LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Anorexia nervosa och familjerelationer

Om upplevelser av familjerelationer hos patienter och föräldrar samt jämförelser i behandlingsutfall vid kognitiv beteendeterapi respektive familjeterapi

Ulrica Ehres

Psykoterapeutprogrammet

Familjeterapi

VT 2012

Handledare: Docent Lauri Nevonen

Hälsoakademin, Örebro universitet

Anorexia nervosa och familjerelationer

Om upplevelser av familjerelationer hos patienter och föräldrar samt jämförelser i behandlingsutfall vid kognitiv respektive familjeterapi

Ulrica Ehres

Institutionen för psykologi, Psykoterapeutprogrammet

Lunds Universitet

Sammanfattning

Anorexia Nervosa (AN) är en allvarlig sjukdom med orsaksförklaringar som varierat genom historien. Studier om familjer med en anorektisk medlem ger inga belägg för en konsistent bild. Behandling av vuxna saknar empiriskt stöd och ökad kunskap behövs om unga vuxna. Syftet med denna studie var att undersöka reliabiliteten i familjerelationsskalan (FARS) samt hur det korrelerar med instrument för interpersonella svårigheter hos unga vuxna anorexipatienter. Familjerelationer undersöks utifrån delskalor i mätinstrumentet före- och efter behandling hos patienter och föräldrar samt om det fanns skillnader för patienter som genomgått individuell KBT-behandling respektive familjeterapi. Analysen innefattar också symtombild, viktutveckling, vissa demografiska uppgifter samt belastningsfaktorer i familjen i en grupp unga vuxna patienter. *Resultaten* visar att familjen runt den sjuka uppvisar olika grad av belastning och särskilt syskon bör uppmärksammas i behandlingen. Självsvarsformuläret reviderades för att uppnå intern konsistens inför mätning av familjerelationer. Samtliga delskalor i FARS korrelerar med mätinstrument för interpersonella svårigheter och hög poäng i FARS kan vara incitament för interpersonell problematik. En signifikant skillnad visas avseende delskalan attribution mellan patienter och fäder vid premätning som förbättrades efter behandling. Patienten upplevde isolering i förhållande till båda föräldrar och som inte förbättrades efter behandling. Båda behandlingar ger en god viktutveckling och FARS kunde inte påvisa någon signifikant skillnad i mätningen av familjerelationer i patientgruppen. Föräldrar beskrev däremot förbättrade familjerelationer avseende insnärjdhet efter avslutad behandling. Fortsatt analys av FARS delskalor utifrån subgrupper behövs för att fördjupa kunskapen om unga vuxna anorexipatienter samt i föräldragruppen.

Nyckelord: Anorexia nervosa, familjerelationer, unga vuxna, självskattning, familjerelations-skalan (FARS), reliabilitet

Anorexia nervosa and family relations

Experiences of family relationships in patients and parents, and comparisons of treatment outcome in cognitive and family therapy

Ulrica Ehres
Department of Psychology,
Psychotherapy Program
University of Lund

Abstract

Anorexia Nervosa (AN) is a serious disease with causal explanations that have varied throughout history. There is no evidence for a consistent picture in studies of families with an anorexic member. There is low evidence in the treatments of adult and increased knowledge is needed for young adults. The purpose of this study was to investigate the reliability of the family relationship scale (FARS), and how it correlates with the instrument measuring interpersonal problems in young adult anorexia patients. Family relations are examined by the subscales of the instrument before and after treatment of patients and parents, and whether there were differences in patients who have received individual CBT treatment and family therapy. Symptoms, weight gain, certain demographic data, and straining factors in the family for a group of young adults are also explained. The *results* show that the family exhibit different degrees of stress and especially siblings should be addressed in treatment. Self-reply form was revised in order to achieve internal consistency for the measurement of family relationships. All subscales of the FARS correlates with measurement of interpersonal relations and high score in FARS may be incentive for interpersonal problems. A significant difference was shown in the pre-measurement for the subscale attribution between patients and fathers which improved with treatment. The patient experienced isolation from both parents and that did not improve after treatment. Both treatments provide a good weight gain and FARS could not demonstrate any significant differences in the measurement of family relationships in the patient group. Parents however, described improved family relationships for enmeshment after treatment. Analysis of FARS subscales based on subgroups measurements is needed to recess the knowledge about young adult anorexia patients and the parent group.

Keywords: Anorexia nervosa, family relationships, young adults, self-evaluation, family relationship scale (FARS), reliability.

Innehåll

Teoretisk Bakgrund

Självsvält 5

Ätstörningar 6

Epidemiologi 7

Etiologi 8

Sjukdomsbilden vid anorexia nervosa

Symtombilden vid anorexia nervosa 10

Samsjuklighet vid anorexia nervosa 12

Anorexia nervosa och familjen 13

Studier om familjerelationer 18

Tidigare studier med FARS i mätning av familjerelationer i familjer med anorexia nervosa 26

Undersökning om relationer i familjer med en anorektisk familjemedlem

Introduktion till studien 29

Undersökningens syfte 33

Metod 34

Behandlingarna 37

Resultat 40

Diskussion 47

Slutsatser 54

Referenser 56

Anorexia nervosa och familjerelationer

Teoretisk bakgrund

Självsvält

Självsvält, som vi i dagligt tal kallar anorexia nervosa har haft många förklaringsmodeller genom historien bl.a. individuellt, biologiskt, utifrån familjefaktorer och sociokulturellt.

> Often the illness is presented as ´mysterious´: physicians are desperately seeking an ultimate explanation and self-help organizations do not know which therapy to recommend. The specialist literature is interminable: an immense number of scientific papers, a growing pile of books and even some specialized journals are devoted specifically to the phenomenon
>
> (Vandereycken & Van Deth, 1994)

Dokumentation om kvinnor som fastat utifrån religiösa förtecken finns redan från 400-talet. Det har ansetts vara välgörande och även ritualiserats inom de flesta kulturer och religioner genom årtusenden och fastan har ansetts var renande (Hällström, 1996). Den amerikanska historikern Brumberg (1988) har skrivit om kvinnors självsvält utifrån biologiska-, psykologiska- och kulturella perspektiv och som förändrats över tid. Han vill inte som historiker uttala sig om orsaker eller individuell psykopatologi kring sjukdomen men menar att kvinnors kontroll över mat och kropp är en reaktion också utifrån olika företeelser som är meningsbärande med olika innebörd genom tiderna. Kulturella influenser har betydelse för hur man lägger fokus på symtom, t.ex. dagens ”smalhetsideal”, så bantning blir en vanlig företeelse bland yngre kvinnor idag. När kvinnor upplever effekten blir svälten sedan en funktionell autonom process som ett resultat av fysisk- och psykisk förändring. Vägarna in i självsvälten har varierat i historien men är påfallande lika i sin psykologiska symtombild. Helgonen beskrevs på många sätt som man beskriver anorektiska patienter: perfektionistiska, överaktiva, självviakttagande och självkritiska. De visar inte intresse av mänskliga relationer, är oberoende och omhändertagande mot andra men vill inte själva ta emot vård (Hällström, 1996).

Även om självsvält skildrats utifrån helgonförklaringar hos medeltidens kvinnor finns enstaka skildringar om viktfixering redan från 1600-talet i samband med att man börjar använda snörliv redan innan puberteten, vilket ansågs underlätta senare giftermål (Hällström,

1996). Vandereycken och Van Deth (1994) ger levande beskrivningar om mysticism och om hur offentliga ”spektakel” har arrangerats kring svältande kvinnor som har levt vidare långt in på 1800-talet, parallellt med att svälttillstånd uppmärksammades som en medicinsk- och psykologisk företeelse. Han beskriver också hur självsvält skildrats inom konst och litteratur och som politiska handlingar. Den viktorianska tidens kvinnoideal inom borgerligheten lyfts fram samt kring den feministiska rörelsens förklaringsmodeller om kvinnoideal utifrån det patriarkala samhället.

Under 1600-1700-talen började man intressera sig för självsvält inom den medicinska vetenskapen. Avhållsamhet från mat hade blivit mer vanligt i övre medelklassen och tillståndet benämndes som ”inedia prodigiosa” (hög grad av självsvält) och ”anorexia mirabilis” (förlust av aptit inspirerat av mirakulösa fenomen) (Brumberg, 1988). Dessa berättelser kan dock inte antas vara tillstånd likt vår moderna tids anorexia nervosa. Självsvälten kan inte i studier diskriminera mellan primära- eller sekundära symtom på sjukdom, utan bör tolkas som hög grad av kontroll utifrån ett sociokulturellt uttryck på gruppnivå och som ett fenomens utifrån perfektion inför gud, inte den enskildes aptitförlust. Förklaringar skiljer sig således mycket från dagens teorier om hur klass, kön, familjerelationer, perfektion och sociala ideal utgår från individens fysiska skönhetsideal, snarare än andlig skönhet. Maten har visserligen inbegripits i ”ett symboliskt språk” men kan inte självklart jämföras då skillnaderna varit stora utifrån den kulturella kontexten från medeltidens ”helgonförklaringar” till dagens ”patientförklaringar” (Brumberg, 1988).

Ätstörningar

Ätstörningar är ett allvarligt sjukdomstillstånd som har många bakgrundsfaktorer och som samverkar för att en ätstörning ska debutera och vidmakthållas. Den modern psykiatriska diagnostiken gällande ätstörningar fick sitt genombrott 1980 i Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorder III (American Psyciatric Association; DSM-III, 1980). Därefter har ätstörningar grupperats under en egen rubrik i DSM-IV (American Psyciatric Association; DSM IV, 1994). Även om det finns gemensamma symtom i gruppen ätstörningar definieras de utifrån dess olika karaktär av symtomatologi såsom Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa och ätstörning Utan Närmare Specifikation med undergrupper.

Epidemiologi

Cirka 3-5 % av unga kvinnor inom västvärlden har signifikanta symtom på ätstörningar (Szmukler, Dare & Treasure, 1995; Treasure et al., 2010). Ätstörningar debuterar oftast i tonåren varför prevalensen (andelen sjuka vid en viss tidpunkt) blir högre i yngre år än i totalbefolkningen (Killian, 1994). Det är problematiskt att beskriva ätstörningars utbredning, epidemiologi, eftersom prevalensen är låg och det krävs stora populationer för att upptäcka tillräckligt många fall. När det gäller förekomsten av ätstörningar finns också en tendens att inte söka professionell hjälp (Clinton & Norring, 2002; Treasure, Claudio & Zucker, 2010). Diagnostiska kriterier för olika typer av ätstörningar är just nu under omprövning i det pågående revideringsarbetet av DSM-systemet, från DSM-IV till DSM-V. Diagnoskriterierna kommer att bli bredare definierade och påverka hur prevalensen bland befolkningen kan beräknas (Treasure et al., 2010).

Sammanfattningsvis visar epidemiologiska studier att incidensen (antalet nya fall per år), för AN i västvärlden är mellan 10-40 nya fall/100 000 kvinnor/år (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004). Prevalensen var inom intervallet 0,2-0,4 procent. Det är huvudsakligen kvinnor men man räknar med att ca 10 % av de som drabbas av anorexia nervosa är män (Jacobi et al., 2004). Osäkerhet råder om incidenstalen för anorexia har ökat i det västerländska samhället även om en ökning bland yngre flickor verkar trolig (Szmukler et al., 1995). Relativa skillnader som kan avläsas i olika tidsperioder riskerar också att övertolkas fast det inte representerar någon absolut skillnad (Clinton & Norring, 2002).

Några incidensstudier har gjorts i Sverige och bl.a. en longitudinell studie grundat på sjukhusmaterial visade skillnader med ökande tal under decennier mellan 1930-1960-tal (Theander, 1970, ref. ur Clinton & Norring, 2002). En ytterligare studie baserar sitt material på register över patienter i sjukvård samt uppgifter från primärvårdsläkare inom Nacka-Värmdös psykiatriska sektor. Materialet visade en incidens på 43 kvinnor/100 000/år i åldern 16-24 år. Vid beräkning av alla åldrar är incidensen 2,6 kvinnor/100 000/år (Cullberg & Engström-Lindberg, 1988). I Göteborg användes tillväxtkurvor från skolhälsovården som visade en prevalens hos flickor i 17-års ålder på 0,94 procent och 0,1 procent bland pojkar (Råstam, Gillberg & Garton, 1989, ref. ur Clinton & Norring, 2002).

Förr såg man en överrepresentation av medel- och överklass inom anorexigruppen men detta har fått revideras då uppgifterna inte är så entydiga (Nevonen & Norring, 2004). Det har visat sig finnas en spridning och ansetts vara ett fenomen som riskerar att utvecklas i

samhällen med västerländska normer om framgång via skönhetsideal, mat och bantning (Killian, 1994). Mat är tillgänglig och smalhetsideal är länkat till acceptans och självkänsla som kan förstås i relation till den drabbades inre och yttre värld både i relation till samhället och i nära familjerelationer (Colahan & Senior, 1995). I en retrospektiv studie mellan åren 1960-1993 syns en förskjutning också till grupper inom lägre social klass från 1985 och framåt. Detta kan möjligen förklaras med konflikter i förändrade värderingar i familjen utifrån sociokulturella influenser och samtidig påverkan av en tonårings turbulenta utveckling (McClelland & Chrisp, 2001). En jämförande studie i Göteborg mellan gruppen ätstörningar och normalgrupp visade att det fanns skillnader med högre yrkesstatus och boende i bostadsområden med högre socioekonomisk status hos föräldrar i gruppen med ätstörningar än i kontrollgruppen. Samtidigt var separationerna fler än i kontrollgruppen och patienterna levde i högre grad hemma eller ensamma utan partner. Utbildningsnivån var lika mellan grupperna men gruppen med ätstörningar i högre grad utan arbete eller sjukskrivna. Författarna vill inte dra några slutsatser eftersom föräldrar med högre utbildning tenderar att söka behandling oftare än de med lägre utbildning och kan därför vara överrepresenterad inom vården (Nevonen & Norring, 2004).

Ätstörningssymtom finns i olika etniska minoritetsgrupper i västvärlden och behöver studeras utifrån specifika riskfaktorer som utgår från den kulturella kontexten, ex kulturanpassning, upplevelser av diskriminering och liknande (Griffiths, 2000; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Studier som är relaterat till etnicitet och ätstörningar, visar orsaksförklaringar utifrån kulturanspassning respektive urbanisering och industriell utveckling i olika länder (Jacobi et al., 2004; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Rapporter kommer alltmer om att ätstörningar dyker upp i olika delar av världen som är under ekonomisk utveckling, ex Brasilien och Kina (Treasure et al., 2010) och där grupper tillägnat sig västerländska normer, exempelvis Saudi (Al-Subaie, 2000). Det finns också studier som visar att anorexia finns i länder med olika sociokulturella kontext där patienter inte uppger fettfobi och där det inte råder västerländska normer, bland annat i Indien och Kina (Simpson, 2002), i Egypten och Iran (Qadan, 2009) samt i Sudan (Al-Subai, 2000).

Etiologi

Den mest potenta riskfaktorn för att drabbas av en ätstörning är att vara flicka! (Treasure et al., 2010). Många studier har tittat på korrelationer mellan olika faktorer som kan associera till ätstörningar. Få studier har designats för att beskriva åtskillnaden mellan de olika

diagnosernas etiologi men är ändå central i den kliniska forskningen för jämförelse mellan de olika tillstånden och de behandlingseffekter som prövas (Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Argument finns för att ge fokus till olika fenomen som vidmakthåller symtomen och som man behöver ta hänsyn till i behandling snarare än etiologin. (Eisler, 1995)

Det finns två huvudperspektiv

Förklaringar utifrån olika teorier om specifika orsakssamband eller utifrån att det finns en individuell sårbarhet för utvecklingen av problem där olika faktorer kan ha betydelse vid olika tidpunkter och som kan vara predisponerande, utlösande och vidmakthållande för sjukdomen (Clinton & Norring, 2002). Genom att se ett komplext samspel av etiologiska faktorer med hänsyn till sårbarhet och stresspåverkan blir det möjligt att förstå mer kring ätstörningars uppkomst, utveckling och vidmakthållande (Nevonen, 2000). Behandling har utvecklats utifrån att sjukdomen är multidimensionell till sin karaktär (Garfinkel & Garner, 1982) och ett multifaktoriellt synsätt är internationellt etablerat inom ätstörningsbehandling (Striegel-Moore, 2001; Clinton & Norring, 2002; Treasure, 2010). I Sverige finns kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Svenska Psykiatriska föreningen, 2005) och beslut om att patienter ska erbjudas evidensbaserad behandling (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering; SBU, 2011).

Sammanfattningsvis kan man beskriva att huvuddragen i studier och teoretiska förklaringsmodeller föreslår olika riskfaktorer utifrån sociokulturella- och genetiska förhållanden, biologiska faktorer, familje- och grupp faktorer, interpersonella svårigheter med individuell psykologisk och beteendemässig problematik, personlighetsdrag och personlighetsstörningar samt traumatiserande livshändelser. Ätstörningar utvecklas dessutom under tonåren med högst incidens mellan 10–19 år (Treasure, 2005; Treasure, 2010). Känslighet i pubertetsutvecklingen måste ses utifrån att det finns en stor variation för vad som är predicerande eller vad som vidmakthåller sjukdomssymtomen hos olika individer. Den individuella problematiken rymmer naturligtvis mer specifika omständigheter och skillnader finns också utifrån olika ätstörningsdiagnoser.

Sjukdomsbilden vid anorexia nervosa

Sjukdomens allvarlighetsgrad och mortalitet

Fördelningen i gruppen ätstörningar är olika stor varav AN tillhör den minsta, 1-2 % (Hoek, 2006). Samtidigt kräver sjukdomstillståndet mycket vårdresurser på grund av dess

allvarliga karaktär (Hoeck & Hocken, 2003) och är associerad till de mest riskfyllda medicinska följder vid psykisk sjukdom som också försämrar funktionen socialt och för möjligheten att vara delaktig i utbildnings- och yrkesliv (Wade, Treasure & Schmidt, 2011). Uppgifter finns om att mellan 22-51 % återfaller i sjukdom och upp till 40 % läggs in på sjukhus minst en gång (Keitel, Parisi, Whitney & Stack, 2010). Mortaliteten tycks minska (Sullivan, 1995) men AN är den allvarligaste formen av ätstörning med högst mortalitet bland psykiatriska sjukdomar (Jacobi et al., 2004). Tillfriskande från sjukdomen minskar ju längre tid man varit sjuk samt med ökande risk för medicinska följder, psykiatriska svårigheter och dödsfall (Treasure & Szmukler, 1995). Studier mellan 1988–2004 från olika länder visar en sammanlagd mortalitet på ca 5,25 % varav ca 3,07 % kunde relateras till sjukdomen, 1,2 % till suicid och 0,98 % till andra orsaker (Signorini et al., 2007). En uppföljning av anorexipatienter i Frankrike som vårdats i slutenvård har nyligen publicerats. Denna visar att mortaliteten var 10 gånger högre hos 601 patienter med anorexi än i normalpopulationen. Under en tioårig period mellan åren 1988-2008 avled 7,5 % där 40 % kunde relateras direkt till anorexia eller medicinska orsaker på grund av sjukdomens somatiska komplikationer. 17 % hade suiciderat och i resterande grupp var orsaken okänd (Huas et al., 2010). En överblick av flera studier visar att mellan 3–20 % av patienter med anorexia haft suicidala uppsåt (Unikel, Holle, Bulik & Ocampo, 2012).

Symtombilden vid anorexia nervosa

Huvudsymtomet vid anorexia är restriktivt ätande och matvägran som leder till självsvält. Medicinskt leder detta till många kroppsliga symtom där mensbortfall och viktnedgång med 15 % under normalvikt är huvudkriteriet för diagnosen i DSM IV (American Psychiatric Association; DSM IV, 1994). Psykiskt är man ockuperad av fobiska tankar och känslor kring mat och vikt som en följd av låg självkänsla. Värderingen om sig själv är förlagd till den egna kroppskontrollen och leder till att man svälter sig. Personer som drabbas saknar oftast sjukdomsinsikt. Russell (1995) beskriver att anorexia nervosa kan vara ett uttryck för successiva förändringar i den drabbades psykologiska föreställningar och upplevelser. Den centrala psykopatologin är att man har en morbid rädsla för viktuppgång och förvrängd kroppsuppfattning av kroppsstorlek och vikt med starka känslor att vara fet. Detta leder till vägran att upprätthålla en normal vikt i förhållande till ålder och längd och behandling av själva svälten är nödvändigt för att bryta tillståndet (Russell, 1995). Biologiskt och psykologiskt leder svälten och tankar om att kompensera för matintag till fysiskt och psykisk överaktivitet. Olika destruktiva beteenden uppstår kring mat, förvrängda

tankekonstruktioner med fixering kring lågkalori-kost och vägran att äta normala måltider. Det restriktiva ätandet kan också leda till hetsätning när hungern blir för stor och kräkningar för att hantera ångest och kompensera för matintaget. Symtomen förstärks som en direkt följd av svälttillståndet vilket leder till allvarliga fysiologiska förändringar och ibland livsfarliga, medicinska följder (Treasure et al., 2010).

Olika förklaringsmodeller

Det har visat sig att flickor som uppfattar sig överviktiga innan pubertetsutvecklingen riskerar att utveckla ätstörningar (Ackard & Peterson, 2001). Tolkningar har gjorts som menar att det finns en högre risk hos de flickor som visar mest svårigheter att hantera kroppslig förändring och följa de utvecklingsmässiga kraven i samband med pubertetsutvecklingen. Begreppet ”viktfobi”, kom från den engelske psykiatrikern Chrisp i betydelsen att det avspeglar försök att kvarhålla en förpubertal vikt och undvika vuxen sexualitet (Chrisp, 1967; Bruch, 1973 ref. ur Lock & Le Grange, 2001). I ett psykobiologiskt perspektiv kan symtomen ses som ett försök till regression. Man är oförberedd inför vuxenblivande fysiskt och utvecklingspsykologiska aspekter som är knutet till självständighetsutveckling blir för riskfyllt. Den psykodynamiska tolkningen blir då att individen blir översvämmad av otillräcklighet, ensamhet och oförmåga till att hantera tankar, känslor och värderingar i förhållande till sig själv och omvärlden (Crisp, 1997).

Inom den kognitiva och beteendevetenskapliga traditionen och utifrån den mest basala inlärningsteorin, ses anorexia nervosa som en konceptualisering av inlärda beteenden som vidmakthålls genom att positiva belöningssystem utvecklas. Personens strävan mot smalhetsideal uppmärksammas av andra och uppskattningen av omgivningen i den sociala kontexten förstärker beteendet (De Silva, 1995). Behandlingsmodeller har utvecklats som fördjupar den individuella problematiken till vilken funktion sjukdomen har i förhållande till personens upplevelse av självkänsla. Bantningsbeteendet är en inadekvat respons. Sjukdomssymtomen relateras till hur beteende, känslomässiga reaktioner och kognitiva tankekonstruktioner har skapats och vidmakthålls utifrån undvikanden av att man har svårigheter att hantera underliggande problem. Exempelvis kan det handla om undvikande av utvecklingsrelaterade problem i tonåren, familjekonflikter, social rädsla, känsla av misslyckande och förlust av kontroll (De Silva, 1995). Behandlingsmodeller och tekniker har utvecklats (Freeman, 1995; Garner & Garfinkel, 1997; Pike, Walsh, Vitousek, Wilson &

Bauer, 2003; Fairburn & Shafran 2003). Det finns även böcker för självhjälp utifrån den kognitiva beteendeterapin (Ghaderi & Parling, 2007).

Samsjuklighet vid anorexia nervosa

Det finns många studier som visar komorbiditet/samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd och ätstörningar (Jacobi et al., 2004). Samsjuklighet kan försvåra tillfrisknande och behandlingar kan därför behöva anpassas till den specifika sjukdom som uppträder samtidigt. Det finns uppgifter om prevalens för depressioner på mellan 46-74% (Pearlstein, 2002). Depressionssymtomen kan ofta minska i samband med viktuppgång och i flera studier har man inte kunnat påvisa att det haft någon betydelse för behandlingsutfall (Szmukler et al., 1995). Risken för depression är större om det också finns i familjen (Killian., 1994). Det finns en högre representation av tvång (OCD) och ångestproblematik i vid bemärkelse som panikångest, generaliserad ångest och olika fobiska rädslor, framförallt social fobi, än i andra grupper (Jacobi et al., 2004; Pearlstein, 2002). Förekomsten av OCD är mer representerad vid lång sjukdomstid (Milos, Spindler, Ruggiero, Klaghofer & Schnyder, 2002).

Personerna uppvisar ofta tvångsmässiga och perfektionistiska personlighetsdrag (Råstam-Bergström, Gillberg & Gillberg, 1995; Treasure & Holland, 1995). Studier om relationen mellan personlighetsdrag och ätstörningar har dock visat spridda och motstridiga resultat. Hos äldre kvinnor drabbade av AN finns en hög grad av undvikande personlighetsstörningstörning som samvarierar. Personlighetsmässigt visar personer med AN ängslighet, hämningar och med behov av egenkontroll (Treasure & Holland, 1995; Lock et al., 2001). Individer som hetsäter och kräks i sin anorexi tycks dock ha en liknande bild av mer kaotisk personlighetsstruktur och en samsjuklighet som liknar bulimigruppen (Striegel-More & Cachelin, 2001). Anorexipatienter med bulimisk symtombild har likt bulimipatienter en högre grad av psykiatrisk belastning inom familjen och som har betydelse för allvarlighetsgraden av ätstörningssymtom (Santonastaso, Zambenedetti, Favaro, Favaron & Pavan, 1997). I en jämförande studie mellan AN och annan psykiatrisk sjukdom framkom att det finns många samvarierande faktorer mellan grupperna. Endast negativ självvärdering och perfektionism visade sig förekomma i högre grad hos anorexigruppen än i kontrollgruppen med andra psykiska sjukdomar (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999).

Svältens effekter på kognitiva funktioner är väl känt och troligen påverkas neurologiska funktioner negativt under en ungdoms uppväxt som är en känslig period i den neurologiska utvecklingen. Neuropsykiatriska svårigheter uppges finnas hos en femtedel av

patienterna (Treasure et al., 2010) och finns i subgrupper som inte kan relateras till svält (Herpertz-Dahlmann, Seitz & Konrad, 2011). Anorexigruppen är överrepresenterad inom autism-spektrumstörningar i jämförelse med andra ätstörningsdiagnoser (Wentz et al, 2005; Oldershaw, Treasure, Hambrook, Tchanturia & Schmidt, 2011). Den heterogena bilden med olika kognitiva svårigheter, interpersonellt- och socialt fungerande med samtidig anorexia är föremål för forskning. Troligen kommer framtida behandlingsformer påverkas med hänsyn till både biologiska individuella förutsättningar och i samverkan med den sociala kontexten. (Zucker et al., 2007). Behandlingen är således komplex utifrån ett brett spektra av de psykiatriska- medicinska- och biologiska följder och som kräver ett multidisciplinärt omhändertagande inom öppenvård, dagvård och heldygnsvård.

Anorexia nervosa och familjen

Den första kända beskrivningen av tillståndet AN, ”a nervous consumption”, gjordes 1694 av den engelska hovläkaren Richard Morton. Hans rekommendationer kring behandlingen rymde både medicinska- och psykologiska aspekter som i det närmaste också visar ett psykosomatiskt förhållningssätt till sjukdomstillståndet (Vandereycken & Van Deth, 1994). Beskrivningar finns om miljö- och familjepåverkan där han rekommenderar en patient till miljöombyte och att resa från familjen som var konstant kaotiskt på grund av fadern som ständigt dömdes och arresterades för icke-konformistiska religiösa övertygelser (Garner & Garfinkel, 1997).

Familjens roll i behandlingen av AN finns nämnd sedan 1800-talet. Den huvudsakliga inställningen var att separera patienten från familjen (Le Grange, 1999). Även om man inte närmare undersöker familjens betydelse så ger man därigenom indirekta budskap om att någon form av patologi finns i föräldrafunktionen som hade betydelse för ätstörningen (Vandereycken, Kog & Vanderliden, 1989). År 1859 beskrev den amerikanska psykiatrikern, Chipley samt Franske psykiatrikern Marcé tillståndet utifrån en psykopatologisk grund. Marcé kallade tillståndet ”hypokondriskt delirium” och menar att symtomen kan förklaras både utifrån medicinskt- och psykologiskt perspektiv och med påverkan från familjen. Detta ledde till rekommendationer om behandling där familjen skulle hållas från patienten:

This hypochondriacal delirium, then, cannot be advantageously encountered so long as the subjects remain in the midst of their own family and their habitual circle

(Citat från Marcé, (1860), ref. ur Garner & Garfinkel, 1997)

Indispensable to change the habituation and surrounding circumstances, and to entrust the patient to the care of strangers: thus the family is liberated from the patient´s obstinate resistance and incessant lamentation about stomach ache, and the physician is able to act with full liberty and may obtain the necessary moral ascendancy

(Citat från Marcé, (1860), ref. ur Vandereycken, & Van Deth, 1994)

År 1873-74 kom beskrivningar i fallstudier under benämningen ”Anorexie Hystérike” av Laséyue samt AN, Apepsia hysterica, anorexia hysterika, av engelska läkaren Gull (Vandereycken & Van Deth, 1994). AN betyder ”Nervös aptitlöshet”. ”Orexis” kommer från grekiskans ”aptit”, och ”an-” som negativt prefix i betydelsen ”utan aptit” och under denna tid kom det definitiva genombrottet för begreppet (Clinton & Norring, 2002). Dessa betonade fyra kärnsymtom som inte kunde förklaras utifrån fysiologiska orsaker; Utmärgling som en följd av minskat matintag, förstoppning och mensbortfall, rastlöshet och bristande sjukdomsinsikt med motstånd till behandling (Clinton & Norring, 2002). Även Laséyue och Gull hade åsikter om familjens påverkan på patienten:

With hysterical subjects, a first medical fault is never reparable. Ever on the watch for the judgements concerning themselves, especially such as are approved by the family, they never pardon”….”When the patient herself became anxious from the sad appearance from those who surround her…her self-satisfied indifference receives a shock. The moment has now arrived when the physician, if he has been careful managing the case with prevision of the future, resumes his authority

(Citat från Laségue (1873), ref. ur Garner & Garfinkel, 1997)

There is something queer with the family

(Citat från Gull (1873), ref. ur Szmukler et al., 1995)

The patients should be fed at regular intervals and surrounded by persons who would have moral control over them; relations and friends being generally the worst attendants

(Citat från Gull (1874), ref. ur Garner & Garfinkel, 1997)

Under en period fram till 1914 betonades tillståndets psykologiska natur men ett biologiskt synsätt rådde därefter när en publikation av Morris Simmonds fick stor genomslagskraft om hur hyposfär dysfunktion kan leda till viktförlust. Man intresserade sig sedan för det endokrina systemet som orsak till anorexia fram till 1930-talet. Därefter började den psykoanalytiska skolan allt mer prägla synsätt och behandling (Garner & Garfinkel, 1997). Det finns exempel på brytningen från biologiskt till psykologiskt synsätt där Ryle från universitetet i Cambridge publicerade en detaljerad klinisk betraktelse av sjukdomstillståndet

1936. Han varnar för att den biologiska behandlingen och ger rekommendationer för såväl medicinskt omhändertagande som det psykologiska bemötandet och familjen:

If home surroundings or maternal psychology are unsatisfactory of if the programme initiated at home is not proceeding satisfactorily, treatment is better carried out in a nursing-home…

Visitors and particularly near relatives who are likely to cause tears or other emotional reactions should be disallowed or strictly `rationed´ at first.

(Citat från Ryle 1936 ref. ur Garner & Garfinkel, 1997)

Den psykoanalytiska forskningen och påverkan av Freuds teorier präglade behandlingen fram till 1960-talet. Det gavs en ensidig bild av familjedynamiken utifrån analyser om dysfunktionalitet i relationen mellan mor och dotter (Vandereycken, Kog & Vanderliden, 1989). Ett paradigmskifte inom psykologisk- och psykiatrisk behandling sker samtidigt med influenser från sociologin och antropologin under 1950-talet med mer systematiska studier kring familjen som kontext för människans utveckling. Richardson var en läkare från New York och är ett exempel och som också publicerade en bok som hette *”Patiens Have Families”* 1945 (Vandereycken, Kog & Vanderliden, 1989).

Richardson har tidigt närmat sig ett multidisciplinärt- och cybernetiskt-systemiskt synsätt om strävan efter jämvikt i familjen vid psykosomatiska sjukdomar och då särskilt kring AN som han anser mest karaktäriserar den personlighetsstruktur där familjelivets påverkan har stor betydelse. Sambandet finns mellan olika familjemedlemmars uttryck för psykosomatik som ett familjemönster. Utgångspunkten var att se familjens strävan efter jämvikt och organisation och sjukdomens anpassning därefter, vilket säkert inspirerades av den tidens tankegångar om typisk personlighetsstruktur vid olika typer av psykosomatiska tillstånd (Vandereycken, Kog & Vanderliden, 1989).

Olika perspektiv på familjens påverkan på barnet

Från 60-talet- och framför allt 70- talet sker en betydande skiftning kring synsättet om föräldrars betydelse och familjens roll för att drabbas av ätstörningar. Interaktionsmönster som finns inom familjen och vidmakthåller sjukdomssymtom blir allt mer uppmärksammat och studerat. Bruch, psykoanalytiker under 1960-70- talet, menade att AN är en följd av moderns bristande förmåga att känna av och bekräfta barnets behov i samband med dennes självständighetsutveckling och det leder till förvirring för barnets perceptuellt begreppsmässiga uppfattning om sig själv. En störd balans i mor-barnrelationen

konceptualiseras inom barnet och uttrycks i anorexia inom tre arenor: Störd kroppsuppfattning med överdriven känsla av att kroppsstorleken, störd interoceptiv medvetenhet med svårighet att identifiera egna kroppsliga behov samt en genomträngande känsla av otillräcklighet som leder till känslor av bristande kontroll (Garner & Garfinkel, 1997). Bruch (1973) förespråkade en ”fakta-baserad” terapimetod och hon undersöker patientens upplevelser och antaganden utifrån tidigare erfarenheter i utvecklingen och som lett till missledande och felaktiga slutsatser om sig själv. Hennes betoning på att utgå från patientens egen övertygelser och antaganden om sig själv fick också betydelse för utvecklingen av de kognitiva behandlingsmodeller som senare växer fram (Garner & Garfinkel, 1997).

Mara Selvini Parazzoli beskriver också anorexia utifrån ett objektrelationsperspektiv. Tillståndet sågs som ett uttryck för barnets upplevelse av att kroppen är ett modersobjekt och jagets önskningar om separation (Garner & Garfinkel, 1997). Föräldrars högt ställda krav införlivas i barnet till perfektionism samtidigt som det finns en rigiditet i familjeinteraktionerna. Svårigheter i individuation/separationsprocessen uppmärksammades också av Stierling och Weber under 80-talet, där man menade att familjens organisering kring den anorektiska flickan förhindrar att separationen blir möjlig (Eisler, 1995). Utifrån Crisps (1997)) psykobiologiska perspektiv bör barnet närma sig den fobiska rädslan för viktuppgång i en dynamisk process med strategier och bemästrande av livsuppgifter som är autonomt med utvecklingen. Han förespråkar familjens delaktighet med deras unika kunskap om historia och familjemönster för att kunna främja utvecklingen av frigörelse (Crisp, 1997).

Det mest kända familjeperspektivet kring anorexia kommer ur Minuchins med kollegors arbete där den anorektiska familjen beskrivs som ”Den psykosomatiska familjen” (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Utifrån observationer menade Minuchin att det finns vissa underliggande mekanismer i det psykosomatiska familjesystemet. Han betonar hierarkier, delsystem och gränser inom familjen där anorexifamiljen präglas av rigiditet, insnärjdhet, överbeskydd och konfliktundvikande med bristande problemlösningsförmåga. Den anorektiska flickan, som har en egen sårbarhet, får en roll i olösta konflikter mellan föräldrarna och gränser mellan generationerna är otydliga. I denna familjekontext riskerar anorexin att utvecklas och uppgiften blir att förändra familjens sätt att interagera med varandra (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Bilden av att den anorektiska flickan kan ingå i koalition med någon förälder med risk för en generationsöverskridande triangulering i insnärjda familjesystem, beskrevs också av Palazzoli (Killian, 1994).

Man har försökt replikera, men inte fått understöd för någon homogen bild utifrån Minuchins beskrivning av familjesystemet (Kog, & Vandereycken, 1985, 1989; Rojjen, 1992). Förklaringsmodellen om hur interaktionsmönster i familjen påverkar har ändå haft mycket stor betydelse för den fortsatta utvecklingen av familjeterapibehandlingen vid ätstörningar. Behandlingen har därefter utgått från att familjen behöver vara en aktiv part för att förändra de interaktionsmönster som utvecklats när ätstörningen snärjs in i familjens sätt att fungera. Familjeterapi har blivit etablerad och har numera visst empiriskt stöd för dess effekt i behandlingen av unga med AN (Russel, Szmukler, Dare & Eisler 1987; Le Grange, Eisler, Dare & Russel, 1992; Krautter & Lock, 2004; Grange & Eisler, 2008). Även om familjeterapin verkar mest lovande kan man inte hävda att det är en överlägsen behandling i jämförelse med andra interventioner förutom organiseringen kring ätandet och därmed viktuppgång (Lock & Gowers, 2005; Bergh et al., 2006). Kritik har också riktats mot att man baserat resultaten på för lite datamaterial och om det är familjens medverkan eller inslag i själva modellen, t.ex. fokus på ätandet, som har effekt (Fairburn, 2005).

Anorexia nervosa och dagens familjeterapibehandling

Familjeterapibehandlingen för AN är eklektiskt och har utvecklats ur flera familjeterapitraditioner med olika förgrundsgestalter: Den *systemiska* med en av förgrunds-gestalterna Palazzoli, den *strukturella* som framför allt representeras av Minuchin, den *strategiska* inriktningen inspirerat av Haley och det *transgenerationella narrativa* perspektivet genom White (Garner & Garfinkel, 1997; Killian, 1994). Det finns även psykodynamiska inslag i förståelsen kring patientens problematik (Dare & Crowther, 1995). Det finns en manualiserad familjeterapibehandling enligt den så kallade ”Maudsleymodellen” (Lock, Le Grange, Agras, & Dare, 2001) som utvecklades vid Maudsley Hospital i London efter flera studier där familjeterapin jämförts med andra terapier för att specifikt identifiera incitament för familjeterapi (Dare, & Eisler, 1995; Garner, & Garfinkel, 1997).

Eisler vid Maudsley Hospital i London är en av de vägledande förespråkarna för dagens familjeterapiinriktning och påtalar att familjen kring den anorektiska flickan bör ses i sin komplexitet med en varierande interaktionell stil inom olika familjer (Whitney & Eisler, 2005). Ätstörningen blir en del i familjesystemet i ett cirkulärt interaktionsmönster, snarare än att man kan finna ett linjärt samband där man kan särskilja specifika faktorer inom familjen som orsakat sjukdomen. Exempelvis kan flickans upplevelse av kontroll på den egna arenan vara en följd av hennes bristande förmåga att utveckla sin självständighet med

överbeskyddande föräldrar. Samtidigt visas sårbarheten i hennes eget beteende som förstärker föräldrarnas överbeskydd ytterligare. Den individuella utvecklingen förhindras och det cirkulära interaktionsmönstret förstärks ytterligare (Eisler, 1995). Sjukdomstillståndet och symtomen i sig påverkar familjen. Oron kring sjukdomen håller kvar och reorganiserar familjen som lever i nuet, utan perspektiv framåt och med svårigheter att bemöta olika individers behov i livscykeln. Känslor av hjälplöshet drabbar familjens förmåga till krisorganisation liksom förmågan till att mötas i interaktioner där man ser möjlighet i sina styrkor och resurser. Det familjeterapeutiska perspektivet utgår inledningsvis från förståelsen av familjekontexten kring själva ätstörningen och hur man responderar i försök till att var hjälpsam, men som många gånger bidrar till ett mönster som vidmakthåller symtom. Terapeuten har en aktiv roll i arbetet med kommunikationsmönster, samverkan, och organisering kring sjukdomen för att inge hopp om förändring. Familjen får möjlighet till friskare familjerelationer och ungdomens möjlighet till autonomi stärks (Whitney & Eisler, 2005; Treasure et al., 2008).

Studier om familjerelationer vid anorexia nervosa

Studier om AN har dominerat inom ätstörningsforskningen ända sedan 30-talet. Publikationerna om ätstörningar och då fram för allt AN, ökade dramatiskt inom den psykiatriska litteraturen och vetenskapliga sökregistren från 70-talet. Flest publikationer producerades under 80-talet och även om antalet fortfarande är stort, finns en tendens till mindre studier från 90-talet och fram till idag (Clinton, 2010). De familjestudier som gjorts kan omöjligen redovisas i hela sin omfattning annat än att lyfta fram huvuddragen och ge exempel som visar ett komplext samspel mellan ätstörningar och familjefaktorer. I denna sammanfattning görs en allmän beskrivning men också ett försökt till att särskilt betona de studier som anknyter till faktorer som sedan undersöks enligt Familjerelationsskalan (FARS).

Det finns egentligen inga belägg för någon konsistent bild av familjestruktur eller familjemönster (Eisler, 2005). I samhällsbaserade studier där man jämför ätstörningar, psykisk sjukdom och normalgrupper och upplevelse av familjerelationer menar man att det inte finns skillnader mellan gruppen ätstörningar och normalkontroller (Eisler, 1995). Skillnader har dock visats där familjen själv inte skattar någon avvikande bild från normalgrupp medan observatörer menar att det finns problematiska familjerelationer, särskilt i gruppen AN med bulimiska symtom. Frågan är om familjen själv är mindre kritiska vid självskattning än klinikers bedömning? (North, Gowers & Byram, 1995). Familjerelationernas

påverkan som ett resultat av stress har också visat sig jämförbara med många andra psykiatriska tillstånd som kräver vårdinsatser (Friedmann et al., 1997). Anorexigrupper har signifikant flera föräldraproblem i jämförelse med normalkontrollgrupper men erfarenhet av föräldrars separation, hög kritiknivå, höga förväntningar, överinvolvering eller lågt känslomässigt engagemang och kritik om vikt- kroppsform skiljer det inte från annan psykisk sjukdom eller vid bulimi (Le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2010). Det finns inte heller longitudinella studier som kan identifiera någon miljöpåverkan inom familjer som tidig prediktor och som kan kopplas till att man senare i livet utvecklat en ätstörning (Gillet, Harper, Larson, Berrett & Hardman, 2009).

Det är svårt att jämföra olika studier med varandra. Under 1980-talet används formulär som ställer övergripande frågor om familjen och under 90-talet börjar man använda formulär ställda till individer i familjen och deras upplevelse av familjerelationer som kan variera. Familjen beskrivs inte lika mycket som enhetliga i ett slutet system som tidigare. Svaren är ofta motsägelsefulla vid jämförelser mellan olika familjemedlemmars upplevelser och samband finns mellan hur patienten upplever familjerelationerna i förhållande till svält och ätstörningsbeteenden (North, Gowers & Byram, 1997; Wallin, 2004). Patienter som tillfrisknar upplever positivare familjerelationer (Wewetzer et al., 1996). Denna förändring sker under behandlingstidens gång men man vet inte om det är en förutsättning för att patienten ska bli frisk (Wallin, 2004). Utvecklingen av dysfunktionella familjerelationer har visat sig ha samband med graden av ätstörningssymtom (Wiskotsky et al., 2003) men trots framgång i behandling finns också exempel på att patienter inte upplevt förbättrade familjerelationer (Gowers & North, 1999). I senare studier finns dock belägg för att familjens mederkan i behandling med förbättrade familjerelationer och mindre depressivitet kan öka motivationen hos patienten för tillfrisknande (Zaitsoff & Tailor, 2009).

Tre självskattningsinstrument har varit mest använda vid mätning av familjerelationer och ätstörningar; 1) *The Family Environment Scale (FES)* som mäter tre områden kring familjefunktion, *Interpersonella relationer*, *Personlig utveckling* och *Organisering*, 2) *The Family Assesment Device (FAD),* som mäter sex områden kring familjefunktion; *Rollfördelning, känslomässig involvering, känslomässig respondens inom familjen, problemlösningsförmåga, kommunikationsstil* och *familjeregler* och 3) *The Family Cohesion and Adaptability Scale (FACES)* som mäter två dimensioner; *Sammanhang* och *förmåga till anpasslighet.* Idealet är balans mellan de olika dimensionerna. Resultaten kan tolkas både utifrån ett verkligt tillstånd och ett önskat tillstånd och ger ett index om familjemissnöje.

FACES är det mätinstrument som teoretisk bäst relaterar de till centrala aspekter av beskrivningen om den psykosomatiska familjen enligt Minuchins beskrivning (Eisler, 1995). Svenska FARS har utvecklats från ursprungliga FACES men har efter revidering stora olikheter (Höök & Cederblad, 1992).

Rigiditet och insärjdhet

I tidig betraktelse av familjen har man sett oklara roller med insnärjda relationer i familjen och till modern i familjer med anorexi (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Patienter har beskrivit insnärjda relationer i familjen där föräldrar inte gjort samma bedömning vilket också illustrerar olika familjemedlemmars upplevelse av familjedynamiken (Rowa, Kerig & Geller, 2001). Studier utifrån FACES stödjer att den sammanlagda anorexi- bulimi- gruppen upplever högre grad av rigiditet och frånkoppling från familjen än kontrollgruppen (Waller, Slade & Calam, 1989). Man kan dock inte dra slutsatser om att det skulle finnas någon stereotyp familjebild vid jämförelse mellan anorexi- och normalgrupp även om en mindre grupp bekräftade den. Det finns även familjer i kontrollgrupper som uppvisar insnärjdhet, rigiditet och överbeskydd (Råstam, 1990; Råstam & Gillberg, 1991, ref. ur Eisler, 1995).

Patienter i den totala gruppen av ätstörningar kan beskriva en högre grad av rigiditet eller hämmande familjenormer än övriga familjemedlemmar eller syskon. Familjer som är utsatta för stress blir mer styrda av rigida och tvingande underförstådda familjeregler. Den förhöjda stressnivån kan också ha påverkat familjesystemet som egentligen inte säger något om hur det fungerat innan sjukdomen utvecklades (Gillet, Harper, Larson, Berrett & Hardman, 2009). Vid försök att replikera Minuchins teorier om den psykosomatiska familjen, fann man att det fanns för mycket olikheter mellan familjerna. Antagandet om rigiditet bygger på att det skulle finnas en begränsad repertoar och oförmåga till förändring över tid och att familjen begränsas av enbart interna förhållanden och inte påverkas utifrån (Kog, 1985; Vandereycken, 1989). Familjens interaktionsstil vid anorexia kan också variera från en mer balanserad bild till ökande dysfunktionalitet med tre interaktionsstilar. Nära och insnärjda relationer, desorganiserad familjefunktion och välfungerande (Rojjen, 1992). Den mest dysfunktionella familjebilden var ”frikopplad” så familjen inte är central för att tillfredsställa känslomässiga behov.

Konfliktundvikande

Familjer med anorexi har visat en högre grad av undvikande av öppna konflikter än normalgrupper, vilket understödjer Minuchins teori om konfliktundvikande (Kog & Vandereycken, 1989; Stern et al., 1989). Normer i familjen kan underförstått forma interaktionsmönster och beteenden som både främjar eller hindrar kommunikation, förståelse, öppenhet, utveckling och sammanhållning i familjer och svar från patienter kan vara svårtolkat. Frågor kring vad man ”får..- inte kan göra..- tala om.. eller visa upp..”, kan också vara en påverkan från det anorektiska tankesystemet exempelvis; ”inte tala om vad man känner”.. ”visa inte andra”.. som kan kopplas till patientens behov av kontroll. Skamkänslor kan också vara påträngande för patienten själv vid frågor som ” att inte få var sig själv”.., ”inte lita inte på någon, inkluderat familjemedlemmar”... Patienten kan alltså själv vara mer sårbar och därmed mer hämmad än den övriga familjen (Gillet et al., 2009). Författarna påtalar dock behovet av att undersöka familjeförhållanden både utifrån en narrativ ansats och genom interventioner för att öppna upp kommunikationsmönster och ge fokus åt hämmande outtalade familjeregler (Gillet et al., 2009).

Det är begripligt att konfliktundvikande och barnets lojalitet till föräldrar kan ha en negativ påverkan på den psykologiska utvecklingen som också vidmakthåller sjukdomen men inte som en tydlig en orsak till dess uppkomst (Eisler, 2005). Patienter kan beskriva mindre sammanhållning och svårigheter att öppet uttrycka känslor och högre konfliktnivå inom familjen. Föräldrar tenderar däremot till att berätta mer positivt om familjerelationerna (Stern, 1989; Gowers & North, 1999). Patientens upplevelse av familjefunktion har dock föreslagits som prediktor för ätstörning då dennes uppfattning om interaktionerna inom familjen verkade mer realistisk (Waller & Slade, 1989). En alternativ förklaring till konfliktundvikande skulle kunna vara att familjer som lever under stress och en livshotande sjukdomstillstånd har fokus på sjukdomen så andra konflikter undanskyms. Svält innebär ofta att man får depressiva symtom och därmed mindre förmåga att ta sig an olika livsuppgifter (Eisler, 2005). Konfliktundvikande beteende har visat sig vara beroende av patientens förmåga till att hantera konflikter och vid uppföljning efter behandling har föräldrarelationerna visat sig förändrats med en tydligare hierarki och bättre problemlösningsförmåga. Mönster av insnärjdhet hade närmat sig normalisering och helt normaliserats i den gruppen där patienten var helt frisk (Wallin & Kronvall, 2002). Äldre patienter kan berätta om svårigheter i kommunikationsstil och problemlösning inom familjen (Friedmann et al., 1997; Emanuelli et al., 2004). Familjerelationer med känslomässig överinvolvering, svårigheter till problemlösning och

kontrollbeteenden stödjer att familjeorienterad terapi kan ha betydelse för att identifiera och arbeta med kommunikationssvårigheter (Emanuelli et al., 2004).

Sammanhållning och anpasslighet

Man har sett lägre grad av sammanhållning och anpasslighet med bristande förmåga att hantera stressfulla situationer i anorexigruppen (Cunha et al., 2009). Variationen mellan dimensionerna sammanhang och anpasslighet har dock visat sig spridd i en annan mätning där de i flesta föll ut inom en balanserad sektor vid mätning a familjers rigiditet eller insnärjdhet. (Le Grange, 1989; Dare, 1994). Patienter anger i högre grad än föräldrar att de upplever familjen mindre sammanhållen men mer strukturerad. Både barn och föräldrar kan värdera att få en bättre sammanhållning och flexibilitet samtidigt som man upplever sig för isolerad från varandra. Det ger en alternativ bild till Minuchins observationer om att man värderar sammanhållning i familjen högt (Eisler, 1995). Värderingen om att vara en sammanhållen familj kanske leder till en interaktionsstil som andra kan uppfatta som nära men själva känner inte familjemedlemmarna att de uppnår den sammanhållning man önskar. Resultat visar också att man känner sig begränsad av familjenormer men forskare vill ändå inte dra några slutsatser. Det har visat sig vara för ”snävt” att mäta ur forskningssynpunkt i jämförelse med klinikers bedömning av rigida familjeinteraktioner och också huruvida de visar förmåga till att ta emot extern hjälp (Eisler, 1995).

Konflikter och kritik

Anorexigruppen med bulimiska symtom har visat högre grad av påfrestning i familjerelationerna med negativa affekter och olösta konflikter i jämförelse med normalgrupp och restriktiv anorexi, som är mer konflikt-undvikande (Casper & Troiani, 2001). Man har också funnit samband mellan familjehistoria med psykiatriska problem och graden av ätstörningssymtom där grupper med bulimiska symtom oftare har familjemedlemmar med psykiska svårigheter (Crisp, Harding & McGuiness, 1974; Santonastaso, Zambenidetti, Favaro, Favaron & Pavan, 1997). I flera studier har man undersökt kritiknivån, Expressed Emotion (EE). Familjemönster vid AN har visat sig vara kontrollerat och organiserat, medan de som drabbas av bulimi är mer kaotiska, konfliktfyllda samt uppvisar högre nivå av kritik i kommunikationen (Lock & Le Grange, 2001; McDermott, Batik, Roberts & Gibbon, 2002). Man har funnit att nivån på EE är relativt låg vid AN men samtidigt finns också en låg skattning av värme och positivt familjeklimat vilket möjligen skulle kunna tolkas utifrån att det finns en konfliktundvikande atmosfär. Studier talar för att det finns mönster som skiljer ut

olika subgrupper som har betydelse för sjukdomsförloppet och där högt EE är en negativ prognostisk faktor (Wallin, 2004) som också kan påverka behandlingsutfall negativt (Eisler et al., 2000; Eisler et al., 2007; Shugar & Krueger, 1995). Argument finns för att det också kan vara en effekt av oro för ett livshotande tillstånd (Eisler, 2005). Högt EE har visat sig vara relaterat till sjukdomens durationstid (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008) och förutom bulimi, också associerad till kronisk anorexi (Eisler, 1995).

Störningar i familjen och interaktionella svårigheter, en familjehistoria med negativa attityder till ätande, depressioner, alkoholism, emotionella störningar, och social isolation kan också vara en möjlig indikator på sämre prognos (North, Gowers & Byram, 1997; Killian, 1994; Wewetzer, Deimel, Herpertz-Dahlman, Mattejat & Remchsmidt, 1996). Den centrala principen är att familjemönster utvecklas med brutna rutiner, där man lever dag för dag med oro över hur situationen påverkas av tillståndet (Le Grange & Eisler, 2008) och som har många likheter med familjer drabbade av alkoholism eller kronisk sjukdom (Eisler, 2005). Kunskap kring olika familjers förmåga till organisering i nuet och familjens emotionella reaktioner, exempelvis kritik, fientlighet, överbeskydd, skuld och skam är då av större vikt för behandling än att finna orsak till uppkomsten av sjukdomen. (Eisler, 2005; Treasure et al., 2008). Anhörigas upplevelse av påfrestning och familjens stigma med förhöjd konfliktnivå, reaktioner från familjemedlemmar riktat mot anorexipatienten samt möjlighet till socialt stöd har visat sig vara predicerande för bedömning av hur familjerelationerna påverkats av stress (Dimitropoulos, Carter, Schachter & Woodside, 2008).

Föräldraomsorg och anknytning

Det finns en variation kring hur man uppfattar föräldraomsorg. Sammanfattningsvis rapporterar patienter i olika studier med restriktiv AN närmare relationer med föräldrar medan AN med hetsätning och kräkningar skattar likt bulimipatienter, en lägre grad av föräldraomsorg (Swanson et al., 2010). Kroniskt sjuka patienter kan beskriva mindre föräldraomsorg från båda föräldrar och samtidigt egna svårigheter med en fientligt avvisande personlighet. Det är svårtolkat huruvida föräldraomsorgen brister, hur sjukdomen manifesterats och tröttat ut familjesystemet och hur den sjuka varseblir relationerna med upplevelse av att vara utan egen kontroll (Bulik, Sullivan, Fear & Pickering, 2000). De som tillfrisknar upplever närmare relationer och mindre föräldraomsorg riskerar troligen att vidmakthålla ätstörningssymtomen (Swanson et al., 2010). Det är oklart i jämförelser med normalgrupper huruvida föräldrars överbeskydd och kontroll kan tillskrivas en högre risk för

att det upprätthåller ätstörningsbeteenden (Swanson et al., 2010) även om det visat sig att överbeskydd och ängsligt/ kontrollerande föräldraskap i anorexigruppen är överrepresenterat (Shoebridge & Gowers ref. ur Le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2010).

Anorexipatienter kan beskriva mindre föräldraomsorg och sämre problemlösnings-förmåga med negativt, undvikande copingstrategier i jämförelse med normalgrupper. Särskilt mödrars anknytningsstil med undvikanden och kontrollbeteenden korrelerar med graden av patologi (Swanson et al., 2010). Exempel finns också på att patienter som uppger mindre sammanhållning i familjen, mindre anknytning till mödrar och känsla av alienation gentemot kamrater samtidigt uppvisar egna interpersonella svårigheter. Detta var samtidigt knutet till familjenormer om egenansvar och självklander och man var benägen att söka hjälp i vården snarare än att visa tillit till familjens egen förmåga (Cunha, Relvas & Soares, 2009).

I en jämförelse med diabetes, som är en kronisk sjukdom, och normalgrupper, visade mödrar större känslomässig påverkan med depression, svårigheter i allians med sin sjuka dotter och partner, som en följd av stress och oro vid livshotande sjukdom (Leslie, 2009). I mätningar av mor-dotter relationen under slutet av 80-talet och början på 90-talet visade anorexigruppen familjemönster med en högre grad av kontroll och samtidigt en större tendens till ignorering av dotterns behov av autonom självständighetsutveckling i jämförelse med normalgruppen. Resultaten behöver då också sättas i relation till att det samtidigt finns ett mycket starkare band mellan mor-dotter utifrån i beteendet hos flickan (Eisler, 1995).

I en svensk studie såg man oftare en otrygg anknytning med interpersonella problem hos patienter med ätstörningar och menar att det föregår eller bidrar till utvecklingen av ätstörningar (Broberg, Hjalmers & Nevonen, 2001). Ambivalent- kontrollerande anknytningsmönster i flera generationer kan möjligen påverka utvecklingen av ätstörningar (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer & Bachar, 2009). Konfliktundvikande och svårigheter att tala om känslomässiga aspekter i familjen har också visat sig inom familjer med erfarenheter av ett otryggt anknytningsmönster i ett flergenerationsperspektiv (Dallos, 2001). Kvalitén i parrelationen har samband med kvalitén i föräldra- barnrelationen och graden av ätstörningssymtom (Latzer, Lavee & Gal, 2012) och otrygg anknytning har beskrivits som en följd av svårigheter i föräldrasystemet och särskilt mödrars svårigheter att hantera trauma, förluster eller om det finns outtalade konflikter mellan föräldrarna som påverkar dottern och känslomässigt binder barnet till föräldrasystemet, s.k. triangulering (Ringer & Crittden, 2007).

I studier om fäders påverkan i relation till döttrar med anorexia finns stöd för att fadern kan vara mer överbeskyddande (Killian, 1994) och kontrollerande (Chanetti et al., 2008) än i normalgrupper. Fäder har också till skillnad från mödrar uppgivit upplevelse av oklar föräldrahierarki i familjen som möjligen också visar en bild av att vara exkluderad i familjesystemet. Unga patienter beskrev samtidigt en bristande föräldrahierarki i jämförelse normalgrupper med mindre idealisering av föräldraskapet än andra psykiatriska grupper, som möjligen visar deras insikt om att familjestrukturen och relationerna är problematiska (Szabo, Goldin & le Grange, 1999). En fransk studie rapporterar att fäder uppgivit mindre missnöje och högre grad av anpasslighet i familjerelationerna än mödrar och syskon. Patienters uppfattning om att man hade mindre sammanhållning var samstämmiga med syskon (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005).

Socio-kulturell påverkan

Haworth-Hoeppner (2000) menar att familjekontexten inte kan ses som en fristående faktor enbart utifrån familjens interaktioner. Värdesystem som dominerar i familjen påverkas också av den sociala miljö man befinner sig i. Om samhällets värderingar om kroppsideal implementerats i familjen, samtidigt med den ungas identitetsutveckling och andra familjefaktorer, bör det ses som en påverkansfaktor. Hon ger exempel på scenarier där kritiskt familjeklimat med sträng uppfostran och kommentarer om kroppsutseende eller föräldrars egen upptagenhet av bantning o liknande, förstärker risken för ungdomen att appellera till uttryck kring just detta värdesystem vid psykisk ohälsa. Barn till mödrar med egna ätstörningsproblem riskerar låg vikt och minskad tillväxt på grund av moderns svårighet att rimligt bedöma barnets behov av föda samt stor risk för att utveckla andra psykiatriska svårigheter bland annat beroende av moderns egna relationssvårigheter och kommunikationsstil (Hodes, Timini & Robinson, 1997). Perfektionistiska krav hos mödrar ihop med värderingar kring vikt har också setts i anorexifamiljer (Woodside et al., 2002). Vid undersökning om sambandet mellan mödrars oro för viktuppgång och flickors kroppsmissnöje kan man dock inte dra några enkla slutsatser. Det tycks snarare finnas ett samband mellan moderns egen upplevelse av autonomi och att det finns en projicerande kommunikationsstil i relation till dottern, som kan relateras till ätstörningssymtom (Ogden & Stewart, 2000).

Sammanfattningsvis visar de flesta studier från självskattningsinstrument en lägre grad av sammanhållning eller lägre än vad man själv önskar (Eisler, 1995). Kommunikation och möjlighet att uttrycka känslomässiga behov är ofta begränsad. Vissa studier visar

skillnader mellan grupperna anorexi och bulimi där konfliktnivån är högre i bulimigruppen, medan andra inte gör det (Killian, 1994; Eisler, 1995). I studier som jämför olika familjemedlemmar föreslår vissa att föräldrar uppfattar familjen mer välfungerande än barnen. Det är svårt att dra några slutsatser om att det innebär bristande förmåga i interaktioner i jämförelse med normalgrupper och belyser snarare självsvarsformulärens begränsningar (Eisler, 1995).

Tidigare studier med FARS vid mätning av familjerelationer i familjer med anorexia nervosa

FARS- självsvarsformulär har använts vid mätning av familjerelationer i familjer med AN (Wallin & Hansson, 1999; Wallin, Rojjen & Hansson, 1996; Wallin & Kronvall, 2002). Man har samtidigt använt Beavers modell som är två-dimensionell och beskriver familjen utifrån kompetens respektive familjestil. Kompetens betecknas utifrån en generell dimension om hälsa/kompetens. Familjestilen beskrivs som ”Centripetal”- där familjen tenderar att uppleva omvärlden hotfull och familjen är enda platsen för känslomässiga behov samt ”Centrifugal” där familjen är orienterad utåt och är inte central för att få känslomässiga behov tillfredsställda (Wallin, Rojjen, & Hansson, 1996).

I studien av Wallin, Rojjen & Hansson från 1996 där FARS fanns med, utgick man från dimensionen familjestil. Man ville se om familjer skiljer sig utifrån olika psykopatologi, olikheter hur man uppfattar familjerelationer och graden av ätstörningssymtom hos patienten. Genom att beskriva familjerelationerna hoppades man kunna se om det var möjligt att differentiera ut olika familjestilar som hjälp till familjediagnostik och om det fanns någon signifikans för graden av ätstörning i förhållande till den psykiska hälsan inom familjen. Förutom FARS-formuläret användes flera metoder; Intervju, lösa praktisk uppgift, spel samt diskussion om konfliktfyllt ämne. Man använde även mätinstrumentet Familjeklimat (Hansson, 1989) samt observationsstudier för att värdera familjestil och kompetens.

Det var stor spridning mellan dimensionerna centripetal, balanserad och centrifugal. Föräldrar i den centrifugala gruppen visade högre grad av psykiatriska symtom där mödrar var mer representerade än fäder. I FARS-skalan skattar både föräldrar och patienter i den centrifugala gruppen högre i samtliga delskalor vilket indikerar att man upplever mer påfrestande familjerelationer. I FARS-skalan var *insnärjdhet* mest avvikande jämförelse med övriga grupper. Vid mätning med familjeklimat framkom att mödrar och patienter ur samma

grupp uppfattar relationerna mer distanserade och mer kaotiska än i andra grupper där mödrar med psykiska svårigheter utmärkte sig i högre grad. Fäder skattar också högre grad av *kaos*. Det var svårt att göra någon åtskillnad mellan den balanserade- och centripetala gruppen vilket man hänvisar till att Beavers mätinstrument är utformat i USA där man värderar sammanhållning högt medan man i Sverige kanske har högre acceptans för mer frikopplade familjerelationer. Ur denna studie drar man slutsatsen att relationsskalor möjligen kan vara till hjälp inför det terapeutiska arbetet med fokus på den centrifugala gruppen som visar sig vara mest belastad av ansträngda familjerelationer.

I en uppföljande studie av Wallin och Hansson från 1999 med liknande metoder användes endast subskalorna kaos och insnärjdhet i FARS självskattning. Syftet med studien var att undersöka dimensionerna sammanhang, rigiditet vid mätning av dysfunktionalitet inom familjen. Man ville pröva Minuchins observationer om hög grad av sammanhållning, rigiditet, överbeskydd och konfliktundvikande. *Föräldrar* skattade högre i subskalan *insnärjdhet* men lägre i subskalan *kaos* i anorexigruppen jämfört med normalgruppen. *Patienter* visade ingen skillnad gällande *insnärjdhet* men lägre skattning för *kaos* än den icke kliniska gruppen. Svaren är motsägelsefulla mot mätningen i familjeklimat där fäder inte visar någon skillnad mot kontorollgrupp men mödrar och döttrar skattar högre kaos. Observationsstudierna visade en varierad bild och man bedömde att en del av familjerna visade högre grad av sammanhållning och en hierarkisk organisering. Många familjer uppvisade *överinvolvering och rigiditet* men det fanns även *kaotiska och frånkopplade* familjer. De flesta familjer skattades till *centripetal familjestil* vilket kan hänföras till insnärjdhet.

Resultaten är motsägelsefulla. Skattning från observatörer var mer likt Minuchins beskrivning av insnärjdhet och dysfunktionell hierarkisk familjestil med koalitioner och otydliga gränser mellan generationerna. Mödrars och patienters skattning av kaos kontrasterar med observatörers uppfattning om rigiditet. Familjens uppfattning kanske grundar sig på en skillnad mot tiden innan sjukdom om det funnits en än mer rigid familjestil. Motsägelsefullheten i skattningen i FARS respektive Familjeklimat visar också svårigheten med självsvarformulär. Författarna spekulerar kring om FARS utformning, med frågor om beteende kanske också uppmuntrar till svar utifrån en social önskvärd kontext och presenterar en mer välfungerade familj. Familjeklimat riktar sig mer till känslomässiga aspekter där utformningen försvårar att förutse vad svaren innebär. FARS tycktes dock vara i mer överensstämmelse med observatörers bedömning. Patienter som inte alltid har den sjukdomsinsikt att familjelivet blir kaotiskt på grund av sjukdomen beskriver möjligen

familjen utifrån relationella svårigheter snarare än utifrån sitt eget tillstånd. Slutsatsen i denna studie är att man inte kan ge någon enhetlig blid av familjer med anorexia och att terapeuten kan vara mer benägen att uppfatta svårigheter i familjerelationerna än familjer själva gör. Eftersom gruppen som undersöktes var liten är det önskvärt med större studier som också kan se till olika variabler och subgrupper.

En tredje studie med medverkan av FARS av Wallin och Kronvall från 2002, syftade till att utvärdera behandlingsutfall avseende hur familjerelationer förändrats vid familjebehandling. Man ville också identifiera om man kan finna prognostiska familjefaktorer som påverkar behandlingsutfallet. Mätinstrumenten FARS används tillsammans med Familjeklimat, observationsstudie samt klinikers bedömning via CRS-TURBO som mäter sammanhållning, anpasslighet och hierarkisk organisation och som ursprungligen utvecklats ur Beavers cirkumplexa modell och reviderats till svensk version. Man använde skattning av familjekompetens och familjestil samt uppgifter för familjen att lösa tillsammans som i tidigare studier. Familjebehandlingsmodellen var baserad på den strukturella modellen enligt Minuchin ex kring familjeorganisation, rollkonflikter och auktoritet respektive överinvolvering samt Maudsleymodellen med viktreduktion och föräldrars övertagande av ansvar för viktuppgång och stöd för utveckling av autonomi med successivt egenansvar till ungdomen.

Behandlingsresultaten var goda i sin helhet där samtliga observationsstudier visade en förbättring med mindre insnärjda och rigida relationer samt tydligare rollfördelning i familjen. Familjestil mätte mer balans, med en förskjutning från centripetal till centrifugal som också indikerar på mindre insnärjdhet och man uppvisade också en högre kompetens. Kliniker observerade också en mindre insnärjd familjebild vilket tyder på att det terapeutiska arbetet inriktat på insnärjdhet, där det finns, kan ha haft effekt hos de som tillfrisknar. Oavsett om det är en effekt av behandlingen el det faktum att patienten blir bättre som påverkar familjerelationerna bör man i behandling fokusera kring insnärjda relationer och arbeta för normalisering eftersom det har visat sig ha effekt (Wallin, 2000). Liksom i tidigare studier tenderar familjemedlemmar att skatta sina egna relationer som mer välfungerande och utifrån en normalbild som inte alltid korresponderar med observatörer. Självskattningsformulären visar framför allt en förändring i Familjeklimatskalan på dimensionen för förbättrad förmåga att uttrycka känslomässiga aspekter inom familjen. Olika variabler i såväl FARS som Familjeklimat kan däremot inte predicera för någon förändring i behandlingsutfall. Författarna menar därför att man kan behöva andra bedömningsmetoder. Om självskattning ger en mer

normaliserad bild skulle de kunna påverka motivationen negativt för att delta i familjebehandling.

Utifrån de ovanstående studierna kan man sammanfatta att familjebilden vid AN är mycket varierad. Centrifugala familjer visar sämre familjerelationer och mer av psykiatrisk samsjuklighet bland familjemedlemmar som behöver behandling. Det finns en tydlig tendens till problematik kring insnärjdhet och rigiditet hos familjer med AN men som förändras mot normalisering hos de som tillfrisknar. Detta talar för att terapeutens bedömning inför familjebehandling behöver inriktas mot insnärjda relationer, i de familjer som uppvisar den problematiken (Wallin, 2000).

Undersökning av relationer i familjer med en anorektisk medlem

Introduktion till studien

Sammanställningen av familjestudier som presenterats ovan visar att det är svårt att dra några tydliga slutsatser om hur man upplever familjerelationer och vilka familjefaktorer som är predicerande eller vidmakthållande av ätstörningssymtom. Det är intressant att undersöka olika familjemedlemmars upplevelser om relationerna för att få ökad förståelse om familjedynamiken (Eisler, 2005). Viss evidens finns för familjeterapi när det gäller yngre patienter (Russel, Szmuckler, Dare & Eisler, 1987; Le Grange et al., 1992; Krautter & Lock, 2004; Grange, & Eisler, 2008). En mångfald av formulär och undersökningsmetoder i anorexistudier försvårar dock jämförelser mellan olika resultat. I behandlingsstudier har det varit en stor variation av interventioner som prövats och grupperna som varit föremål för forskning har också ofta varit för små för att finna signifikanta resultat som kan generaliseras till den större populationsgruppen (Fairburn, 2005).

Familjemedlemmar har olika upplevelser av familjerelationer och om det skiljer sig före- och efter behandling behöver alltså fortsätta belysas. Mätinstrument som ökar kunskapen om upplevelsen av familjerelationer hos såväl yngre patienter som hos unga vuxna kan ha betydelse i det kliniska arbetet och eftersom familjerelationer är svårfångat behövs instrument som visar reliabilitet och validitet.

FARS är ett självskattningsformulär som ger en subjektiv beskrivning om individens upplevelse av sina familjerelationer. De olika faktorerna i FARS knyter an till flera av de studier om familjerelationer som beskrivits ovan. Även om instrumentet också prövades för

ungdomar i åldern 18-21 år ihop med SCL-90 där poängen i FARS korrelerade med graden av psykisk störning, efterfrågas ytterligare utprövning i ungdomsgrupper (Höök & Cederblad, 1992). Wallin, Hansson & Kronvall har använt formuläret i studier om familjerelationer vid AN. De tar också upp om FARS utformning bestående av frågor om beteenden kan riskera att ge uppgifter utifrån en socialt önskvärd kontext? Detta skulle kunna påverka tillförlitligheten i uppgifterna om hur familjen faktiskt fungerar. Samtidigt påtalas att FARS var samstämmigt med observatörers uppfattning om familjerelationerna i de grupper som undersöktes (Wallin & Hansson, 1999). Åldern hos undersökningsgruppen i dessa studier var yngre men det framgår inte att man reliabilitetstestat FARS inför analysen. I samband med en pågående randomiserad anorexi-studie vid Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus i Göteborg, finns nu möjlighet att reliabilitetstesta instrumentet samt undersöka utfallet av upplevelsen av familjerelationer enligt FARS i en större grupp unga vuxna med anorexia nervosa samt deras föräldrar.

Den individuella behandlingen har varit mer etablerad för äldre patienter. Studier om vuxna har oftast avsett kroniskt sjuka och då har behandlingsresultaten inte varit så framgångsrika (Eisler, 2005). Vuxna har rapporterat om ohälsosamma familjerelationer vid jämförelse med kontrollgrupp (Mc Dermott et al., 2002) men behandlingsmodeller med empiriskt stöd för vuxna saknas och de behandlingar som erbjuds varierar. Studierna har låg power så mer systematiska studier för både ungdomar och vuxna behövs (Le Grange & Lock, 2005). Både klinisk farenhet och studier visar att det är svårt att skilja ut vad som är effekten vid olika psykoterapeutiska behandlingar bland äldre, som varit sjuka längre tid. Ofta misslyckas man med både motivation och återfallsprevention (Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001; Kaplan, 2002; Stroeber, 2005). Många avslutar behandlingen i förtid, s.k. drop-outs, och psykoterapeutisk behandling i öppenvård har inte heller visat sig ge särskilt goda resultat vad gäller viktuppgång samt att de ofta återfaller till sjukdomen (Wade, Treasure & Schmidt, 2011). Den kliniska erfarenheten är dock att unga vuxna i hög grad är involverad med sin ursprungsfamilj på grund av sjukdomsbilden som förstärker beroendet av föräldrastöd. Uppgifter finns exempelvis om att nära två tredjedelar av unga vuxna i tjugoårsåldern får ekonomiskt stöd av föräldrar och egentligen är det förvånande att familjebaserad behandling för unga vuxna inte prövats mer systematiskt (Chen et.al, 2010). Hänsynstagande till intigritet och egensansvar i förhållande till föräldrar är viktigt att beakta vid behandling av äldre patienter och som ligger i ålderns natur. För att uppnå en förändring mot ökad självständighet och ett tillfrisknande med viktuppgång, är en kritisk faktor att det

ofta behövs stöd i omgivningen. För de som bor utanför familjen kan det stödjande systemet kring patienter som är äldre finnas i omgivande miljö (Lock & Fitzpatrick, 2007). Den sociala och emotionella utvecklingen varierar dock med hur involverad eller beroende man är av ursprungsfamiljen. Ofta är man trots allt kvar i en osjälvständighet eller beroendeförhållande som en tonåring om sjukdomen varat länge och som inte alltid kan jämföras med andra jämnåriga. Många bor fortfarande hemma eller i behov av stort stöd i vardagslivet av familjen (Treasure, Whitaker, Whitney & Schmidt, 2005).

Även om man inte kunnat definiera predicerande familjefaktorer finns argument för att familjeterapi har en roll att spela även hos de som är äldre. Familjeterapi för unga vuxna har prövats och visat framgång i flera studier (Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001; Chen et al, 2010; Wade, Treasure & Schmidt, 2011). En pilotstudie med behandling enligt Maudsleymodellen i öppenvård, hade bättre resultat i jämförelse med andra behandlingar. Det var färre drop-outs och en betydande viktökning med mindre ätstörningssymtom. Patienterna visade en förbättrad självkänsla samt ökad förmåga till förändringsbenägenhet och upprätthållande av förbättringen vid uppföljning. Den grupp som visade sämre resultat var anorexipatienter med bulimiska symtom, vilket bekräftar tidigare erfarenheter. Resultaten visar att det finns anledning att fortsätta forskningen om effekten vid familjeterapi för unga vuxna i större randomiserade studier (Wade, Treasure & Schmidt, 2011). Denna undersökning skulle möjligen kunna vara en ansats som kan bidra med ökad kunskap om äldre ungdomars upplevelser i förhållande till familjen.

Familjerelationerna kan också förklaras som uttryck för patientens egen sårbarhet eller ätstörningens påverkan som medför att familjefunktionen blir sämre. Patienter upplever bättre familjerelationer ju mindre ätstörningssymtom de uppvisar (Wallin, 2004). Viktutvecklingen har därför betydelse för analysen av hur man svarar kring frågor om familjerelationer. Svälten påverkar biologiskt och hjärnfunktioner med symtom visar sig i beteende och psykosociala funktioner exempelvis gällande ökad rigiditet, svårigheter med känslomässig reglering och sociala svårigheter vilket repareras vid viktuppgång (Treasure, Claudinio & Zucker, 2010). Det är därför begripligt att svältens effekter har betydelse för hur anorexipatienten uppfattar sin situation och att det påverkar relationer både i familj och i den övriga omgivningen. Belastningsfaktorer hos övriga familjemedlemmar är också intressant att belysa som bakgrund till svar om hur man upplever familjerelationer.

Det finns samband mellan negativa familjerelationer och rädsla för vuxenlivet (Ciccolo, 2008). Samband mellan ätstörningssymtom, interpersonella svårigheter och anknytningsmönster har betonats av Broberg, Hjalmers & Nevonen (2001). Uppgifter om patienters interpersonella problem och hur det påverkar upplevelser av olika familjefaktorer kan ha ett värde för ökad förståelse utifrån ett cirkulärt tänkande om en ömsesidig påverkan inom familjen.

En jämförelse mellan olika behandlingsformer kan ge information om det medför skillnader i patienternas upplevelse av familjerelationer. Detta skulle kunna användas som underlag för fortsatt fördjupning kring frågeställningen om det haft betydelse för tillfrisknande eller om skillnader finns mellan hur olika familjefaktorer påverkats beroende av den behandling som erbjudits. Undersökning om föräldrars upplevelser före- och efter behandling undersöks i förhållande till patienters svar för att få en bredare bild av familjedynamiken. Det kan också vara vägledande inför framtida frågeställningar kring behovet av föräldrastöd.

Familjerelationsskalan - FARS

Utvecklingen av mätinstrumentet FARS för mätning av familjerelationer

FARS har utprövat främst mot förekomst av beteendestörningar och erfarenheter från tidigare instrument FACES-III och FACES-60 som var två versioner av självsvarsinstrument för mätning av familjefunktion. Dessa instrument översattes till svenska utifrån Olssons ursprungsinstrument FACES, ”Family Ability and Cohesion Evaluation Scale”. FACES konstruerades utifrån hans ”circumplexa modell” som utgår från tre dimensioner av föräldra- och familjefunktion; ”Sammanhang”, ”flexibilitet/anpassning” och ”kommunikation” (Olson, 2000). De huvudsakliga dimensionerna i FACES III och FACES-60 utgick från ”Sammanhang” och ”anpassbarhet” (Höök & Cederblad, 1992). FACES-III och FACES-60 visade sig vara bristfälligt och det var svårt att relatera förväntade svar om bristande familjefunktion i förhållande till barnens beteendestörningar. Under tiden för utprövningen av att finna ett instrument som mäter familjefunktion bättre utformades flera versioner av instrumentet; FNYS-1, FNYS-2, som sammansmältes till ett instrument FANS (”FACES Nya Serien”). Man gjorde en empirisk prövning av svarsalternativen. De Item som fungerade samt poängen, fördes slutligen samman till det nuvarande mätinstrumentet FARS som skiljer sig mycket från ursprungsinstrumentet FACES (Höök & Cederblad, 1992).

Vid utformningen av FARS jämförde man normalgrupp med olika mindre kliniska grupper på sammanlagt 70 familjer. En av grupperna bestod av 23 familjer med diagnosen AN. Enligt Höök & Cederblad (1992) har prövningar av instrumentet framför allt skett utifrån utagerande beteendeproblem vilket riskerar att aspekter av familjefunktion som kan relateras till psykosomatiska och neurotiska symtom kan vara underrepresenterade. Hänsyn togs dock till denna grupp vid konstruktionen av mätinstrumentet då man jämförde svarsfördelningen i normalmaterialet och motsvarande resultat i tidigare studier av barn med svårinställd astma och diabetes. FANS (och FARS) visade att man via formuläret kan särskilja familjer med psykosomatiska besvär hos barnen (Höök & Cederblad, 1992). Ungdomar i åldern 18-21 år fick fylla i FANS-formuläret samt SCL-90 där man såg samband mellan ungdomars poäng i FARS och graden av psykisk störning. Författarna menar dock att ytterligare utvärderingar behöver göras för att kunna avgöra om FARS också är lämpligt att använda på ungdomar. Enligt författarna bör man även pröva validiteten separat för ungdomar som bor hemma respektive flyttat hemifrån (Höök & Cederblad, 1992).

Undersökningens syfte

Syftet med undersökningen är att beskriva familjerelationerna via frågeformuläret FARS i familjer med unga vuxna som diagnostiserats med anorexia nervosa. Efter reliabilitetstestning av formuläret görs jämförelser specifikt mellan familjemedlemmarna, patient, mor och far, före- och efter behandling samt mellan patientgrupper som genomgått individuell KBT-behandling respektive familjeterapi.

Frågeställningar

- Hur ser reliabiliteten ut i FARS och hur ser sambandet ut med ett annat självsvarsinstrument som också mäter relationer?
- Skiljer sig upplevelse av familjerelationerna mellan AN patienter, mödrar och fäder före och efter behandling?
- Föreligger det skillnader i familjerelationerna efter behandling om man gått i individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) respektive familjeterapi?

Metod

Tillvägagångssätt

Materialet som undersöks i denna studie är en del i en pågående randomiserad studie som undersöker effekten av familjeterapibehandling respektive individuell KBT vid Anorexi- och Bulimimottagningen, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus i Göteborg. Deltagare är patienter och föräldrar som remitterats eller själva sökt behandling vid Anorexi- och Bulimimottagningen som är en specialistmottagning för ätstörningar. Efter läkarbedömning inväntar patienter att påbörja behandling. Familjen kontaktas via brev och telefon, informeras om studien samt tillfrågas om de vill delta. Om familjen tackar ja har de fått mer ingående information samt premätning hos forskningsansvarig som inte själv deltar i det kliniska arbetet. Patienterna randomiseras till manualbaserad familjeterapibehandling respektive individuell KBT-behandling. Förutom pre-mätning, görs en post-mätning vid 18 månader då behandlingen förväntas vara avslutad samt en uppföljande mätning 36 månader efter behandlingsstart. Mätningarna vid varje tillfälle görs med en stor variation av mätinstrument samt att terapisessionerna ljudbandas för att bedöma om behandlingsmanual och behandling är samstämmig. Vid behandlingsavbrott exempelvis på grund av behov av annan vårdinsats så avbryts den terapeutiska behandlingen i projektet men uppföljningen fortsätter med post-mätningar. *Inklusionskriterier* för att delta i studien är kvinnliga patienter mellan 17–25 år med AN enligt diagnoskriterier i DSM-IV och som står på anoreximottagningens väntelista. Patienterna är boende i områden kring Göteborg eftersom det ska finnas möjlighet för föräldrar att delta i behandlingen. *Exlusionskriterier* är patienter som inte önskar att föräldrar deltar i behandlingen eller om föräldrar själva väljer att inte delta. Patienter med allvarlig medicinsk status som kräver inläggning, personlighetsstörningar, allvarlig suicidrisk, drogberoende eller på annat sätt kaotisk social situation. Patienter ska heller inte ha påbörjat någon psykofarmakologisk- eller annan behandling. I den randomiserade studien har i princip alla patienter följts upp med pre- och postmätningar till skillnad från föräldrar där det finns mer bortfall. Studien har prövats och godkänts av etiska kommittén vid Sahlgrenska Akademin.

För att beskriva en teoretisk bakgrund om AN och familjen, kring behandlingsformer samt tidigare studieresultat har sökregistret Summon vid Lunds Universitet använts för artiklar.

Andra källor som är relevant för ämnet har också använts dels via böcker och dels via tidskrifter.

Deltagare

Undersökningen riktar sig till patienter mellan 17-25 år och som uppfyllt de diagnostiska kriterierna för AN enligt DSM-IV och som hade för avsikt att bli behandlade vid Anorexi-Bulimimottagningen, Barn- och Ungdomspsykiatrin, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg. Undersökningsgruppen bestod av 58 patienter i åldrarna 17-23 år med en medeålder på 19,08 år. Sjukdomstiden varierade från ett till flera år. Förutom patientgruppen var det 41 mödrar och 31 fäder som var fördelade på 28 familjer. Den största gruppen patienter bodde med föräldrar (79 %) och övriga i annan boendeform och 78 % var i någon form studerande på gymnasie- eller högskolenivå. Samtliga familjer kom från Göteborgs stad och närliggande områden.

Mätinstrument

Bakgrundsdata som mäter flera demografiska faktorer varav följande tas med i denna redovisning: utbildning, boende, civilstånd, etnicitet samt föräldrar som bor ihop eller separerat.

Familjerelationsskalan (FARS; Höök & Cederblad, 1992) är ett självskattnings-formulär med 46 frågor för mätning av familjerelationer utifrån förekomst av korrelerande faktorer med barns symtombelastning i kliniska familjer. Frågorna är konstruerade med fler svarsalternativ i form av kategoriskala: Stämmer; ”*Nästan alltid”, ”Ofta”, ”Ibland”, ”Sällan” och ”aldrig”.* Utifrån svaren beräknas en ungefärlig bestämning av gränsen, s.k. ”cut-off score”, för normal respektive avvikande funktion. 20 poäng och därutöver betraktas som hög symtombelastning och 30 poäng är markant avvikande. Huvuddimensionen är att fånga en helhetsbild av ”Familjerelationen” som representeras av totalpoängen utifrån fem olika skalor; *Attribution* som består av tre item och mäter innebörden av att det kan finnas en person som tillskrivs problemen utifrån en synbar- eller icke synbar anledning. *Intressen* som består av sex item och mäter intressegemenskap. Hänsyn tas i bedömningen av faktorns betydelse beroende av barnens ålder där man troligen kan förvänta sig olika grad av intressegemenskap hos mindre barn respektive ungdomar. *Isolering* som *b*estår av åtta item och rör sig om dålig sammanhållning, brist på känslomässig solidaritet och att inte ställa upp på varandra när det behövs. *Kaos* som *b*estår av sju item och mäter graden av förutsägbarhet

kring hur familjemedlemmar kommer att agera eller interagera i olika situationer. *Insnärjdhet* som *b*estår av sju item och handlar om huruvida man känner en ”tvungen sammanhållning” eller ett ”tryck” i relation till familjen som påverkar interaktioner utifrån om det finns utrymme till självständig utveckling, handlingskraft och flexibilitet i förhållande till varandra.

The Rating of Anorexia and Bulimia Nervosa - Revised version (RAB-R) kallas i Sverige BAB-R och är en semi-strukturerad intervju utformad för mätning av ett brett spektra kring ätstörningssymtom och generell psykopatologi. Intervjun används inom klinisk verksamhet och i samband med forskning. Intervjun är utformad och validerad genom två studier i Sverige (Clinton & Norring, 1999; Nevonen, Broberg, Clinton & Norring, 2003). Intervjun innefattar en bred bild av ätstörningssymtom som problem vid ätandet, matvanor, viktkontroll och viktfobiska besvär, upplevelse av kroppsform, hetsätningssymtom, kompensatoriska beteenden som kräkningar och/eller motion. Förutom ätstörningssymtom innefattar intervjun även om andra kringliggande psykiatriska symtom och bakomliggande variabler såsom användning av alkohol och droger, erfarenheter av misshandel och/eller sexuella övergrepp, självskadebeteende, relationer till familj och vänner, motivation till tillfrisknande och tidigare behandlingserfarenheter. I denna studie används variabler som mäter sjukdomens *durationstid*, antal *psykiska- eller fysiska belastningsfaktorer* hos föräldrar och syskon samt förekomst av *hetsätning* och *kräkning*.

Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor, 1988; Horowitz, Rosenberg, Bartholomew, 1993) är ett självsvarsformulär för mätning av interpersonella svårigheter. Den ursprungliga versionen bestod av 127 item som beskrev interpersonella problem fördelat på sex delskalor i två dimensioner. IIP har översatts och reviderats i en svensk version som består av 64 item (Weinryb, Gustavsson, Andersson, Broberg & Rylander, 1996). IIP är avsedd att mäta personens mest framträdande interpersonella problem och används för differentierade diagnoser, inför ställningstagande av psykoterapi, behandlingsprognoser och för utvärdering av behandlingsinsatser. Det bygger på antagandet om att interpersonella beteenden kan beskrivas utifrån *två dimensioner;* tillhörighet/omvårdnad (kyligt/varmt beteende i ett kontinuum) samt kontroll/dominans (undfallande/dominant). IIP tolkas utifrån *åtta subskalor; Dominerande/kontrollerande, hämndlysten/självupptagen, kall/avvisande, socialt hämmad, undfallande, alltför tillmötesgående, självuppoffrande och påträngande/behövande.* Resultaten *analyseras på tre nivåer;* Övergripande interpersonella problem, individbaserade samt att man kan åskådliggöra

resultaten i en circumplex modell med två axlar som representerar de två dimensionerna tillhörighet (vänlighet) samt dominans (makt) (Hogrefe Psykologiförlaget AB, 2012). I denna undersökning använd subskalorna för att undersöka hur delskalorna i FARS korrelerar med IIP svaren vid premätning för patienterna men utan tolkning utifrån de två dimensionerna.

Statistik

Resultaten från FARS har analyserats från premätningen samt postmätning vid 18 månader i den randomiserade studien. Undersökningsmaterialet har bearbetats med hjälp av statistik-programmet SPSS i patient och föräldragruppen. För undersökning av den interna konsistensen i FARS olika delskalor användes Cronbach´s alpha. Jämförelser mellan grupperna har skett i envägs analys av varians (Anova) med Tukey´s post hoc test för validering av FARS. Oberoende t-test samt parade t-test användes för att kunna särskilja de olika grupperna patient, mödrar- respektive fäder i pre- och postmätningar. Samband mellan svaren i FARS olika delskalor och delskalorna i IIP för att undersöka om patienter meddelar interpersonella svårigheter, har skett med Pearson´s korrelations koefficient. I övriga mätinstrument har deskriptiva analyser gjorts för att beskriva patientens status och/eller påverkansfaktorer.

Behandlingarna

KBT-Manualen enligt transdiagnosisk modell anpassad för AN

Manualen för individuell KBT- behandling har utvecklats inom ramen för Anorexiprojektet vid Anorexi- och Bulimimottagningen i Göteborg. Den har framför allt utgått från forskning kring metoder för behandling som utformats av Fairburn (Fairburn, Shafran & Cooper, 1998; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) som beskriver en transdiagnostisk kognitiv-beteendeterapeutisk modell och som anpassats till samtliga ätstörningsdiagnoser. Man utgår från att kärnpatologin vid ätstörningar bygger på samma övervärdering av ätande, vikt och/eller kroppsform och som leder till liknande attityder och beteenden. Förutom moment kring övervärdering av kropp och vikt samt ätandet och viktuppgång innefattas fyra faktorer som kan vidmakthålla sjukdomen: perfektionism, grundläggande låg självkänsla, affektintolerans samt svårigheter i interpersonella relationer.

I den ”transdiagnostiska modellen” menar man att hunger, ätande och bantningsbeteenden förstärks i en ”ond cirkel och i en mer utvecklad transdiagnosisk modell tar man in fler aspekter av utlösande faktorer för bantningsbeteenden. Kort sammanfattat

utgår man från att dysfunktionella beteenden och självvärderingen grundar sig i en låg självkänsla. Den låga självkänslan kompenseras med att man har perfektionistiska krav på sig själv och övervärderar sin kontroll på ätande med ständiga vikt- och kroppstankar som förstärker. När självkänslan och därmed strävan efter perfektion drabbar flickan i olika livssituationer, omtolkas tankar och känslor till att sträva mot kroppskontroll och blir en ”universallösning” för att behålla en upplevelse av självkänsla. Känslan av att ha kontroll förstärker ständigt till olika bantningsbeteenden Dessa faktorer bör undersökas om man upptäcker hinder i behandlingsframgång. Uppmärksamhet ges också till patientens övervärdering och utövande av olika beteenden som förstärker kroppskontroll. Man lyfter fram intensitet i inledningen av behandlingen som en viktig prediktor för framgång (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Den terapeutiska alliansen och aktiv terapeutisk hållning betonas särskilt (Wilson, Fairburn & Agras, 1997).

Manualen har anpassats utifrån den kliniska erfarenheten bland annat kring behovet av längre tid för motivationsarbete och förberedelse inför viktuppgång. Behandlingen pågår i 18 månader och indelas i fyra olika faser med totalt 60 sessioner: I den *första fasen* ges en intensiv behandling med två besök i veckan i 4 veckor för att skapa en arbetsallians och arbeta med motivation, information kring sjukdomen samt undersöka problematiken så att en problemformulering och arbetsplan kan upprättas. Därefter sker en *övergångsfas* under tre tillfällen med utvärdering av arbetet och fördjupning av problemformuleringen. Fas tre är den *fördjupande behandlingsfasen* med utrymme för 43 sessioner men kan variera utifrån behov. Parallellt med fortsatt arbete för normaliserad vikt och ätande berörs de andra vidmakthållande faktorerna och hjälp till problemlösning. I den fjärde och *avslutande fasen* är sessionerna utglesade för utvärdering och för att befästa de behandlingsresultat som uppnåtts. Anhöriga ges möjlighet till att delta vid ett fåtal tillfällen under behandlingstiden för information och möjlighet till att skapa förståelse för patientens tillstånd och behov av stöd under den individuella KBT behandlingen (Levin, Lindström, Bördal, Paulson-Karlsson & Nevonen, 2007).

Familjeterapimanualen enligt Maudsleymodellen

Familjeterapi enligt Maudsleymodellen har manualiserats (Le Grange & Lock, 2005). Manualen för familjeterapi som utformades inför anorexistudien baserar sig på Maudsley-modellen och är anpassad utifrån lokala förutsättningar. Behandlingen bedrivs med två psykoterapeuter i så kallad sekvenserad familjeterapi med växelvis möjlighet till

familjesamtal, föräldrasamtal och individuella samtal för patienten. De individuella terapeutiska samtalen förväntas bli mer frekvent under behandlingens gång i takt med möjligheten att arbeta för ökad autonomi och stabil vikt.

Fas 1: Att börja äta: 10 sessioner en gång i veckan och perioden kan förlängas vid behov beroende av behov för motivationsarbete och/eller familjens förmåga att organisera sig kring sjukdomen. Inledningsvis arbetar man för att åstadkomma en viktuppgång där terapeuten fokuserar på riskerna med svälttillståndet medicinskt, dess kognitiva och känslomässiga påverkan och kring de interaktionsmönster som ofta utvecklas i familjen. Koncentrationen på viktuppgång sker tillsammans för att gemensamt finna stödjande strategier och struktur för ätandet, där föräldrar tar aktiv del i stöd för ätandet, samt motiverar patienten till att alliera sig åter med familjen. Utifrån situationer kring ätandet får terapeuten också syn på hur interaktionerna inom familjen fungerar. Patienten får stöd till att utmana sina gränser samt övervinna rädsla och ambivalens inför tillfrisknande. Sjukdomen externaliseras för att reorganisera familjen och avlasta från skuld och kritik. Perspektivet är att sjukdomen är utanför den drabbades egen kontroll. Under denna fas arbetar terapeuten intensivt med problemlösning och kommunikationsmönster med uppmärksamhet på all form av fientlighet eller kritik riktat mot ungdomen. Utvärdering av pågående behandling sker innan fas 2 inleds.

Fas 2: *Att äta på egen hand och skapa nya mönster.* Behandlingen utgår från att patienten accepterar att ta emot föräldrakontroll för att öka sitt ätande. En stabil viktuppgång har etablerats och familjeklimatet är mer stabilt när man i högre grad befriats från den anorektiska kontrollen över ätandet. Föräldrar uppmuntras till att låta ungdomen successivt ta eget ansvar och kontroll över sitt ätande igen. Den sjukes möjlighet till egenansvar och självständighetsutveckling relateras till hur man klarar att behålla viktstabilitet. Symtomen uppmärksammas och viktuppgången följs, men fokus kan också förflyttas allt mer till familjerelationer och uppgifter i föräldraskapet samt den unges svårigheter i sin identitetsutveckling. När patienten klarar att upprätthålla en stabil vikt utifrån en egen motivation och eget ansvarstagande initieras fas tre i behandlingen.

I fas 3: Att utvecklas. Uppmärksamhet riktas mot hur anorexian påverkat personens utveckling av ungdomsidentitet. Man uppmärksammar och stödjer utvecklingen av ungdomens autonomi, anpassad till individens specifika intrapsykiska svårigheter och understödjer utvecklingen av familjemönster med friskare relationer till föräldrarna liksom stöd till

föräldrar att reorganisera sig till ett mer normaliserat liv tillsammans (Paulson-Karlsson, Lindström, Levin Bördal & Nevonen, 2006; Le Grange & Lock, 2005).

Resultat

Bakgrundsdata

Deltagare i undersökningsgruppen bestod av totalt 58 patienter med båda föräldrar fördelat på 28 familjer som deltagit i familjeterapibehandling och 30 patienter som deltagit i individuell KBT-behandling. 47 st (81 %) av patienterna hade anorexia nervosa av restriktiv typ utan hetsätning och kräkningar. 11 st (19 %) uppgav hetsätning och kräkningar i olika grad varav de flesta visade hetsätning, 8 st, respektive kräkning, 9 st, 2 dagar i veckan. Medelvärdet för BMI var 16,3 vid behandlingsstart med en spridning av BMI värden mellan 14,4–17,7 och sjukdomens durationstid är i genomsnitt 1,5 år med en variation mellan ett år till de 24 % som haft ätstörning från fem till över sju år. I föräldragruppen var det 38 st (63,3 %) som levde ihop och förutom en avliden förälder, hade de övriga separerat när patienten varit mellan 0-17 år. Den största andelen, 8 par (13,3 %), skiljdes när patienten var mellan 0-6 år. I 38 familjer (65,5 %), var båda föräldrar födda i Sverige. Uppgifter om psykisk eller fysisk belastning visade en spridning av antalet belastningsfaktorer hos föräldrar och syskon. 36 st (62,1 %) av mödrarna uppgav ingen annan belastning förutom sjukdomen och i övrigt fanns en spridning mellan en till tre eller fler belastningsfaktorer. Fäder uppgav en liknande bild med 34 st (58,6 %) utan egen belastning och i övrigt också en liknande spridning som mödrarna. Bland syskon fanns en högre grad av belastningsfaktorer där 25 st (43,1 %) inte har någon annan belastningsfaktor men 20 st (34,5 %) en, 4 st (6,9 %) två och 7 st (12,1 %) tre eller flera ytterligare belastningsfaktorer.

Femtioen (88,9 %) av patienterna var ensamstående och 7 (12,1 %) tillsammans med en partner. Detta återspeglas också i boendet där 46 (79,3 %) bodde hos föräldrar och 6 (10 %) var sammanboende med partner. Endast 2 st bodde ensam eller med kamrater. Utbildningsnivån i patientgruppen visade att 44 (73,3 %) av patienterna hade avslutat grundskolan men 8 (13,8 %) fortfarande inte genomfört studier på grundskolenivå. Resterande 6 personer hade fullföljt gymnasie- och högskolestudier.

Intern konsistens i FARS för unga vuxna med anorexia nervosa

Vid prövning av intern konsistens i de olika delskalorna i FARS frågeformulär användes Cronbach`s alpha. Tabell 1 visar alphavärden i varje delskala för grupperna

patienter, mödrar och fäder. Reliabiliteten för instrumentet i patientgruppen visade sig bristfällig på samtliga delskalor i självsvarsformuläret i den första analysen. För att öka alphavärdet på respektive delskala och försöka uppnå minst .70 i patientskalan, togs 1 item bort i delskalan *intressen*, 2 item i delskalan *isolering*, 1 item i delskalan *kaos* samt 2 item i delskalan *insnärjdhet*. För att utgå från samma mätskala och kunna jämföra FARS i alla grupper togs samma item också bort i respektive skala för mödrar och fäder och räknades om. Den interna konsistensen i materialet mättes därmed i de olika delskalorna i en reviderad version utifrån 40 frågor istället för den ursprungliga versionen med 46 frågor. Alphavärde ≥ .70 kunde uppnås på samtliga delskalor pre- och post behandling förutom på kaos och insnärjdhet pre behandling där det var nära, .68 respektive .67. När det gäller mödrarna var alphavärdet också ≥ .70 förutom på två delskalor vid pre behandling; isolering och insnärjdhet där det var .64 respektive .65. Slutligen när det gäller fäder var attribution, intressen och insnärjdhet under .70 vid pre-behandling. Samtliga delskalor för patienter, mödrar och fäder var ≥ .70 vid post behandling. Dessa värden ligger till grund för fortsatt analys och baserat på den har sedan skillnader i delskalorna mellan patient och föräldrar samt i förhållande till behandlingsinsatser analyserats.

Tabell 1. FARS Alphavärden för patienter och föräldrar före och efter behandling

	Patienter n=58		Mor n=41		Far n=31	
	α		α		A	
Fars delskalor	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Attribution	.78	.78	.71	.85	.68	.78
Intressen	.88	.89	.75	.85	.62	.83
Isolering	.86	.88	.64	.85	.75	.75
Kaos	.68	.83	.80	.72	.71	.82
Insnärjdhet	.67	.73	.65	.74	.66	.76

Samband mellan FARS och IIP

Vid undersökning av korrelationen mellan FARS olika delskalor och delskalorna i IIP användes Pearson´s Korrelations koefficient som utifrån det givna värdet vid p = 0.05 ger signifikant resultat. Samtliga delskalor i FARS visar en signifikant korrelation med en eller flera av IIP:s delskalor samt i förhållande till totalpoäng (Tabell 2). Sammanfattningsvis visar resultaten att FARS korrelerar med delskalorna IIP 1-3, och IIP 8 samt i totalskalan också med IIP 4. Delskalan *attribution* korrelerar med både IIP 1 (dominerande/kontrollerande) respektive IIP 2, (hämndlysten/självupptagenhet). Delskalan *intresse* visar starkast signifikans med IIP 3, (kall/avvisande) samt korrelationer med IIP2 (hämndlysten/självupptagen) och IIP 3, (kall/avvisande). Starkast signifikans visas också i korrelationen mellan delskalan *kaos* och IIP 2 (hämndlysten/självupptagen) men även med IIP 1, (dominerande/kontrollerande). *Isolering* visar en korrelation med IIP 3 (kall/avvisande) och *Insnärjdhet* korrelerar med de två delskalorna IIP 1 (dominerande/kontrollerande) samt IIP 8 (påträngande/behövande). *Totalskalan* visar starkast korrelation med delskalorna IIP1 (dominerande/kontrollerande) samt i delskalan IIP 2 (hämndlysten/självupptagen). IIP 3 och IIP 4 (som är skalorna för kall/avvisande samt socialt hämmad) korrelerar också med totalpoäng.

Tabell 2. Korrelation mellan FARS och IIP för patienter före behandling

FARS delskalor	IIP 1	IIP 2	IIP 3	IIP 4	IIP 5	IIP 6	IIP 7	IIP 8	IIP Tot
Attribution	.282*	.356*	.189	.257	- .125	- .215	- .203	.163	.43
Intresse	.314	.434*	.350**	.219	.027	- .50	- .067	.215	.302*
Isolering	.254	.410	.302*	.309*	- .008	- .143	- .088	.136	.237
Kaos	.271*	.338**	.196	.145	- .111	- .099	- .041	.234	.190
Insnärjdhet	.308*	.277	.229	.208	- .128	- .098	.002	.290*	.224
Total	.349**	.449**	.318*	.280*	- .075	- .141	- .091	.253	.275

IIP1=Dominerande/kontrollerande, IIP2=Hämndlysten/självupptagen, IIP3=Kall/avvisande, IIP4=Socialt hämmad, IIP5=Undfallande, IIP6=Allt för tillmötesgående, IIP7=Självuppoffrande, IIP8=Påträngande/behövande. Korrelation visar signifikans vid ** 0.01, * vid 0,05 enligt Pearson´s korrelationsskala.

Skiljer sig familjerelationerna mellan AN patienter, mödrar och fäder före och efter behandling?

En-vägs ANOVA användes för att undersöka om det fanns några skillnader mellan hur patienter, mödrar och fäder upplevde familjerelationerna före- respektive efter behandling. Vid användande av ANOVA med signifikans vid ($p < 0.05$), Tukey´s post hoc test, undersöktes skillnader parvis mellan samtliga grupper och i förhållande till samtliga delskalor i FARS självsvarsformulär samt i totalpoängen. Resultaten visas i tabell 3 och 4.

Tabell 3. En-vägs ANOVA för skillnader mellan patienter, mödrar och fäder i FARS före påbörjad behandling

	1		*2*		*3*			
	Patienter		*Mödrar*		*Fäder*			
	n=58		*n=41*		*n=31*			
Fars delskalor	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*P≠*
Attribution	2.7	1.9	2.3	1.8	1.6	1.7	3.1*	1>3, 2NS
Intressen	4.2	2.4	2.3	2.2	4.1	2.2	2.1	NS
Isolering	2.5	2.8	1.0	1.5	0.8	1.2	8.5***	1>2,3
Kaos	3.4	2.5	2.8	2.9	2.4	2.1	1.8	NS
Insnärjdhet	3.6	2.3	3.2	2.4	3.1	2.6	0.7	NS
Total	16.5	10.1	12.6	7.3	11.4	6.44	4.4*	1>3, 2NS

**p<.05; ***=p<.000; ≠* = Tukey HSD, NS = Non significans

ANOVA visade signifikant skillnad, ($p < 0.05$) i delskalan *attribution* mellan patienter och fäder men inte mellan mödrar och patienter eller mellan mödrar och fäder i premätningen (tabell 3). Detta innebär att det finns en skillnad mellan att patienter i högre grad tillskrivs problemet i förhållande till sina fäder än i förhållande till sina mödrar. En högre signifikans, ($P < 0.001$), visades i delskalan *isolering* mellan patienter och fäder men inte heller där i förhållande till mödrar i någon jämförelsegrupp. *Totalpoängen* visar att det finns en signifikant skillnad mellan hur de olika grupperna upplever familjerelationerna och troligen återspeglar det skillnaderna som visades i delskalorna attribution och isolering.

Vid postmätning visade ANOVA signifikant skillnad, ($p < 0.05$) i delskalan för *isolering* (tabell 4). Skillnaden fanns mellan patient och båda föräldrar men inte mellan mödrar och fäder. Resultatet i patientens svar i FARS visar därmed att upplevelsen av en bristande sammanhållning och känslomässig solidaritet i familjen kvarstår även efter behandlingen.

Tabell 4. En-vägs ANOVA för skillnader mellan patienter, mödrar och fäder i FARS efter avslutad behandling

	1		*2*		*3*			
	Patienter		*Mödrar*		*Fäder*			
	n=58		*n=41*		*n=31*			
Fars delskalor	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*P≠*
Attribution	2.7	1.9	2.1	2.2	2.0	1.8	1.5	NS
Intressen	4.0	2.9	3.6	2.5	3.5	2.5	0.6	NS
Isolering	2.3	2.6	0.9	1.9	0.9	1.6	6.2*	1>2,3
Kaos	3.3	2.8	2.4	2.2	2.5	2.6	1.9	NS
Insnärjdhet	3.2	2.3	2.3	2.3	2.2	1.8	3.3	NS
Total	15.5	10.2	11.3	8.3	11.1	7.5	3.7	NS

**p<.05; ***=p<.000; ≠* = Tukey HSD, NS = Non significans

Föreligger det skillnader i familjerelationerna för patienten efter behandling om man gått i individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) respektive familjeterapi och hur ser skillnaderna ut över tid mellan de olika grupperna?

För att pröva om det fanns medelvärdesskillnader mellan patienternas upplevelse av familjerelationerna före- och efter behandling jämfördes de som fått individuell KBT-behandling med familjeterapi. Det visade inga signifikanta skillnader mellan behandlingarna i familjerelationerna före- och efter behandling enligt FARS-skalan. Vid jämförelser av Body Mass Index (BMI) visade båda behandlingsgrupperna god framgång. Medelvärdet vid behandlingsstart var BMI = 16.3 i gruppen individuell behandling och BMI = 16.4 i gruppen som fick familjeterapibehandling. Efter avslutad behandling var medelvärdet BMI = 19.5 i

gruppen individuell behandling samt BMI = 19.2 i familjeterapigruppen. Patienterna uppnår därmed en viktuppgång inom normalvärden för frisk vikt (Tabell 5).

Tabell 5 Oberoende t-test mellan KBT och FT före respektive efter behandling

	Patienter Före behandling n=58						Patienter Efter behandling n=58					
	KBT		FT		t	p	KBT		FT		T	p
Fars delskalor	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
Attribution	2.5	2.0	2.8	1.9	- 0.56	0.79	2.5	1.9	2.9	1.8	- 0.86	0.39
Intressen	4.5	2.9	4.1	2.7	0.53	0.67	3.8	2.9	4.3	2.8	- 0.56	0.72
Isolering	2.5	2.9	2.5	2.8	0.48	0.94	2.1	2.8	2.4	2.4	- 0.38	0.83
Kaos	3.8	2.4	2.9	2.5	1.35	0.76	3.2	3.1	3.4	2.4	- 0.26	0.13
Insnärjdhet	3.5	2.5	3.8	2.1	- 0.58	0.23	3.0	2.5	3.5	2.2	- 0.82	0.68
Total	16.8	10.2	16.1	10.3	0.25	0.92	14.6	11.1	16.4	9.3	- 0.67	0.72
BMI	16.3	0.8	16.4	0.8	- 0.39	0.94	19.5	2.0	19.2	1.7	0.64	0.39

Skillnader före- och efter behandling i alla grupper

Ett parat t-test före- och efter behandling mellan grupperna undersöker om upplevelsen av familjerelationerna skiljer sig över tid hos respektive grupp. Tabell 5 visar att patienterna inte upplever någon signifikant förändring över tid. Mödrar däremot visar en signifikant skillnad ($P < 0.05$) med förbättring i delskalan *insnärjdhet* efter behandling. Ingen signifikans visades i mätningen av fäder men kommenteras bör att de värden som visas i pre- respektive postmätningen visar en tendens att fäder också upplever en förändring med förbättring inom delskalan insnärjdhet.

Tabell 5 Parat-test mellan Patienter, mödrar och fäder respektive före och efter behandling.

	Patienter n = 58						Mödrar n = 41						Fäder n = 31					
FARS delskalor	Före		Efter				Före		Efter				Före		Efter			
	M	SD	M	SD	t	p	M	Sd	M	SD	t	p	M	SD	M	SD	t	p
Attribution	2.7	1.9	2.7	1.9	0.0	1.0	2.4	1.8	2.0	2.2	0.9	0.39	1.6	1.7	2.0	1.8	- 1.0	0.32
Intressen	4.3	2.8	4.0	2.9	0.7	0.48	3.3	2.2	3.5	2.4	- 0.4	0.68	4.1	2.2	3.5	2.5	1.1	0.28
Isolering	2.5	2.8	2.3	2.6	0.7	0.47	1.0	1.6	0.9	1.9	0.2	0.84	0.8	1.2	0.9	1.6	- 0.2	0.85
Kaos	3.7	2.5	3.3	2.8	0.2	0.81	2.7	2.8	2.4	2.3	0.6	0.54	2.4	2.1	2.5	2.6	- 0.2	0.83
Insnärjdhet	3.6	2.3	3.2	2.3	1.4	0.17	3.2	2.4	2.2	2.3	2.8	0.007*	3.1	2.6	2.2	1.8	2.0	0.06
Total	16.4	10.1	15.5	10.2	0.8	0.42	12.6	7.3	11.0	8.3	1.2	0.23	1.4	6.4	11.1	7.5	0.2	0.85

M=medelvärde, SD=Standardavvikelse. *P<0.05

Diskussion

I tidigare studier som presenterats framkom att man inte kunnat ge någon homogen bild av familjer som drabbats av AN och att man inte kunnat skilja ut dessa familjer från normalgrupper (Eisler, 1995). Huvudsyftet med denna studie var att beskriva olika familjemedlemmars upplevelse av sina familjerelationer så som det uppges i skattningsinstrumentet FARS.

Patientgruppen som deltagit i undersökningen är en något äldre grupp än vad som vanligen studeras i samband med familjebehandling. Medelvärdet för sjukdomens durationstid i undersökningsgruppen var 1,5 år men det fanns en relativt stor grupp som varit sjuk från fem till sju år eller mer. Det återspeglar bilden av att ätstörningar utvecklas med högst incidens mellan 10-19 år (Treasure et al., 2005; Treasure 2010). Patienter med bulimiska symtom kan ha mer psykisk belastning i familjen och som påverkar allvarlighetsgraden av ätstörningssymtom (Santonastaso et al., 1997). Ungefär en femtedel av patienterna i denna grupp hade bulimiska symtom. Fysiska- eller psykiska belastningsfaktorer som uppgavs hos övriga familjemedlemmar varierade mellan en till över tre st i 35–40 % av familjerna vilket visar vikten av att man i relativt många familjer behöver undersöka andra försvårande faktorer som kan påverka i behandlingen. Av dessa hade ca en fjärdedel en belastning bland föräldrarna och hos mödrarna angavs 3,4 % fler än tre egna belastningsfaktorer. I ungefär hälften av svaren angavs att syskon hade en eller flera symtom som kan innebära påfrestningar i familjen. Studier om syskon är eftersatt vid forskning om familjen men uppgifter om påfrestningar för syskon visar att det kan finnas en större risk för att systrar till anorexiapatienter också utvecklar någon form av symtom på ätstörning eller har mer kroppsmissnöje än normalgrupper. Man har också sett stressreaktioner och möjligen större risk för depressioner om depressionsbilden finns hos anorexipatienten. Även om den kliniska erfarenheten är att syskon kan uppvisa symtom så har man egentligen inga signifikanta resultat i studier som visar hur problematiken ser ut bland syskon. Syskon kan ha en bundenhet till föräldrar men tycks samtidigt visa större förmåga till spontanitet och socialt engagemang utåt än systern med anorexi. Relationen mellan syskon och patienten kan vara ambivalent och rivaliserande och det verkar vara anorexipatienten som relaterar mindre till syskon än tvärtom. Syskonens kan ha en viktig roll i familjen som är betydelsefull att uppmärksamma genom delaktighet i behandlingen, både utifrån dennes eget stödbehov och

för att få fatt i påverkansfaktorer och familjedynamik kring delsystem och koalitioner som påverkar familjerelationerna (Vadererycken & Van Vreckem, 1992).

Det finns erfarenhet av separationer hos en stor grupp familjer (37 %). De flesta hade upplevt skilsmässa under perioden 0-6 år och en tidigare studie har visat att det förekom fler separationer i anorexigruppen än i en normalkontrollgrupp (Nevonen & Norring, 2004). Separationer i åldersgruppen 0-6 år eller som äldre tonåring avviker dock inte i anorexigruppen i jämförelse med uppgifter om barns villkor (Statistiska Central Byrån, 2005). I en undersökning om barns levnadsförhållanden under perioden 2003-04 framkom att totalt 73 % barn levde med båda föräldrar. Ju äldre barnen blev desto färre föräldrar levde i hop och bland de äldre ungdomarna levde 60 % i hemförhållanden med båda föräldrar. Man konstaterade också att separationer var vanligare i arbetarhushåll och lägre i tjänstemannahushåll. I denna studie tas inte demografiska uppgifter med utifrån föräldrars utbildning eller inkomstnivå och kan därför inte jämföras med föräldragruppen enligt SCB: s uppgifter om socio-ekonomiska förhållanden hos föräldrar och erfarenhet av separationer. Tidigare har man dock sett att föräldragruppen som sökt behandling på Anorexi-och bulimimottagningen i Göteborg hade en högre socio-ekonomisk status vad gällde yrke och boende än hos en normalkontrollgrupp (Nevonen & Norring, 2004).

AN förknippas med att vara en västerländsk sjukdom men ätstörningssymtom finns också i olika etniska minoritetsgrupper och man spekulerar kring hur kulturanpassning och upplevelser av diskriminering påverkar till spridningen av ätstörningar inom fler etniska grupper (Griffith et al., 2000; Striegel-More & Cachelin., 2001). I undersökningsgruppen visade det sig att majoriteten, 65,5 % av familjerna hade föräldrar födda i Sverige men det fanns också en variation med en eller båda föräldrar födda i annat land. De flesta av patienterna bodde hemma, var ensamstående och trots att patientgruppen ofta beskrivs som perfektionistiska och högpresterande hade en relativt stor grupp, 13,8 %, inte avslutat grundskolan. Endast 6,7 % hade avslutat gymnasie- eller högskolestudier, trots att de var i gymnasieåldern och äldre. Detta återspeglar också tendensen, eller risken för att sjukdomstillståndet försenar skolgång och den normala utvecklingen mot vuxenlivet. Risken finns att även om man så småningom klarat skolgång, så försenas också möjligheten till eget arbete och därmed självständighet. Andelen arbetslösa och sjukskrivna har också visat sig högre i anorexigruppen än i en normalgrupp (Nevonen & Norring, 2004).

FARS ger en allmän beskrivning om familjerelationer och frågan är om användandet av denna skala kan mäta familjeförhållanden för anorexipatienter på ett tillförlitligt sätt i gruppen unga vuxna? Gruppen som undersöktes kan anses ge underlag för en utvärdering om reliabiliteten för instrumentet och efter revidering bedöms instrumentet ha tillräcklig validitet för att kunna användas i grupper för unga vuxna med anorexia. Vid prövning av den interna konsistensen av självsvarsformuläret kunde de flesta delskalorna i FARS uppnå acceptabla värden. Majoriteten av delskalorna uppmättes då till alphavärden ≥ .70-88 i pre- och postmätningarna hos respektive grupp. Vid testning av sambandet mellan olika relationsskalor visade det sig att samtliga delskalor korrelerade med varandra vilket tyder på att om man besvarar frågor som ger högt värde på en skala är det sannolikt att det blir ett högt värde även på de andra.

Samtliga delskalor i FARS korrelerade med en eller två delskalor i IIP vid premätningen. De återkommande korrelationerna i IIP rör delskalorna för dominans/kontroll, hämndlysten/självupptagenhet samt kall/avisande. I totalpoängen återkommer samma skalor samt skalan för social hämning.

En framträdande bild är korrelationen mellan kaos som representerar i vilken grad man kan förutse hur familjemedlemmar agerar eller interagerar i olika situationer, med IIP som representerar hämndlystnad/självupptagenhet. Kaos korrelerar också med dominans/kontroll. Vid restriktiv AN karaktäriseras familjen som mer rigid med hämmande familjeregler till skillnad från familjer där bulimiska symtom förekommer. Upplevelsen av kaos och oförutsägbarhet kan bero på belastningsfaktorer i familjen (North, Gowers & Byram, 1997; Killian, 1994; Wewetzer, Deimel, Herpertz-Dahlman, Mattejat & Remsmidt, 1996) men också som ett symtom på stresspåverkan (Le Grange & Eisler, 2008). Det är oklart om patienten, som inledningsvis ofta saknar sjukdomsinsikt, skattar utifrån en upplevelse av relationell problematik snarare än den oro och anpassning som sker i familjen utifrån sjukdomstillståndet. Det återspeglar också ett familjemönster med brutna rutiner och daglig oro över hur situationen påverkas av tillståndet (Le Grange & Eisler, 2008).

Den andra av de starkare korrelationerna är mellan delskalorna intressegemenskap och kall/avisande. Kroniskt sjuka patienter kan beskriva mindre föräldraomsorg och samtidigt svårigheter med en fientligt avisande personlighet. Det är svårt att urskilja hur sjukdomen manifesterats och tröttat ut familjerelationer från hur patienten själv varseblir relationerna utifrån sin sjukdomsbild (Bulik et al., 2000). Vid mätning av intressegemenskap i familjen

behöver man också ta hänsyn till ålder då man kan förvänta sig att ungdomar skiljer sig från barns behov av gemensam tillvaro med föräldrar (Höök & Cederblad, 1992). Samband med intresseskalan finns också i IIP för hämndlysten/självupptagenhet och skalan korrelerar även med attribution, i betydelsen att någon i familjen tillskrivs problemet. Nivån på EE är relativt låg i familjer med restriktiv AN men man har också påvisat låg skattning av värme och positivt familjeklimat (Wallin, 2004). Det har också visat sig att familjer som inte söker stöd hos varandra (centrifugala familjer) upplever mer påfrestade familjerelationer (Wallin, Rojjen & Hansson, 1996).

De familjer som upplever familjen som enda plats för känslomässiga behov (centripetala familjer) uppvisar mer insnärjdhet (Wallin, & Hansson, 1999). Skalan i FARS för insnärjdhet visar samband med IIP skalan för dominans/kontroll. Resultaten illustrerar samtidigt beskrivningar av sjukdomsbilden vid anorexi där en avvisande attityd och känslomässig avtrubbning i relation till andra också kan tillskrivas själva svälttillståndet. I kombination med patientens behov av kontroll som dominerar sjukdomsbilden, kan man förstå att den interaktionella stilen blir negativt påverkad. Vid utprövningen av IIP såg man att patienter som skattar högre för dominans också får problem i relation till andra utifrån beteenden som är uppfodrande och kritiska (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villaseñor, 1988). Problemen är mer synliga utåt och därmed uppmärksammas det mer i omgivningen och i behandling för hjälp till förändring (Horowitz et al., 1988).

I delskalan isolering, som innebär känslor av brist på känslomässig solidaritet, att inte ställa upp på varandra, samt i totalskalan, finns samband med IIP skalan för kall/avvisande. Samband finns också mellan isolering och IIP i skalan för social hämning, både i delskalan och i totalpoängen. Utveckling av interaktionsmönster och beteenden som hindrar kommunikation, förståelse, öppenhet, utveckling och sammanhållning i familjen och svar från patienter är svårt att bedöma då sårbarhet också kan finnas hos patienten (Gillet et al., 2009). Både barn och föräldrar kan värdera sammanhållning samtidigt som man upplever isolation mellan varandra (Eisler, 1995). Det finns belägg för att patienter med AN har en högre representation av social fobi än i normalgrupper (Jacobi et al., 2004). Hos äldre patienter har man också sett undvikande personlighetsstörning med hämningar (Lock et al., 2005). Social hämning kan också knytas till svårigheter utifrån anknytningsaspekter. Interpersonella svårigheter vid ätstörningar har satts i samband med otrygg anknytning (Broberg, Hjalmers & Nevonen, 2001) och patienter som visat interpersonella svårigheter beskriver mindre sammanhållning i familjen och mindre anknytning till mödrar samt känner en alienation

gentemot kamrater (Cunha, Relvas & Soares, 2009). Vid svårigheter med intimitet och närhet har psykoterapeutisk behandling visat mindre resultat som beror på att svårigheterna är mindre synliga för andra men också att det påverkar patientens förmåga att ingå i en relation till terapeuten som kan leda till förändring. (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villaseñor, 1988).

Vid jämförelser mellan alla grupper före- och efter behandling visade resultatet att det finns ett signifikant utslag i förhållandet mellan patienter och fäder i delskalan attribution vid premätningen samt isolering vid både pre- och postmätning i förhållande till båda föräldrar. Attribution innebär att någon familjemedlem tillskrivs problemet utifrån en synbar- eller icke synbar anledning och denna variabel kan möjligen tillskrivas patientens upplevelse av kritiknivån i familjen. Postmätningen visar att den signifikanta skillnaden inte kvarstår efter behandling. Anorexipatienter med bulimiska symtom brukar beskrivas utifrån en mer kaotisk personlighetsstruktur (Striegel-More & Cachelin, 2001) med högre grad av psykisk belastning inom familjen (Santonastaso et al., 1997) och med mer negativa affekter, konfliktfyllda och kaotiska familjerelationer än i den restriktiva gruppen (Casper & Troiani, 2001; Lock & Le Grange, 2001; McDermot et al., 2002). Svaren som representerar de totala resultaten i delskalan har dock inte diskriminerats ut för att undersöka eventuella skillnader i subgrupper utifrån symtom hos patienten eller belastningsfaktorer inom familjen. Några slutsatser kan därför inte dras utifrån om det är denna patientgrupp som representeras i det signifikanta utslaget i attributionsskalan. Man kan inte heller bortse från att patienterna upplevelser av förbättrade familjerelationer förändras utifrån svälten biologiska påverkan (Treasure, Claudinio & Zucker, 2010) och den anorektiska symtombilden med känslor och tankar som kan påverka hur patienten relaterar till omgivningen (Gillet et al., 2009). Det faktum att konflikter uppstår kring patientens matvägran och strävan efter kroppskontroll som en lösning vid psykosociala- och utvecklingsmässiga faktorer i frigörelseprocessen (Russell, Szmukler et al., 1995) kan möjligen minska i takt med att patienten åstadkomer viktuppgång. Samtidigt hjälper behandlingen till med problemlösning och relationella svårigheter både i den individuella behandlingen och i familjeterapin.

Fäder har beskrivits som mer överbeskyddande (Killian, 1994) och kontrollerande (Chanetti et al., 2008) än i normalgrupper. Till skillnad från mödrar har fäder också uppgivit upplevelsen av oklar föräldrahierarki i familjen som möjligen också visar en bild av att vara exkluderad i familjesystemet (Szabo, Goldin & le Grange, 1999) och som talar för att reorganisera familjen inom kontexten för förhandlingar kring familjehierarkin, vilket

familjeterapin ger utrymme för. Huruvida dessa faktorer påverkar kan omöjligen besvaras utan mer information om vilka familjeförhållanden som varit i specifika familjer.

Patientens upplevelse av isolering var oförändrad efter behandling och det gällde i förhållande till båda föräldrar medan föräldrarna inte visar isolering mellan varandra. Patienter har i andra studier beskrivit mindre sammanhållning, svårigheter att uttrycka känslomässiga konflikter med högre konfliktnivå inom familjen, medan föräldrar oftare berättar mer positivt om familjerelationer (Stern, 1989; Gowers & North, 1999). Och även om patienter tillfrisknar finns exempel på att patienter inte upplevt förbättrade familjerelationer (Gowers & North, 1999).

Föräldrar skattar bättre förhållanden över tid i FARS skalan gällande upplevelsen av insnärjdhet. Hos mödrar fanns en signifikant skillnad vid postmätningen och hos fäder kan man se en tendens mot förbättrat värde, men som inte uppger någon signifikans. Insnärjd relation till modern och föräldrasystemet har påtalats i flera sammanhang (Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Eisler, 1995). Mödrars anknytningsstil med undvikanden och hög grad av kontroll påverkar också graden av ätstörningssymtom (Swanson et al., 2010) och svårigheter att tala om känslomässiga aspekter med otryggt anknytningsmönster har visat sig i ett flergenerationsperspektiv (Canetti et al., 2008; Dallos, 2001). Vi vet att patienterna i denna studie har uppnått en klar förbättring med frisk vikt efter avslutad behandling. Resultaten med minskad insnärjdhet är samstämmigt med Wallins studier som menar att det finns en tydlig tendens att problematik kring insnärjdhet och rigiditet förändras mot normalisering hos dem som tillfrisknar och att behandling som inriktas på insnärjda familjerelationer i de familjer där det visar sig, tycks ha betydelse (Wallin, 2000). Resultaten i denna undersökning visar att det också är föräldrarnas upplevelse men någon jämförelse mellan behandlingsgrupperna är inte gjort i denna analys. Föräldrasamtal med möjlighet att reflektera kring interaktioner i familjen har visat sig ha betydelse för upplevelse av minskad belastning, mindre ensamhetskänslor och för att öka föräldrars empowerment till att arbeta framåt i behandlingen (Rhodes, Brown & Madden, 2009). Denna möjlighet ges utifrån den sekvenserade familjeterapin enligt manualen som utformades vid Anorexi- och Bulimimottagningen med växelvisa individuella- föräldra- samt familjeterapeutiska samtal.

Det gick inte att fastställa några skillnader i patienternas upplevelser om familjerelationerna i FARS-skalan utifrån behandlingen i denna mätning. Mätinstrumentet differentierar inte ut om KBT- respektive familjeterapibehandling skiljer sig i patientens upplevelse av

familjerelationerna i varken delskalor eller totalpoäng. Behandlingsresultatet med god viktuppgång visas också i båda grupperna. Resultaten indikerar på att mätinstrumentet inte är tillräckligt känsligt för att mäta eventuella skillnader över tid mellan de olika delskalorna eller mellan de olika behandlingsformerna hos patienterna. En fördjupad analys med mätning av skillnader mellan olika grupperingar före- och efter behandling, kan möjligen diskriminera ut olika bilder av de båda behandlingsformerna. Uppgifter om eventuella skillnader gällande interpersonella svårigheter, patienters känsla av isolering, utslaget gällande intressegemenskap-, attribution- och insnärjdhet i förhållande till föräldrar och om det finns olikheter mellan de olika behandlingarnas effekt, finns inte heller med i denna studie.

Resultaten är dock samstämmiga med andra studier som visar att det är svårt att finna tydliga skillnader vid jämförelser av olika terapiformer för unga vuxna och äldre anorexipatienter. Fortsatt forskning inom området är därför viktigt särskilt gällande återfallsprevention och motivationshöjande behandlingsformer (Kaplan, 2002) Vid jämförelser mellan exempelvis individuellt stödjande behandling och familjeterapi (Russell, 1987) eller individuell KBT och familjeterapi (Ball & Mitchell, 2004) har man inte kunnat visa några signifikanta skillnader vad gäller vikt eller urskiljande av fortsatta symtom hos patienten utifrån olika behandling vid postmätning. I jämförelser mellan fyra behandlingsformer var det inte möjligt att göra några klara distinktioner mellan de olika inriktningarna; psykoanalytisk, kognitiv-analytisk terapi, familjeterapi och låg-dos rutinbehandling. Den psykoanalytiska behandlingen och familjeterapi visade dock störst framgång, vilket understödjer möjligheterna till att arbeta med interpersonella svårigheter, samtidigt som kognitiv analytisk terapi visade viss framgång och rutinbehandling sämst resultat. Även om resultaten totalt sett inte var tillfredställande, vilket man hänvisar till att patientgruppen tillhör de mest sjuka gruppen med lång durationstid, konstaterar man att det var specialiserade terapiformer som hade minst bortfall, bäst resultat för viktuppgång och som vidmakthölls över tid vid uppföljning efter ett år (Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001). KBT för vuxna där man fokuserar på bland annat kognitiva- och beteendemässiga vidmakthållande faktorer, självkänsla och interpersonella relationer har jämförts med stödjande behandling för viktuppgång och visat signifikanta skillnader med bättre resultat för tillfrisknande och mindre återfall hos de som fått KBT-behandling (Pike, Walsh, Vitousek, Wilson & Bauer, 2003).

Mätningarna med FARS ger en allmän skattning av familjerelationer. Totalpoängen i de olika jämförelserna som gjorts i detta material ger varken vid pre- eller postmätningar

medelvärden som uppnår kliniska värden, s.k. cutting score, som är över 20-30 poäng, i någon av grupperna. Det har ju också visat sig svårt att urskilja familjer med AN med normalgrupper. Funktionsnivån hos både patienter och föräldrar är ofta god samtidigt som man visar mycket symtom både relaterat till svält, svårigheter att känslomässigt relatera till varandra och stresspåverkan.

En styrka i undersökningen är att resultaten i familjerelationsskalan (FARS) kan beskrivas utifrån två manualiserade behandlingar i en randomiserad studie vilket ökar resultatens validitet i anorexigruppen, unga vuxna. De resultat om uppmättes i olika delskalor kan också bekräftas från erfarenheter i andra studier så som redovisats ovan. Begränsningar finns dock i denna första utvärdering av mätinstrumentet då inte alla påverkansfaktorer eller behandlingsutfall analyserats med åtskillnad mellan olika subgrupper. Det finns inte heller någon klinisk bedömning med rapporter om hur terapeuter uppfattat familjerelationerna under behandlingen som jämförelsematerial. Möjligen finns skillnader beroende av patienters symtombild och/eller övriga familjemedlemmars belastningsfaktorer, sammanboende och separerade föräldragrupper, eventuella skillnader mellan patienter i åldersgrupper och boende. Instrumentet kanske är för ”trubbigt” för att användas i denna patientgrupp särskilt utifrån upplevelsen av det känslomässiga klimatet i familjen. Vid jämförelser mellan FARS och IIP ges dock en bild av att patienter med AN uppvisar interpersonella svårigheter och hög skattning i FARS hos enskilda individer kan vara incitament för att fokus i behandlingen också bör innefatta interpersonell problematik vilket också finns i båda behandlingsformerna.

Ytterligare fördjupning med analyser av formuläret utifrån andra påverkansfaktorer behövs. Utvärdering om instrumentets känslighet bör då ske utifrån om olika subgruppers symtombild relaterar med de olika delskalorna vid mätning av familjerelationer i både patient- och föräldragruppen

Slutsatser

Bakgrundsmaterialet visar att belastningsfaktorer finns i familjen som behöver uppmärksammas i behandlingen, särskilt när det gäller att en relativt stor grupp syskon visar symtom i familjen.

Vid mätning av familjerelationer med FARS uppnår den interna konsistensen alphavärden ≥.70 i de flesta delskalor för gruppen unga vuxna anorexipatienter efter revidering.

FARS korrelerar med flera aspekter i IIP skalan och hög skattning i FARS kan vara incitament för att undersöka patienters interpersonella svårigheter.

Skillnaden mellan anorexipatienter och föräldrar före- respektive efter behandling visade sig i delskalorna isolering i förhållande till båda föräldrar och attribution i förhållande till fäder. Efter behandling kvarstod patienternas upplevelse av isolering men förbättrades gällande attribution. Resultaten visar att ökad vikt hos patienten med minskad kritisk hållning i familjen kan ha haft betydelse för normalisering och reorganisering av familjerelationerna. Förhållandet kring patientens upplevelse av isolering behöver uppmärksammas för bedömning om behov finns för fortsatt individuell behandling eller familjeterapeutiska insatser efter viktuppgång.

I delskalan för insnärjdhet framkom en signifikant förbättring hos mödrar efter behandling och en tydlig tendens av förbättring hos fäder som en effekt av ökad vikt och samtidig behandling kring interpersonella svårigheter hos patienten respektive föräldrastöd och/eller tillsammans kring familjerelationerna.

Det gick inte att urskilja skillnader med stöd av FARS delskalor mellan grupperna individuell KBT behandling och familjeterapibehandling avseende patientens upplevelse av familje-relationerna.

Fördjupad analys av delskalor och totalpoäng utifrån symtombild och belastningsfaktorer i patient- och föräldragruppen kan möjligen bidra till att ytterligare belysa hur familjerelationerna påverkas i olika subgrupper utifrån de olika faktorerna i FARS samt om skillnader finns i de olika behandlingsgrupperna.

Referenser

Ackard, D. M., & Paterson. C. B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image and other psychological variables. *International Journal of eating disorders*, 29, 187-194.

Af Sandberg, A-M., Enzell, K., Johansson, B., Lillman-Ringborg, C., Majewski, M-L., Nevonen, L., Thörn Björk, C., Wallin, U. & van der Ster, G. (2005). Ätstörningar: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Svensk Psykiatri, nr 8, Stockholm: Svenska psykiska Föreningen & Förlagshuset Gothia.

Agras, W S., Walsh.T., Fairburn. C. G., Wilson. G. T., & Kraemer. H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry, 57, 459-466.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed. APA: Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. APA: Washington, DC.

Al-Subaie, A. S. (2000). Some correlates of dieting behaviour in Saudi schoolgirls. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 242-246.

Ball, J., & Mitchell, P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating Disorders*, 12, 303-314. doi: 10.1080/10640260490521389.753.

Bergh, C., Ogood, M., Alters, D., Maletz, L., Leon, M., & Södersten, P.(2006). Effective treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14, 371-376. doi: 10.1002/erv.

Broberg, A. G., Hjalmers, I., & Nevonen, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24- years-old patients and Normal Controls. *European Eating Disorders Review*, 9, 381-396. doi: 10.1002/erv.421.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Brumberg, J.J. (1988). *The fasting girls: The history of anorexia nervosa*. Cambridge, Massachusetts, USA: Harvard University Press.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear. J. L., & Pickering. A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding, *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2), 139-146.

Canetti, L., Kanyas. K., Lerer. B., Latzer.Y., & Bachar. E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: The contribution of parent – grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (6), 703-716. doi:10.1002/jclp.20482.

Casper. R. C., & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating disorders*, 39 (3), 338-342.

Chen, E.Y., Le Grange, D., Doyle, A.C., Zaitsoff, S., Doyle, P., Roerig, J. P., & Washington, B. (2010). A case series of family-based therapy for weight restoration in young

adults with anorexia nervosa. *Journal Contemp Psychotherapy*, 40, 219-224. doi:10.1007/s10879-010-9146-0.

Ciccolo, E. B. (2008). Exploring experience of family relations by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa using a projective family test. *Psychological Reports*, 103, 231-242. doi:10.2466/PRO.103.1.231-242.

Clinton, D., & Norring, C. (1999). The rating of anorexia and bulimia (RAB) Interview: Development and preliminary validation. *European Eating Disorders Review*. 7, 373-371.

Clinton, D. & Norring, C. (red.) (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.

Clinton, D. (2010). Towards an ecology of eating disorders: Creating sustainability through the integration of scientific research and clinical practice. *European Eating Disorders Review*, 18 (1), 1-9. doi: 10.1002/erv.986.

Colahan, M., & Senior.R. (1995). Family patterns in eating disorders: Going round circles getting nowhere fasting. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp. 243-257). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M-C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-236. doi: 10.1002/erv.628.

Cullberg, J., & Engström-Lindberg, M. (1988). Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 78, 314-319.

Crisp, A. H., Harding. B., & McGuiness, B. (1974). Anorexia nervosa psychoneurotic characteristics of parents relationship to prognosis: A quantative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 18,167-173.

Crisp, A, H (1997). In Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Ed.) Handbook of Treatment for Eating Disorders (second ed.). (1997). New York: The Guilford Press.

Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2), 229-240.

Dallos, R. (2001). ANT – Attachment narrative therapy: Narrative and attachment theory approaches in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Psychotherapy*, 12 (2). http://www.HaworthPress.com

Dare, C., & Eisler, I. (1995). Family therapy. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp. 333-349). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Dare, C., & Crowther, C. (1995). Psychodynamic models of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp. 333-349). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatment. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221.

De Silva, P. (1995). Cognitive-behavioral models of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp. 141-153). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., & Woodside, D. B. (2008). Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 739-747. doi: 10.1002/eat.20562.

Eagles, J. M., Johnston, M.., & Millar, H. R. (2005). A case-control study of family composition in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 49-54. doi: 10.1002/eat.20151.

Eisler, I. (1995). Family models of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp 141-153). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russel, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The result of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727-736.

Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.

Eisler, I., Simic, M., Russel, G.F. M., & Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552-560.

Elliot, J. C. (2010). Fathers, daughters and anorexia nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 37-47.

Emanuelli, F., Ostuzzi, M., Baggio, B., Lask, B., & Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family member´s perceptions. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9 (1), 1-6.

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior Research Therapy*, 37, 1-13.

Fairburn. C. G., Cooper. Z., Doll. H. A., & Welch. S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa, Three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 468-476. www.archgenpsychiatry.com

Fairburn, G. C., Cooper. Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “Transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41 (5), 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.

Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26-30. doi:10.1002/eat.20112.

Freeman, C. (1995). Cognitive therapy. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp. 309-331). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1997).Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36, 357-367.

Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa a Multidimensional Perspective.* New York: Brunner/Mazel, inc.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Ed.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (second ed.). (1997). New York: The Guilford Press.

Ghaderi, A., & Parling.T. (2007). Från Självsvält till ett Fullvärdigt Liv. Stockholm: Natur och Kultur

Gilbert. A. A., Shaw. S. M., & Notar. M. K. (2000). The impact of eating disorders on family relationships. *Eating Disorders*, 8, 331-345.

Gillet, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E., & Hardman, R. K. (2009). Implicit family process in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.

Gowers, S., & North, C. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *The Brittish Journal of Psychiatry*, 174, 63-66. doi:10.1192/bjp.174.1.63

Griffiths, R. A., Mallia-Blanco, R., Bosenberg, E., Ellis, C., Fisher, K., Taylor, M., & Wyndham, J. (2000). Retrained eating and sociocultural attitudes to appearance and general dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 8 (5), 394-402.

Hansson, K. (1989). Familjeklimat. En adjektivlista för familjediagnostik. Lund: Lunds Universitet, Rapport 7.

Haworth-Hoeppner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorder. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 212-227. Hämtat från http://.jstor.org/stable/1566699.

Herpertz, B., Seitz, J., & Konrad, K. (2011). Aetology of anorexia nervosa: From a "psychosomatic model" to a neuropsychiatric disorder?. *European Arschives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Springer-Verlag. 10.1007/s00406-011-0246-y. Hämtat från www.springerlink.com.ludwig.lub.se/content/15703510p3143053/fulltext.htlm

Hogrefe psykologiförlaget AB. (2012). Inventory of interpersonal problems. Hämtat från www. Hogrefe.se/Klinisk-psykologi/Personlighetstest/Inventory-of Interpersonal Problems, 12-03-24.

Hodes, M., Timini, S., & Robinson, P. Children of mothers with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5 (1), 11-24.

Hoek, H., & Hoecken, D. (2003). Review of prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 79-81.

Hoek. H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (4), 389-394. doi:10.1097/01.yco.0000228759.95237.78.

Horowitz, L, M., Rosenberg, S . E., Baer, B . A., Ureno, G., & Villasénor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 885-892.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bartolomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 61 (4), 549-560.

Huas, C. C., Godart, N., Foulon, C., Pham - Scottez, A., Divac, S., Dechartres, A., Lvoisy, G., Guelfi, JD., Rouillon, F., & Falissard, F., (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatry in Scandinavia*, 123, 62-70.doi:10.1111/j.1600-0447-2010.01627.x

Hällström. T. (1996). Självsvält under 1 500 år:verk av Gud, djävulen eller viktfixeringen. *Läkartidningen*, 96 (43), 4648-4653.

Höök, B., & Cederblad, M. (1992). Familjerelationsskalan (FARS) – ett självsvarsformulär för mätning av familjefunktion. Forskning om Barn och Familj, nr 1. Lund: Lunds Universitet, Institutionen för Barn- och Ungdomspsykiatri.

Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M. Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004) Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19-65. doi:10.1037/0033-2909.130.1.19.

Keitel, M. A., Parisi, M., Whitney, J. L., & Stack, L. F. (2010). Sailent stressors for mothers of children and adolescents with anorexia nervosa. *Eating Disorders*. 18, 435-444. doi:10.1080/10640266.2010.511937.

Kaplan. A. S. (2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: A Review of Published Studies and Promising New Directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (3), 235-242

Killian. K. D. (1994). Fearing fat: A literature review of family systems understanding and treatments of anorexia nervosa and bulimia. *Family Relations*, 43, 311-318.

Kog, E., Pierloot, R., & Vandereycken. W. (1983). Methodological considerations of family research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 79-84.

Kog, E., Vandereycken, W., & Verommen, H. (1985). Towards a verification of the psychosomatic family model: A pilot study of ten families with an anorexia/bulimia nervosa patient. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 525-538.

Kog, E., VandereyckenW., & Vertomen.(1985). The psychosomatic family. A critical analysis of family interaction concept. *Journal of Family Therapy*, 7, 31-44.

Kog, E., & Vandereycken,W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 11-23.

Krautter,T. H., & Lock, J. (2004). Treatment of adolescent anorexia nervosa using maualized family-based treatment. *Clinical Case Studies*. 3(107), 107-123. doi: 10.1177/1534650103259623.

Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., & Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 129-135.

Kyriacou, O., Treasure. J., & Schmidt, U. (2008). Expressed emotion in eating disorder assessed via self-Report: An examination of Ffactors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 37-46. doi:10.1002/eat.20469.

Latzer,Y., Lavee, Y., & Sharon, G. (2009). Marital and parent – child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family*, 30 (9). 1201-1220. doi: 10.1177/0192513X09334599

Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. F. M. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 347-354.

Le Grange, D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology, Psychotherapy in Practice*, 55(6), 727-739.

Le Grange, D., & Lock, J. (2005). The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 79-91. doi:10.1002/eat.20085.

Le Grange, D., & Eisler, I. (2008). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child & Adolescent Psychiatric Clinican North America*, 18, 159-173. (ED) Eating Disorders program, Chicago, Illinois: The University of Chicago Medical Center.

Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in Eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5. doi:10.1002/eat.20751.

Levin, B., Lindström, M., Bördal, A., Paulson-Karlsson, G., & Nevonen, L. (2007). *Transdiagnostisk Kognitiv-Beteendeterapi för Ätstörningar – Behandlingsmanual* Anorexia Nervosa, Supplement nr. 1. Västra Götalandsregionen, Anorexi- och bulimimottagningen, BUP, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus.

Look, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare. C. (2001). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa*. New York: The Guilford Press.

Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of adolescent anorexia nervosa: The Maudsley approach. Toronto: National Eating Disorder Information Center. www.nedic.ca

Lock, J., & Gowers, S. (2005). Effective interventions for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Mental Health*, 14(6), 599-610. doi:10.1080/09638230500400324.

Lock. J., & Fitzpatrick. K. K. (2007). Evidenced-based treatments for children and adolescents with eating disorders: Family therapy and family-facilitated cognitive-behavioral therapy. *J Contemp Psychotherapy*, 37, 145-155. doi:10.1007/s10879-9049x

Martin, A. R., Ruiz, JP. N., Nieto, M., Jiménez, E., & de Haro, C. (2004). Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behavior. *European Journal of Clinical nutrition*, 58, 846-852. doi:10.1038/sj.ejcn.1601884.

McClelland, L., & Chrisp, A. (2001). Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating disorders*, 29 (2), 150-156.

McDermott, B., Batik, M., Roberts, L., & Gibbon, P. (2002), Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 509-514.

Milos, G., Spindler, A., Ruggerio, R. Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 284-289. doi:10.1002/eat.10013.

Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press.

Nevonen, L. (2000). Emergence, Assessment and Treatment of Eating Disorders. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för psykologi.

Nevonen, L., Broberg, A. G., Clinton, D., & Norring, C. (2003). A measure of the assessment of eating disorders: Reliability and validity studies of the rating of anorexia and bulimia interview – Revised version (RAB-R). *Scandinavian Journal of psychology*, 44, 303-310.

Nevonen, L., & Norring, C. (2004). Socio-economic variables and eating disorders: A comparison between patients and normal controls. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9 (4), 279-284.

North, C., Gowers, S., & Byram, V. (1995). Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 673-678. doi:10.1192/bjp.167.5.673.

North, C., Gowers, S., & Byram,V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 545-549.doi: 10.1192/bjp.171.6.545.

Ogden, J., & Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining ceight Concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1). 78-83.

Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D. Tchanturia, K., & Schmidt, U. (2011) Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *European Eating Disorders Review*, 19, 462-474. doi:10.1002/erv.1069

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.

Qadan, L. (2009). Anorexia nervosa: Beyond boundaries. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 479-481. doi:10.1002/eat.20641.

Palmer, R. L. (2003). Death in anorexia nervosa. *The Lancet*. 361 (9368),1490.

doi:10.1016/SO140-6736(03)13221-7.

Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Arcives of Mental Health*, 4, 67-78.

Paulsson-Karlsson, G., Lindström, M., Levin, B., Bördal, A., & Nevonen, L. (2006). *Familjebaserad Behandlingsmanual för Unga vuxna med Anorexia Nervosa*, Västra Götalandsregionen, Anorexi- och bulimimottagningen, BUP, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus.

Pike, K. M., Walsh,T., Vitousek, K., Wilson, T., & Bauer, J. (2003). Cognitive behavioral therapy in the posthospitalization treatment of anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049.

Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130. doi:10.1002/erv.761.

Rohdes, P., Brown, J., & Madden S. (2009). The Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa: A qualitative evaluation of parent-to-parent consultation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (2), 181-192.

Roijen, S. (1992). Anorexia nervosa families – a homogeneous group? A case record study. *Acta Psychiatry Scand*, 85, 196-200.

Rowa, K., Kerig, P. K., & Geller, J. (2001) The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems, *European Eating Disorders Review*, 9 (2), 97-114.

Russel, G. M., Szmukler, G., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 1047-1056.

Russel, G. F. M. (1995). Anorexia nervosa through time. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp 5-17). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Santonastaso, P., Zambenedetti, M., Favaro, A., Favaron, C., & Pavan, T. (1997). Family psychiatric morbidity in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1), 2-10.

Scabo, C. P., Goldin, J., & Le Grange, D. (1999). Application of the family relation scale to a sample of anorexics, bulimics and non-psychiatric controls: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 7, 37-46.

Shugar, G., & Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 23-31.

Signorini, A., De Filippo, E., Panico, S., De Caprio, C., Pasanisi, F., & Contaldo, F. (2007) *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 119-122. doi:10.1038/sj.ejcn.1602491.

Silverman, J. A. (1995). Something new under the sun: Comments om Gerald Russell´s "Anorexia through time". In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp 25-27). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Sim, L., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Shak, K. M. & Ellington, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Eating Disorders*, 42, 531-539. doi:10.1002/eat20654.

Simpson, K. J. (2002) Anorexia nervosa and Culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 65-71.

Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. (oktober 2011). Psykoterapeutisk behandling vid anorexia nervosa. www.sbu.se/anorexia.se

Statistiska Central Byrån. (2005). Barns villkor. Levnadsförhållanden rapport 110. www.scb.se/stastistik/_publikationer/le0101_2002i04_br_le110sa0501.pdf(ref).

Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., Sansone, R. (1989). Family Environment an anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 25-31.

Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M (2001). Etiology of eating disorders in woman. *The Counselling Psychologist*. 29 (5), 635-661.

Stroeber, M. (2005). The future research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 90-94. doi:10.1002/eat.20124.

Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grerson, D., Yellowlees, A., Park, K., & Taylor, L. (2010).The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic impatient sample. *European Eating Disorders Review*, 18 (1), 22-32. doi: 10.1002/erv.967.

Szabo.,C. P., Goldin. J., & Le Grange. D. (1999). Application of the family relations scale to a sample of anorexics, bulimics and non psychiatric controls: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 8 (5), 37-46.

Szmukler, G., Dare, C., & Treasure, J. (1995). *Handbook of Eating Disorder: Theory, Treatment and Research*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.

Treasure, J., & Holland, A. (1995). In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp 65-82). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Treasure, J., & Szmukler, G. I. (1995). Medical complications of chronic anorexia nervosa. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. (pp 197-220). West Sussex, England: Johan Wiley & Sons Ltd.

Treasure, J., Whitaker, W., Whitney, J., & Schmidt. U. (2005). Working with families of adults with anorexia nervosa. *Journal of Family therapy*, 27, 158-170.

Treasure. J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, O., & Todd, G. (2008). The assessment of family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 247-255. doi:10.1002/erv.859.

Treasure, J., & Claudiono, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593. doi:10.1016/s0140-6736(09)61748-7

Treasure, J., Cardi, V., & Kan, C. (2012). Eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20, 42-49. doi:10.1002/erv.1090.

Unikel, C., Von Holle, A., Bulik, CM., & Ocampo, R. (2012). Disordered eating and suicidal intent: The role of thin ideal internalisation, shame and family critsism. *Eating Disorders Review*, 20, 39-48. doi:10.1002/erv.1070.

Wade, T. D., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19, (5), 382-389. doi:10.1002/erv.1078

Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1989). Family adaptility and cohension: Relation to eating attitudes and disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 225-228.

Wallin, U., Røjjen, S., & Hansson, K. (1996). Too close or too separate: Family function in families with anorexia and anorexia nervosa patient in two nordic countries. *Journal of Family Therapy*. 18, 397-414.

Wallin, U., & Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 29-35.

Wallin, U. (2000). Anorexia Nervosa in Adolescence – Course, Treatment and Family Function. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri

Wallin, U., & Kronvall, P. (2002). Anorexia nervosa in teenagers: Change in family function after family therapy, at 2-year follow up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 363-369.

Wallin, U. (2004). Ätstörning i familjen- en översikt. *Tidskrift for Den Norske legeförening*, 17, 124: 2251-3. *http://www.tidskriftet.no/index.php?seks_id=1065485*

Vandereycken, W., Kog, E., & Vanderlinden, J. (Ed.). (1989). *The Family Approach to Eating Disorders*. USA: PMA Publishing Corp

Vandereycken, W., & Van Verkern, E. (1992). Siblings as Co- Patients and Co-therapist in the treatment of eating disorders. In Boer, F., & Dunn, J. Children´s sibling relationships: Developmental and clinical issues. (eds.), (pp. 109-123). New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Vandereycken, W., & Van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorectic girls – The history of self-starvation*. London: The Athlone press.

Vandereycken, W., & Van Vreckem, E. (1992). Siblings as co-patients and co-therapist in the treatment of eating disorders.

Veinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Hellström, C., Andersson, E., Broberg, A., & Rylander, G. (1996). Interpersonal problems and personality characteristics: Psychometric studies of the Swedish version of the IIP. *Personality and Individual differences*, 20, 13-23.

Wentz, E., Lacey, J. H., Waller, G., Råstam, M., Turk, J., & Gillberg, C. (2005). Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients - A pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 431-437. doi:10.1007/s00787-005-0494-3

Wewetzer, C., Deimel, W., Herpertz-Dahlmann, B., Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1996). Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 18-24

Whitney, J., & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575-585. doi:10.1080/09638230500347889

Wilson. G. T., Fairburn. C. G., & Agras.W. S. (1997). In Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Ed.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (second ed.) (pp. 94-144). New York: The Guilford Press.

Wilson, G.T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 199-216. doi:10.1037/0003-066X.62.3.199

Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, W. L., & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 11, 89-99. doi:10.1080/10640260390199280

Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan. A., Berretini. W. H., Strober. M., Treasure. J., Lilenfeld. L., Klump. K., & Kaye. W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes towards eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating disorders*, 2002, 31 (3), 290-299. doi:10.1002/eat.10032.

Zaitsoff, S. L., & Taylor, A. (2009). Factors related to motivation for change in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17 (3), 227-233.

Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, M., LaBarK, S., Pive, J., & Pelphrey, K. A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: Guided Investigation of Social Cognitive Endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133 (6), 976-1006. doi: 10.1037/0033.2909.133.6.976.