valde att skriva om anorexia nervosa utifrån ett personligt intresse för att få veta mera om vad det är i anorektikerns liv som gör att hon utvecklar en sådan allvarlig sjukdom. Vidare var vi intresserade av vilka olika former av behandling som finns tillgängliga för de som drabbats. Vi koncentrerade oss på ungdomar upp till 25 år. Våra frågeställningar var: Vilka är de huvudsakliga orsakerna och de utlösande faktorerna till utvecklingen av anorexia nervosa? Vilka behandlingsmodeller används i de olika verksamheterna inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri?

Både i litteratur vi läste och i intervjuerna på behandlingsenheterna framkom det att anorexia nervosa är en multifaktorell sjukdom. Det gjorde det svårt att få en enhetlig bild av orsakssammanhangen. Det finns ingen given orsakskedja utan ursprunget till sjukdomen varierar stort från individ till individ. Vi utgick från ett psykologiskt perspektiv när sökte orsaksfaktorer hos individen som drabbats och fann att de är mycket komplexa och individuella. Enskilda faktorer som t ex mobbning eller nedsättande kommentarer om utseende kan upplevas svårare för vissa än andra. Alla som har negativa erfarenheter i livet utvecklar inte anorexia. De professionella vi intervjuade talar dock om en generell sårbarhet hos de som drabbas av anorexia, vilket innebär att de ofta är lite känsligare som personer. De utlösande faktorerna varierar utifrån omständigheterna. Vi tolkar det som att det inte är vad som händer personen i livet som är av avgörande betydelse, utan det är hur individen handskas med det som händer.

Anders Lidbom talar om att vi är våra relationer. Han menar att vi människor är de bilder som vi tänker att andra människor har om oss och de bilderna skapas i en relation. Det finns ett talesätt som säger ”människan är inte en ö”. Som individ formas man utifrån de sociala sammanhang man tillhör och utifrån den kultur man lever i. Exempel på sociala undergrupper med större benägenhet att utveckla anorexia är idrottare och dansare som i sitt sociala sammanhang fokuserar mycket på vikten.

Det kan vara svårt att dra en gräns mellan vad som är orsak och verkan i ett anorektiskt beteende. Anorektiker beskrivs ofta som perfektionistiska och högpresterande med tvångsmässiga och rituella drag. Frågan är vilka tankar, känslor och beteenden som funnits tidigare och vilka som utvecklas i samband med anorexia nervosa. Förstärks personligheten eller sker en stor förändring på sjukdomen? Likaså kan det vara svårt att dra en gräns då det gäller tillfrisknande. Vart går gränsen mellan frisk och sjuk? Av intervjupersonerna uttrycker en del att personen i stort sett är frisk när hon avslutat behandling, men att hon bör ha en medvetenhet om risken att falla in i gamla mönster vid motgångar i livet. Andra talar om att individen inte är helt frisk efter behandling, men är på väg mot ett tillfrisknande. Sjukdomsbilden vid anorexia är komplex och därför kan det vara svårt att avgöra när en patient är frisk. Medicinska och psykologiska bedömningar görs både vid inskrivning i och utskrivning från behandling utifrån individens behov av vård.

Hvid (1986) talar om att vikten inte är enda kriteriet för att en person är frisk. Man måste även se till livskvaliteten. Har personen ett bra och socialt liv? Kan hon leva förhållandevis normalt? Detta är en viktig aspekt som dock är mycket svår att mäta. Hur mäter man livskvalitet?

Under tiden vi arbetade med uppsatsen förvånades vi över att intervjupersoner samt litteratur visade på att antalet fall av anorexia inte ökat i den utsträckning vi trodde. Vår förståelse var påverkad av media där anorexia framställs i det närmaste som en ny folksjukdom. I media antyds även att det kan vara svårt att få behandling då man drabbats av anorexia. Vid behandlingsenheterna vi besökte är anorexi väldigt högprioriterat och i de akuta läget får anorektikern vanligtvis hjälp inom en veckas tid.

Eftersom sjukdomen är multifaktorell visade sig att personalen på de behandlingsenheter vi besökte har flera olika infallsvinklar då det gäller problematiken. De använder sig av ett flertal behandlingsterapier och personalstyrkan består av många olika yrkeskategorier med olika kompetenser.

På de behandlingsenheter där intervjupersonerna uppgav att de använde samma typ av terapi fanns det dock skillnader i synen på orsakssammanhang samt såg det lite olika ut för patienten i behandling. Vi upplevde att intervjupersonerna blandade begreppen teori och terapi. Kanske har de behandlingsmetoderna så integrerade i sig själva att begreppen är svåra att särskilja? Det finns stöd

för detta påstående i Bergmark & Lundströms artikel ”Metoder i socialt arbete - vad är det?” (2000); ”de visar i sin undersökning över vilka metoder som används i socialt arbete att många praktiskt verksamma socialarbetare inte skiljer mellan metoder, modeller och teorier. Orden används som om de vore utbytbara. Medan många teoretiker gör en poäng av att skilja på det.”

Familjeterapi dominerade som behandlingsmetod på de enheter vi besökte. I denna terapi ses familjen som en resurs. Inom barn- och ungdomspsykiatri försöker man i behandlingsarbetet med patienten även stötta föräldrarna så att de i sin tur kan hjälpa sitt barn. Vi anser att denna strategi kräver mycket av föräldrarna. Å ena sidan är det viktigt att föräldrarna är delaktiga i behandlingsarbetet då de står barnet närmast. Men det måste vara psykiskt påfrestande att både befinna sig så nära in på problematiken och samtidigt vara de som ska ta stort ansvar för att komma tillrätta med den. Vi frågar oss även om det ätstörda beteendet kan vara ett slags uppror mot hur det tidigare har varit i familjen. Vi tror inte att familjeinteraktion är den enda orsaken till att anorexia utvecklas men att det kan ha betydelse i vissa fall. Därmed menar vi att det kan bli ännu svårare i vissa familjer bryta mönstret. Det kan de dock få professionell hjälp med.

En annan behandlingsmetod vi tagit upp är NA-terapi som Levenkron utvecklat. Denna terapi användes inte av de professionella vi intervjuade. Vi fann den ändå intressant då den hanterar problematiken på ett annorlunda sätt. Levenkron anser t ex att familjeterapi endast bör användas då familjen är medveten om att den behöver ändra sitt familjemönster. Hans terapi skiljer sig från många andra mer neutrala terapier då han tar aktiv kontroll över patienten och hennes ätande. Detta kan gynna patienten då hon befrias från den kontroll över sig själv och kroppen som hon haft under hela sjukdomsförloppet. Även tidigare kan hon ha tillåtit att ta kommandot i familjen vilket medfört ett alltför stort ansvar. Detta bryter Levenkron med sin kärleksfulla kontroll över patienten.

Under vårt arbete med denna uppsats har vi kommit i kontakt med olika behandlingsmetoder. Lika lite som man kan ge en enskild förklaring till uppkomsten av anorexi lika lite kan man tala om en enskild behandlingsmetod som den enda rätta.

Källförteckning

Litteratur

Bergmark, Åke & Lundström, Tommy (2000) *Metoder i socialt arbete - vad är det?* i Meeuwisse, Anna, Sunesson, Sune & Swärd, Hans red: *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

Cederblad, Marianne (1996) *Barn- och ungdomspsykiatri*. Liber Utbildning. Femte upplagan.

Chabrol, Henri (1994) *Anorexi & Bulimi*. Alhambra Förlag AB.

Cullberg, Johan (1999) *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur. Femte upplagan.

Dewald, Paul A. (1990) *Dynamisk psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur. Andra utgåvan.

Eliasson, Rosmari (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur. Andra upplagan.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (1993) *Ett liv av vikt*. Stockholm: Folkhälsoinstitutets distribution.

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

Hvid Tove, (1986) *Att svälta för att leva. En bruksbok om anorexi för döttrar och mödrar*. Wahlström & Widstrand.

Hwang, Philip & Nilsson, Björn (2000) *Utvecklingspsykologi - från foster till vuxen*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johnsson, Per (1990) *Anorexia nervosa och bulimia nervosa - självbild, försvar och differentiering*. Lund: Lunds Universitet.

Minuchin, Salvador (1999) *Familjer i terapi. Strukturell familjeterapi i teori och praktik*. Wahlström & Widstrand.

Minuchin, Salvador & Fishman, Charles H.(1990) *Livets dans. Familjeterapeutiska tekniker*. Wahlström & Widstrand.

Molin, Kari (1993) "Anorexins gåta är inte löst", i DN Eftertryck, Gunilla Blomé, red: *Anorexi och Bulimi. Artiklar om självsvält och hetsätande ur Dagens Nyheter*. Stockholm: DN Repro.

Molin, Kari (1993) "Anorexi är symptom på utvecklingskris", i DN Eftertryck, Gunilla Blomé, red: *Anorexi och Bulimi. Artiklar om självsvält och hetsätande ur Dagens Nyheter*. Stockholm: DN Repro.

Molin, Kari (1993) "Fler och fler drabbas av ätstörningar" i DN Eftertryck, Gunilla Blomé, red: *Anorexi och Bulimi. Artiklar om självsvält och hetsätande ur Dagens Nyheter*. Stockholm: DN Repro.

Perris, Carlo (1996) *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur. Tredje omarbetade utgåvan.

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

Råstam, Maria (2001) "Anorexia nervosa" i Gillberg, Christopher & Hellgren, Lars, red: *Barn och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur. Andra utgåvan.

Selvini Palazzoli, Mara (1979) *Anorexi. Boken om självsvält*. Stockholm: Natur och Kultur.

Smith, Ronald E (1993) *Psychology*. St. Paul: West Publishing Company.

Wallin, Ulf (1993) *Behandling vid anorexia nervosa. En litteraturöversikt*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.

Öst, Lars-Göran red (1987) *Beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Internet

www.medivia.se/AN/teorier.html

Intervjuer

Bo Grankvist, familjeterapeut på Vallby Hage Rehab Center, en dagverksamhet i Trelleborg.

Bandinspelad intervju den 24 april 2001.

Riitta Holmer, familjeterapeut, och Monica Lindkvist, skötare på Enheten för anorexi och bulimi inom barn- och ungdomspsykiatrin i Lund. Nedtecknad intervju den 25 april 2001.

Margret Jakobsson, sjuksköterska på avdelning 33 Lunds Universitetssjukhus vuxenpsykiatri.

Bandinspelad intervju den 30 april 2001.

Kirsten Åberg, kurator på UMAS barn- och ungdomspsykiatri i Malmö. Nedtecknad intervju den 2 maj 2001.

Lena Appelvist och Gunilla Storm, behandlingspersonal på Indigo, dagverksamhet i Karlshamn.

Bandinspelad intervju den 2 maj 2001.

Torsten Ohlsson, psykolog i ätstörningsteam vid sektorsklirik nordöst vuxenpsykiatri i Malmö.

Bandinspelad intervju den 7 maj 2001.

Anders Lidbom, psykoterapeut på barn- och ungdomspsykiatri i Karlshamn. Bandinspelad intervju den 8 maj 2001.

Barbro Narleius, sjuksköterska med vidareutbildning inom psykiatri på BUP i Kristianstad.

Bandinspelad intervju den 15 maj 2001.

Organisation

1. Berätta om er organisation? Hur länge har verksamheten funnits?

- Huvudman
- Antalet anställda
- Yrkeskategorier
- Vidareutbildning inom anorexi
- Antalet behandlingsplatser
- Samarbetspartners
- Förebyggande arbete

Personer med anorexi

2.a) Hur ställer ni diagnosen anorexi?

- Kriterier

b) Hur kommer patienterna i kontakt med er?

- Remiss/tar kontakt själva

c) Vilken typ av anorexipatienter har ni?

- Ålder
- Kön

d) Hur prioriteras patienterna?

- Akutkö/väntelista
- Finns det möjlighet att gå före i kön?

e) Har ni märkt någon förändring över tid i er verksamhet?

- Ålder
- Kön
- Ökning/minskning
- Sjukdomsbild hos individen

Orsaker

3.a) Vad anser ni att det finns för orsaker till anorexi?

- Generella tendenser
- Gemensamma faktorer

b) Var kan man huvudsakligen hitta de utlösande faktorerna till anorexi?

- Hos individen
- I interaktion med omgivningen. Drabbas en viss typ av familj?
- I de samhälleliga kraven på individen

Teorier

4. Vilka teorier grundar ni ert arbete på och vilken verkan får detta i behandlingen?

- Kombinerar ni olika teorier?

Behandlingen

5. Berätta om er behandlingsmodell.

- Varför har ni valt denna behandlingsmodell?
- Utformas behandlingen olika beroende på ålder och kön?
- Känner ni att denna behandlingsmodell täcker upp alla orsaksfaktorer?
- Hur lång och intensiv är behandlingen?
- Sker behandlingen individuellt eller i grupp?
- Deltar familjen/nätverket i behandlingen?

Uppföljningen

6.a) När anser ni att personerna i fråga ej är i behov av vård? Är man frisk då?

- Kriterier
- b) Har ni uppföljning/eftervård på era patienter?
- Hur ser den ut i så fall?
- c) Hur ser behandlingsresultaten ut?
- Återfall?

Prognos

7.a) Beskriv ett lyckat fall? Varför lyckades det?

b) Beskriv ett icke lyckat fall? Varför kunde man inte hjälpa denna person?

ANOREXIA NERVOSA

- A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85% av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85% av den förväntade).
- B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.
- C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, d v s minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex med östrogen).

Undertyper

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d v s självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).