

# Självständigt arbete på grundnivå

*Independent degree project – first cycle*

Socialt arbete

Social work

Behandling av barn och ungdomar med ätstörningar ur ett föräldraperspektiv

Josefine Benerfalk



**Mittuniversitetet**

MID SWEDEN UNIVERSITY

**Campus Härnösand** Universitetsbacken 1, SE-871 88. **Campus Sundsvall** Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

**Campus Östersund** Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

**MITTUNIVERSITETET**

Avdelningen för Socialt arbete

**Examinator:** Masoud Kamali, Masoud.Kamali@miun.se

**Handledare:** Ulf Engqvist, Ulf.Engqvist@miun.se

**Författare:** Josefine Benerfalk, jobe1007@student.miun.se

**Utbildningsprogram:** Socionomprogrammet, 210 hp

**Huvudområde:** Socialt arbete

**Termin, år:** VT, 2017

## **Sammanfattning**

Studien syftade till att undersöka upplevelser hos föräldrar till barn med ätstörningar vid behandling, samt om dessa föräldrar förses med nödvändig kunskap och kompetens för att kunna vara behjälplig i barnets tillfrisknande. Tidigare forskning visar att familjebaserad behandling i jämförelse med andra metoder har varit effektivare som behandling för ungdomar med anorexia nervosa. För barn och ungdomar med bulimia nervosa har familjebaserad behandling inte studerats i lika stor omfattning. Studien utformades som en fallstudie med ett kvalitativt tillvägagångssätt och har utgått från ett hermeneutiskt perspektiv. Studiens resultat visade på att behandlingen varierar beroende på vilken kommun den utförs i, samt att behandlarna främst jobbar för att hantera de medicinska sjukdomssymtomen och att det inte finns någon konkret handlingsplan för den sociala problematiken. Resultatet visade vidare att nödvändig kunskap och kompetens för att vara behjälplig i tillfrisknandet, till stor del införskaffats på egen hand, utifrån framförallt websidor som behandlare rekommenderat.

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrund	1
1.2 Problemformulering	1
1.3 Syfte och frågeställningar	2
<b>2. En beskrivning av problematiken</b>	<b>2</b>
2.1 Diagnossystem	3
2.2 Barn med ätstörningar	4
2.3 Fysiska och psykiska symtom	5
2.4 Föräldrar till barn med ätstörningar	6
2.5 Behandling av barn med ätstörningar	6
2.6 Tillfrisknande	8
<b>3. Tidigare forskning</b>	<b>9</b>
3.1 Anorexia nervosa	9
3.2 Familjebaserad behandling	9
3.3 Vikten av snabb adekvat behandling	11
<b>4. Teoretiska utgångspunkter</b>	<b>12</b>
<b>5. Metod</b>	<b>13</b>
5.1 Design	13
5.2 Tillvägagångssätt	14
5.3 Urval	15
5.4 Analysmetod	16
5.5 Reliabilitet och validitet	16
5.6 Etiska överväganden	17
5.7 Metodproblem	18
<b>6. Resultat och analys</b>	<b>19</b>
6.1 Barnets behandling	19
6.2 Social problematik	22
6.3 Förälderns roll	25
6.4 Terapeutens roll	27
<b>7. Diskussion</b>	<b>29</b>
7.1 Metodens för- och nackdelar	30
<b>8. Referenser</b>	<b>32</b>
<b>Bilaga 1. Förfrågan om deltagande i intervju</b>	<b>37</b>
<b>Bilaga 2. Samtyckesformulär</b>	<b>38</b>
<b>Bilaga 3. Intervjuguide</b>	<b>39</b>

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

På nätet, på tv och i annonser blir vi varje dag tillsagda om hur vi ska se ut, bilden är likriktad där smalt är bra och allt annat är dåligt. Över 100 000 människor i Sverige lider av en ätstörning, och forskarna är överens om att mörkertalet är enormt. Vi lever i ett ätstört samhälle, där 80 procent av alla 15-åringar är missnöjda med sin kropp, och var femte 7-årig tjej vill vara smalare (Frisk & Fri, 2017). Unga kvinnor utgör majoriteten av de människor som lider av ätstörningar, ca 10% av de drabbade är pojkar/män (Riksföreningen anorexi/bulimi-kontakt, 2004). Norring (2011) skriver:

*Att vara närstående till en person med ätstörning är svårt, utmanande, frustrerande, deprimerande och väldigt tungt! Förutom att den anhöriga med ätstörning ofta är avvisande, hemlighetsfull, krävande, förtvivlad och/eller allmänt omöjlig, så är det inte ovanligt att man möts av bristande kunskap eller förståelse från personer i sjukvården. Det kan därför vara svårt att få tag på den information man behöver som närstående – information som man behöver för att förstå, för att själv våga agera, för att kunna stödja. (s.9)*

## 1.2 Problemformulering

Livet för föräldrar till barn med ätstörningar förändras när ett barn drabbas av ätstörning, och vardagen fylls av oro och sorg. Familjen påverkas av rädsla för att barnet ska dö och smärta över att se barnet lida. I denna svåra situation reagerar föräldrar olika, och upplever det svårt att veta hur man ska förhålla sig. En del föräldrar känner sig otillräckliga och behöver mycket stöd och hjälp för återerövra deras tidigare ansvarstagande roll (Davidsson & Ringborg, 2001). Enligt ett flertal studier utgör föräldrarna en central roll i barnets tillfrisknande, och det är därför högst relevant att belysa föräldrars upplevelser av barnets behandling, i ett försök att ständigt förbättra och utveckla kvaliteten och därmed också effektiviteten. Ätstörning är en allvarlig sjukdom, som kan komma att innebära ödesdigra konsekvenser såväl fysiskt som psykiskt, vilket förutsätter snabb adekvat behandling. Det är en sjukdom som skapar social problematik, där skola, arbete, anhöriga, umgänge och ekonomi blir lidande. Behandlingen behöver bidra till kunskap och kompetens för de anhöriga som lever och verkar tillsammans med barnet som lider av ätstörningar. Denna kunskap och kompetens kan komma att vara avgörande i barnets tillfrisknande. Genom att

undersöka föräldrars upplevelser av barnets behandling i en kommuns mottagning för specialistsjukvård vid ätstörningar kan positiva som negativa erfarenheter belysas som ett verktyg för vidareutveckling av effektiv behandling. Familjer ges möjlighet till att reflektera, konkretisera och uppmärksamma över vad i behandlingen som faktiskt varit till hjälp, framförallt för barnet, men också till resterande av familjen.

### 1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka upplevelser hos föräldrar till barn med ätstörningar vid behandling. Vidare är syftet att undersöka om föräldrar förses med nödvändig kunskap och kompetens för att kunna vara behjälplig i barnets tillfrisknande.

- Hur ser behandlingen ut för barnet och tar den hänsyn till den sociala problematiken?
- Upplever respondenten att de försetts med information och kunskap gällande sjukdomen och dess tillhörande sociala problematik?
- Upplever respondenten att de kan stötta, hjälpa och påverka barnet i tillfrisknandet?
- Upplever respondenten att de själva kan få stöttning och hjälp i deras roll som föräldrar till ett barn med en sjukdom?

## 2. En beskrivning av problematiken

Ätstörningar ger sociala komplikationer som isolering, om man inte vill äta, kan det bli svårt att umgås med andra. Man kan tvingas sluta skolan en tid, då man är mycket trött, det kan också komma att bli nödvändigt som ett led i behandlingen för att kunna använda all tillgänglig energi för att bli frisk. Skoluppehåll på en termin eller längre är inte ovanligt, vilket innebär att man får börja om i en ny klass och på så vis kommer ifrån sina gamla kamrater. Vid bulimi kan den sociala isoleringen bli ännu värre än för den som är sjuk i anorexi. Levnadssättet där man tvångsmässigt sätter i sig stora mängder av mat, för att sedan se till att maten försvinner ur kroppen, gör den sjuka både fysiskt och psykiskt mycket trött. Mycket energi går åt till att dölja sitt sjuka beteende som man skäms så mycket för (Davidsson & Ringborg, 2001). Vidare påverkas relationerna till vänner, föräldrar och syskon, då personer med ätstörningsproblematik ofta sluter sig efter hand allt mer inom sig själva. Sjukdomen kan leda till splittring mellan föräldrarna, då de ofta tar på sig olika roller som till slut blir oförenliga (Erling & Hwang, 2001). Bulimi leder ofta till

skuldsättning, övertrassering, snatteri och lögner då det är dyrt att hetsäta, en enda hetsätningssomgång kan uppgå till över 300 kronor. Ätstörningar kostar pengar, och ofta blir en förälder eller båda sjukskrivna en tid när barnet behandlas (Davidsson & Ringborg, 2001).

Vid arbete med ätstörningar brukar det talas om bakomliggande riskfaktorer. Gällande kvinnor är ett exempel reklamens och mediernas kvinnobild där man ska vara ung, smal, vacker och vältränad, denna kvinnobild påverkar flickor långt ner i åldrarna (Davidsson & Ringborg, 2001).

## 2.1 Diagnossystem

Ätstörningar är ett samlingsbegrepp för diagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS (Carballeira, Hägglöf & Nilsson, 2012). Idag används framför allt två diagnostiska system för ätstörningar, det amerikanska DSM-systemet och WHO:s internationella ICD-system. DSM är en förkortning av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders och publiceras av American Psychiatric Association (Clinton & Norring, 2009). Den femte och aktuella versionen togs i bruk under 2016 och utskrivs DSM-5. Detta system har fört samman så kallade ”födorelaterade syndrom” med ätstörningar, vilket resulterat i ett åldersövergripande system (Frisk och Fri, 2017). ICD är en förkortning av International Classification of Diseases och publiceras av Världshälsoorganisationen. Den aktuella versionen är sedan 1992 och är den tionde i ordningen, denna version utskrivs ICD-10. ICD-systemet sammanför samtliga ätstörningar med någon form av psykologisk/psykiatrisk uppkomst under en rubrik. DSM-systemet har en mer utbredd användning (Clinton & Norring, 2009), och kännetecknas genom följande kriterier:

### Anorexia nervosa

*”Otillräckligt energiintag i förhållande till behoven vilket medför en signifikant låg kroppsvikt med beaktande av ålder, kön, tillväxtkurva och kroppslig hälsa. Intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett ihållande beteende som motverkar viktökning, trots undervikt. Störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar ihärdigt allvaret i den låga kroppsvikten.”* (Frisk & Fri, 2017, Om ätstörningar: Diagnoser)

## Bulimia nervosa

*”Upprepade episoder av hetsätning. En episod av hetsätning kännetecknas av:*

- a) personen äter under en avgränsad tid (t.ex. inom två timmar) väsentligt större mängd mat än vad hen normalt skulle äta under motsvarande tid och omständigheter;*
- b) personen upplever sig ha förlorat kontroll över ätandet (kan t.ex. ha en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket hen äter). Upprepat olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t.ex. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, vätskedrivande, fasta eller överdriven motion. Både hetsätande och olämpligt kompensatoriskt beteende förekommer minst en gång per vecka under tre månader. Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.”* (Frisk & Fri, 2017, Om ätstörningar: Diagnoser)

DSM-5 har ersatt ätstörning utan närmare specifikation(UNS) med andra specificerade ätstörningar(ANS), detta för att minska andelen personer som klassificerats som UNS. ANS kännetecknas genom följande kriterier:

*”Atypisk anorexia nervosa: Alla kriterier för anorexi (AN) men personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång. Bulimi (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet): Alla kriterier för bulimi (BN) men hetsätande och kompensation mer sällan än två ggr/vecka eller kortare än tre mån. Hetsätningss störning (med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet): Alla kriterier för hetsätningss störning men hetsätande mer sällan än två ggr/vecka eller kortare än tre mån. Självrensning: Normalviktig person som regelmässigt kompenserar efter endast lite mat (t.ex. kräkning efter två kakor). Nattätningssyndrom: Upprepade episoder av nattligt ätande, vaknar och äter eller måttlöst ätande efter kvällsmålet”* (Frisk & Fri, 2017, Om ätstörningar: Diagnoser)

Ett betydelsefullt faktum att ha i åtanke gällande patienter med ätstörningar är att de trots gemensamma nämnare i ätstörningssymtom är mycket olika med avseende på faktorer som personlighet, bakgrund och övriga symtom (Clinton & Norring, 2009).

## 2.2 Barn med ätstörningar

Ätstörningar är vanligt bland barn och ungdomar, och börjar ofta med en önskan om att gå ner i vikt som medför en sjuklig fixering vid mat, vikt och kroppsutseende (Psykiatriska kliniken i Skellefteå, 2011). Oftast debuterar en ätstörning under de senare tonåren, men en



tidigare sjukdomsdebut är inte ovanlig. Vid framför allt tidig debut är ätstörningen oftast av självsvältande typ, däremot utvecklar en stor del av patienterna efter hand ett hetsättningsbeteende. Det är ovanligt att ätstörning debuterar med hetsättningsproblem, då det ofta förekommer en period med självsvalt och viktnedgång innan hetsätningen (Clinton & Norring, 2009).

Den viktigaste och allvarligaste formen av ätstörning som huvudsakligen drabbar barn är Anorexia nervosa (Wallin, 2009), och är därför den ätstörningsdiagnos som uppsatsen riktas mot. Sjukdomen debuterar vanligen på tre olika sätt, det första genom det typiska insjuknandet under tonåren som ofta karakteriseras av en strävan hos barnet att hålla igen på maten, det andra genom ett mera dramatiskt sätt där barnet från att ha varit helt friskt utvecklar inom loppet av en till två månader en medicinskt hotfull svält som kräver sjukhusvård. Det tredje sättet för sjukdomens debut är smygande och upptäcks ofta av skolsköterskan i form av utebliven viktuppgång (Davidsson & Ringborg, 2001).

När ett barn drabbas av anorexi påverkas de övriga familjemedlemmarnas mathållning. Det sjuka barnet vill ha kontroll, och vill därmed bestämma vilken mat som ska serveras samt hur den ska tillagas. Barn som aldrig tidigare ljugit för sina föräldrar kommer med undanflykter och lögnar på grund av deras rädsla för mat och måltider.

Koncentrationsförmågan försämras, något som ofta märks av i skolan. Hemma kan hen ha svårt att följa TV-program som hen tidigare uppskattat, det finns en ökad oro och rastlöshet. Barn som tidigare beskrivits lugna av deras föräldrar kan ofta få stora humörsvängningar, något som kan vara svårt som förälder att bemöta om man inte tidigare tampats med sådant (Davidsson & Ringborg, 2001).

### 2.3 Fysiska och psykiska symtom

Oavsett hur sjukdomen debuterar för barn ska behandlingen vara intensivare än för äldre patienter, med tydlig inriktning på att normalisera vikten (Wallin, 2009), då kroppen påverkas av sjukdomen genom olika försvarsåtgärder som kroppen använder sig av för att spara energi. Det kan bland annat innebära en minskning av genomblödningen i ytligt liggande blodkärl, vilket skapar frossa. Kroppen bryter dessutom ned fettvävnaden i kroppen för att omvandla denna till användbar energi. Om ny energi då inte tillförs, alltså mat, övergår kroppen till att bryta ned det protein som bygger upp musklerna, det innebär att muskelsvaghet tilltar och kroppsstyrkan minskar allt mer. Vid långvarig svält börjar

kroppen bryta ner och tillgodogöra sig av den energirika substans hjärnan till stor del består av. Det kan förorsaka allvarliga konsekvenser för hjärnans framtida funktionsförmåga. Längdtillväxten avstannar och riskerar att helt upphöra, vilket är en av de viktigaste effekterna av att kroppen börjar spara energi (Erling & Hwang, 2001). Sjukdomen kan dessutom orsaka allvarliga effekter på personens hjärta och blodcirkulation (Psykiatriska kliniken i Skellefteå, 2011).

#### 2.4 Föräldrar till barn med ätstörningar

Föräldrar till barn med ätstörningar bär ofta på en osäkerhet, då de sett sitt barn magra och utveckla ett livshotande tillstånd genom sjukdomen. Vi vet idag inte orsaken till ätstörningar, varför läkare inte kan ge någon förklaring till barnets märkliga beteende. Att ge sitt barn mat, är något av det mest primära för föräldrar. Om barnet då inte vill ha den mat föräldrarna erbjuder sätts familjen under stark stress. Konflikter uppstår lätt, och familjen vanliga sätt att fungera förändras. Tankar kring mat och ätande dominerar familjen, vilket leder till stora svårigheter. Behandling av framförallt anorexia nervosa utgår idag från att familjen är en resurs för den unga patienten och att utan stöd och uppbackning från familjen blir det mycket svårare för barnet att bli friskt (Wallin, 2009).

Föräldrarna kan komma att gå med på märkliga krav från det sjuka barnet i ett försök att få hen att överhuvudtaget äta. Barnet börjar i vissa fall styra över hela familjens matvanor, vilket skapar oro och kaos i hushållet. Barnet försöker påverka sin omgivning så den gynnar symtomen, något som ingår i sjukdomsbilden. Detta kan ske genom hot om att helt sluta äta eller med någonting annat skrämmande, dock leder det endast till försämring om familjen går in i symtomen. Förmågan att tänka och handla resonligt reduceras av undernäring, och därför behöver den sjuke stöd och hjälp med sitt ätande (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011).

#### 2.5 Behandling av barn med ätstörningar

Föräldrar bär ofta på skuld känslor som kan vara förlamande, många har läst ett flertal böcker om ätstörningar och därifrån fått en uppfattning om att de är orsaken till sjukdomens uppkomst. Föräldrar gör så gott de kan utifrån deras situation, de vill det bästa för sina barn men kan trots detta hamna i mönster som resulterar i onda cirklar. Detta kan vara en anledning till att gå i behandling där familjen involveras, för att få hjälp med att sätta ord på det som är svårt, och därmed få en förändring till stånd (Davidsson &

Ringborg, 2001). Terapeutens första möten med barnet och dennas anhöriga är av avgörande betydelse, föräldrarna kan vara utmattade och spänningsnivån i familjen är ofta hög. I det inledande skedet är det viktigaste målet att bygga upp en tillitsfull samarbetsrelation, och att terapeuten ger utrymme till samtal där vars och ens berättelse är värdefull (Gustafsson, 2009).

Anorexia nervosa och bulimia nervosa kräver ofta långa behandlingsinsatser (Gillberg, Gillberg & Råstam, 1998), då ätstörning kan vara en mycket svår och långdragen sjukdom, som i värsta fall kan leda till död eller kroniskt tillstånd. Det är av största vikt att patienterna snabbt erbjuds adekvat behandling (Carballeira et al., 2012), dock är kunskapen om vilka behandlingsformer som är effektiva begränsad och målsättningen med behandlingsinsatserna har länge varit diffus. Enhetlig eller likartad behandling är inte önskvärd eller möjlig (Gillberg et al., 1998), utan valet av behandling måste framförallt styras av patientens symtom, svårighetsgrad och ålder (Psykiatriska kliniken i Skellefteå, 2011).

Familjesamtal har inom barn- och ungdomspsykiatri kommit att bli stommen i all behandling av ätstörningar. Föräldrasamtal, utan barnet närvarande, kan också vara värdefullt som terapiform. Där kan föräldrarna få möjlighet till att samtala om eventuella olikheter i deras sätt att hantera ätproblematiken, maktlösheten inför barnet som vägrar äta och om förutsättningar för dem att förenas i ansträngningen om att få barnet att äta. Föräldrarna kan själva känna skuld till sjukdomens uppkomst, och kan därför behöva stöd för att inte fastna i självförebåelser. I vissa fall finns familjehemligheter som måste komma upp till ytan för att föräldrarna ska kunna engagera sig i den rådande situationen (Gillberg et al., 1998).

Familjebaserad behandling i jämförelse med andra metoder har i olika studier visats sig vara effektivare som behandling för ungdomar under 19 år med anorexia nervosa. Familjebaserad behandling för barn och ungdomar med bulimia nervosa har inte studerats i lika stor omfattning (Carballeira et al., 2012), men har också nyligen visat sig vara användningsbar som behandlingsform (Forsberg & Lock, 2015).

En stor del av forskningen utgår från en manualbaserad modell som kallas Maudsley-modellen, där terapin i huvudsak bedrivs i öppenvård. Modellen utgår ifrån att ätstörningen

har kontroll över patienten, som också fungerar på en åldersmässigt lägre nivå, och därför behöver hjälp och stöd av sina föräldrar. Modellen utgör tre faser, där samtalen tar ca en timme och involverar hela familjen. Den första fasen fokuserar på föräldrarna genom att hjälpa dem ta ansvar och få kontroll över matintag och motion (Lock, 2011). Terapeuten uppmuntrar familjen att skilja på patienten och dennes sjukdom, detta genom att betona hur lite kontroll patienten har över de beteenden som har sitt ursprung ur sjukdomen. I den andra fasen påbörjar man arbetet med mer åldersadekvat relaterande inom familjen. Det kan innebära förhandlingar om nya relationsmönster, där man också börjar lämna tillbaka delar av kontrollen till patienten. Terapeuten lägger mindre fokus på föräldrarna, men hjälper till och stöttar de till att vara säkra på sin kunskap och kompetens vid svåra situationer (Rhodes, 2003). Den tredje och sista fasen fokuserar på ätstörningens inverkan på patienten, men behandlar också ämnen kring vanliga tonårsfrågor (Lock, 2011). I den här fasen har patienten nått 90 - 100% av sin idealvikt och har kontroll över sitt matintag. Modellen anses vara särskilt utmanande då den bygger på ett antal olika metoder och teorier hämtade från andra former av familjeterapi, också på grund av att arbetet med ätstörning ofta är en ansträngd och utdragen process (Rhodes, 2003).

Föräldrarnas oro är ofta till en början drivkraften och det som gör att patienten kommer till behandling. Patienten är troligtvis inte intresserad av att förändra sina symtom eller sin livssituation. Genom terapin kan patienten börja förlita sig på föräldrarna, och därmed också ta hjälp av terapeuterna, vilket skapar en bra arbetsallians, som enligt psykoterapiforskning är avgörande för behandlingsutfallet (Carballeira et al., 2012). Forskning visar att familjen och föräldrarna har störst betydelse för att ge barnen ett gott liv, samt att föräldrar har stor inverkan på barnets fysiska och psykiska hälsa. Ett gott samspel mellan föräldrar och barn är viktigt. Ungdomar som har ett starkt och känslomässigt stöd från sina föräldrar har visat sig ha en bättre förmåga att hantera och bemästra motgångar, och är dessutom mer kapabla att utveckla tillit till andra (Folkhälsomyndigheten, 2014).

## 2.6 Tillfrisknande

Att bli frisk från ätstörningar kan förväntas, men det tar tid. Statistiskt sett är det mer sannolikt att man blir helt frisk efter en ätstörning, än att sjukdomen blir bestående eller mycket långdragen. Då ätstörningar vanligen debuterar under puberteten eller på väg in i vuxenlivet, kan det mest intensiva sjukdomsskedet störa och fördröja faktorer som att gå ut

skolan, söka sig till vidare studier eller arbete, ingå i en parrelation och skaffa barn. Första tecken på förbättring är när symtom som självrensning, hetsätning och strikt kontroll av ätandet gradvis avtar. Ett fysiskt tillfrisknande uppnås och biologiska funktioner stabiliseras och återställs. När den egentliga behandlingen upphör är de psykiska symtomen, som en förvrängd kroppsbild, alltför sträng självkritik, problem med självkänslan och ångest, sällan avslutad. Då det kan ta många år innan personens psykiska rehabilitering är klar, är ett viktigt mål med behandlingen att lära personen att självständigt kunna bearbeta problematiska livssituationer (Keski-Rahkonen et al., 2011).

### 3. Tidigare forskning

#### 3.1 Anorexia nervosa

Redan för 130 år sedan, när anorexia nervosa beskrevs för första gången, ansåg man att familjen hade en avgörande betydelse för utvecklingen av sjukdomen. Minuchin, som är en pionjär inom familjebehandlande arbete, och medarbetare gjorde under 1970-talet ett inflytelserikt arbete i förhållande till forskningen om familjens betydelse vid anorexia nervosa som bidragit till utvecklingen. Denna forskning innefattade en beskrivning om en enhetlig familjetyp där alla familjer med en medlem som hade anorexia nervosa passade in. Beskrivningen kom att kallas psykosomatiska familjen, och kännetecknas genom att den var präglad av mönster av rigiditet, insnärjdhed, överbeskydd samt svårigheter att hantera konflikter. Senare forskare fann de mönster som beskrevs i modellen ofta förekommande, men har inte kunnat bekräftat modellen som en enhetlig beskrivning. Senare forskning har istället visat på att familjer med anorexia nervosa är som grupp mer välfungerande än andra familjer inom psykiatrin, detta genom kontrollerade studier där man jämfört familjefunktionen med kontrollfamiljer. Forskningen kring familjen och familjeterapi vid anorexia nervosa är sparsam, och har varit inriktad på att undersöka faktorer som kan bidra till att underlätta för patienten att bli frisk (Wallin, 2004).

#### 3.2 Familjebaserad behandling

Familjebaserad behandling av anorexia nervosa för ungdomar har visat lovande resultat, och är för närvarande den mest rekommenderade behandlingsformen. Studier visar att familjebaserad behandling är effektiv för 80 - 90% av ungdomar med anorexia nervosa, och är därmed överlägset bättre som behandlingsform än både individuell och stöttande psykoterapi. Den senaste forskningen tyder även på att kognitiv beteendeterapi kan vara ett möjligt och mer ekonomiskt alternativ för ungdomar med anorexia nervosa.

Familjebaserad behandling syftar till att mobilisera familjen till att bekämpa ätstörningen, lära föräldrarna hur man går tillväga gällande ätande och viktuppgång, samt i slutändan låta barnet eller ungdomen övergå till att självständigt äta. Det primära målet med familjebaserad behandling är i första hand att hålla familjen fokuserad på ätstörningen och framförallt viktuppgången. Vidare är målen att föräldrarna återtar deras roll som föräldrar till barnet eller ungdomen, samt slutligen skiftar fokus från återställande av vikt till den påverkan ätstörningen haft på ungdomens utveckling. Utifrån detta kan man konstatera att familjens roll är avgörande, framförallt föräldrarnas funktion och ansvar (Aspen & Boutelle, 2014).

Intresset för effekterna av familjeinterventioner vid ätstörningar har ökat senaste åren. Familjebaserad behandling är den bäst studerade behandlingsformen, och är dessutom den starkaste evidensbaserade behandlingen med mest effekt för anorexia nervosa hos ungdomar. Studier om användbarheten av evidensbaserade familjeinterventioner vid bulimia nervosa hos ungdomar är mer begränsad. Familjeinterventioner är som tidigare nämnt för närvarande förstahandsvalet vid behandling för ungdomar med anorexia nervosa, men verkar dessutom lovande även för ungdomar med bulimia nervosa (Lock, 2011). Andra studier bekräftar att det bästa tillvägagångssättet vid behandling av barn och ungdomar med ätstörningar är att inkludera föräldrarna. Familjebaserad behandling poängterar vikten av familjens roll vid stöttning av barnet, samt ser familjen som avgörande för tillfrisknandet. Föräldrarna har en central roll i att både hantera och avbryta symtomen av ätstörningar (Aspen & Boutelle, 2014; Forsberg & Lock, 2015).

Den metod som en stor del av studier utgår ifrån gällande familjebaserad behandling kallas Maudsley-modellen. I denna modell bedrivs terapin huvudsakligen i öppenvård, då resultaten av slutenvårdsbehandling vid ätstörningar varit mindre övertygande. Modellen utgår från att personen fungerar på en åldersmässigt lägre nivå, vilket gör att denne behöver hjälp och stöd från sina föräldrar. Familjemedlemmar kan känna sig besegrade och maktlösa i deras ansträngningar om att hjälpa familjemedlemmen med ätstörning. Ätstörningar dominerar ofta familjefunktioners mönster och diskussioner kring mat, vilket kan leda till en minskning av sociala aktivitet, ökad argumentation, ökad spänning och förändringar av framtidsplaner. I många fall blir sjukdomen den centrala principen som organiserar familjelivet. Former av par- och familjeterapi föreslås som viktiga för att arbeta med ätstörningar, dock finns det endast några olika behandlingsalternativ som blivit

empiriskt undersökt och inkluderar familjen, många av dessa studier har dessutom metodologiska brister eller är av förberedande karaktär (Blow & Downs, 2013).

Gemensamt för de olika familjeterapeutiska inriktningarna är att man ser individen och symtomen i ett relations sammanhang, alltså att ätstörningssymtomen existerar i ett samspel mellan individer i familjen. Hela familjen involveras i behandlingen och i kampen mot ätstörningens kraft. Personen med ätstörning plågas av sina symtom, samtidigt som de bidrar till en paradoxal trygghet. Anhöriga till personer med ätstörningar blir ofta paralyserade av rädsla och skuld, och går in i ett medberoende. Oro kan göra att anhöriga tenderar till att bli överbeskyddande eller att de skapar ett ökat avstånd mellan familjemedlemmarna. Sjukdomen förstärks och vidmakthålls genom anhörigas anpassning. Familjebaserad behandling syftar till att öka föräldrarnas upplevelse av kompetens, och föräldrarna får dessutom hjälp med att stärka relationen till den drabbade (Clinton & Norring, 2009).

### 3.3 Vikten av snabb adekvat behandling

Anorexia nervosa kräver snabb handläggning, då den är ett av de mest akuta och livshotande tillstånden inom barn- och ungdomspsykiatri. I Sverige är barn- och ungdomspsykiatri bra på att snabbt erbjuda tider för ett första besök, däremot inte alltid lika bra på att snabbt komma igång med intensiv behandling. Den allvarligaste konsekvensen vid anorexia nervosa är svält, då svälten förorsakar många av de allvarligaste symtomen. Det är av avgörande betydelse åstadkomma viktuppgång tidigt i behandlingen och därmed bryta svälten. För att åstadkomma tidig viktuppgång understryks vikten av kompetent och familjebaserad behandling vid studier av intensiva behandlingsstarter (Wallin, 2016).

Familjebaserad behandling kräver en avsevärd tid och engagemang av föräldrarna. Framförallt vid den första delen av behandlingen, då den kräver att föräldrarna är tillgänglig för ständig övervakning av deras barn, som inte kommer att kunna gå i skolan och behöver äta varje måltid hemma. Måltider upplevs nästan alltid som stressande, både för föräldrarna, men också för resterande av familjen. Föräldrar som är kritiskt inställd till sitt barn med ätstörning utgör ett potentiellt hinder för framgångsrik behandling, då de tenderar att avsluta behandlingen i förtid. I sådana fall har det visat sig vara mer fördelaktigt med ett separerat format av familjebaserad behandling, där möten sker

individuellt och inte tillsammans. Barn med anorexia nervosa som uppvisar höga nivåer av tvångsmässigt beteende kräver mer behandling än de som uppvisar måttliga nivåer av dessa egenskaper (Grange, Greif, Loeb & Lock, 2012).

Sammantaget visar sig studier av familjebaserade behandlingar vara lovande mot ätstörningar, framförallt de som använder sig av Maudsleys anpassningar och tillvägagångssätt för ungdomar med anorexia nervosa, och som fortfarande befinner sig i ett tidigt skede av en ätstörning. Forskning om familjebaserad behandling vid av ätstörning med senare debutålder, och ätstörning i ett senare skede är mycket mindre optimistisk (Blow & Downs, 2013). Kontrollerade studier och annan systematisk forskning behövs för att avgöra om familjebaserad behandling är den bästa metoden. Den svåraste frågan som behöver besvaras är om familjebaserad behandling är valet oavsett förutsättningar (Grange & Lock, 2005). Framtida forskning bör fokusera på att testa alternativa behandlingar jämfört med familjebaserad terapi för att fastställa de specifika effekterna av resultatet (Engström, Nevenon & Paulsson-Karlsson, 2009)

#### 4. Teoretiska utgångspunkter

Som tidigare nämnt syftar denna studie till att belysa föräldrars upplevelser till barn med ätstörningar vid behandling, samt om denna behandling bidragit till kunskap och kompetens för föräldrarna till att acceptera och hantera situationen, också för att kunna vara behjälplig vid tillfrisknande. För att förstå den betydelse familjen har för det sjuka barnet, kommer studien analyseras utifrån två teoretiska perspektiv, nämligen anknytningsteorin och systemteorin. Anknytningsteorin då den idag anses vara en av de viktigaste psykologiska teorierna gällande kunskapen om hur människor förhåller sig till närhet, beskydd, och omsorg, samt självständighet, upptäckarglädje och betoning av egen förmåga och styrka (Broberg, 2006). Systemteorin och systemtänkandet då den innebär att man ser världen i helheter, alltså att helheten är större än delarna, och gör det möjligt att se bakomliggande strukturer i komplexa situationer. Dessa bakomliggande strukturer beskriver relationer som påverkar beteenden på sikt (Öquist, 2008).

Anknytningsteorin med tillhörande centrala begrepp ökar möjligheten till att få en djupare förståelse om föräldrars betydelse för deras barn med ätstörningar. Detta genom en förståelse om hur en människa uppfattar sig själv och sina relationer till omvärlden.



Anknytningsteorin skapar dessutom möjlighet till en förståelse om hur barnets tidiga anknytningserfarenheter gör det lättare eller svårare för barnet att känna tillit, både till andra och sig själva. Något som är en förutsättning vid tillfrisknande och behandling tillsammans med terapeut och familj.

Systemteorins synsätt innesluter både sociala faktorer och psykologiska faktorer i människors liv, och är därav till nytta för socialt arbete. Systemteorin skapar en balans mellan de två viktigaste delarna av det sociala arbetet. Socialt arbete betonar individernas ömsesidiga kopplingar till andra individer och grupper, till skillnad från andra professioner där man betonar att individen ska stå i fokus och att allt annat ska utgöra en bakgrund (Payne, 2012). Genom att förklara det empiriska materialet utifrån systemteorin skapas förståelse om hur allt hänger ihop, och att ingen del är viktigare än någon annan. Det ger utrymme till att ta emot världen och dess individer precis som den är, på så vis skapas dessutom utrymme till berättelser. Dessa berättelser producerar utifrån analys, kunskap och kompetens, som är avgörande för fenomenets utveckling.

Systemteorin anses passa bra ihop med psykologiska teorier, eftersom den låter teorierna bli inneslutna med synsättets bredare perspektiv, istället för att den tar avstånd från de nivåer som behandlar människors beteende (Payne, 2012). Att förstå det empiriska materialet utifrån systemteorin möjliggör en övergripande bild om hur olika system påverkar varandra, och med hjälp av anknytningsteorin kan denna övergripande förståelse därefter betraktas utifrån ett djupare sammanhang som ett verktyg i att betydelsen av relationer.

## 5. Metod

### 5.1 Design

Denna studie är utformad som en fallstudie, då den rymmer en detaljerad och ingående undersökning inom en viss organisation (Stake, 1995). Betoningen ligger på en intensiv undersökning av situationen (Bryman, 2011) hos föräldrar till barn med ätstörningar. Studien är vidare kvalitativ, vilket de som förespråkar fallstudiedesign ofta väljer då det passar sig väl om man vill granska ett fall intensivt och detaljerat (Bryman, 2011). Något som denna studie syftar till då den klagör upplevelser hos föräldrar till barn med fenomenet ätstörningar vid behandling, samt till att söka efter detta fenomenets innebörd för föräldrar, och om dessa föräldrar förses med nödvändig kunskap och kompetens vid

behandling av fenomenet. För att studien ska vara saklig och tillförlitlig har fortlöpande dokumentation och reflektion utförts över val och tolkningar under forskningsprocessens gång (Widerberg, 2002). Den kvalitativa metod som används i denna studie grundar sig på en inställning som innebär att man lägger fokus på de vardagliga, kulturella och situerade aspekterna av föräldrar till barn med ätstörningars tänkande, lärande, vetande och handlande, samt på de sätt att uppfatta sig som personer (Kvale & Brinkmann, 2014). En kvalitativ forskningsstrategi är till sin art induktiv, tolkande och konstruktionistisk. Vikten av att man tillåter teoretiska idéer härledas utifrån data som samlats in framförs ofta som ett exempel på kvalitativ forskning, vilket gör att kvalitativ forskning också kan och bör ha en viktig roll att spela vid teoriprövning (Bryman, 2011).

Studien utgår ifrån ett hermeneutiskt perspektiv då den har för avsikt att tolka texter utifrån meningar som eftersöks och frågor som ställs. Tonvikten läggs på min förkunskap som uttolkare om en texts innehåll, och syftet är att erhålla en giltig och gemensam förståelse av meningen i en text (Kvale & Brinkmann, 2014). Fokus ligger på den historiska och sociala kontext som producerats i texten. Av moderna förespråkare uppfattas hermeneutiken som en strategi som ger utrymme för stor potential både i förhållande till sociala handlingar och texter, samt andra företeelser som inte har dokumentkaraktär (Bryman, 2011).

Fenomenet ätstörningar och dess innebörd är ett nytt utforskat område för mig som författare av denna studie. Jag utgår från en förförståelse från tidigare arbetslivserfarenheter om att relationer till föräldrar har en betydande roll för barn och ungdomar med social problematik, vare sig den är av positiv eller negativ karaktär.

## 5.2 Tillvägagångssätt

Studien utgår från tidigare forskning, som också legat till grund för skapandet av aktuella frågeställningar. Kunskap om ämnet har införskaffats genom litteratur bestående av böcker och artiklar. Böcker har använts för att få en djupare förståelse om begreppet ätstörningar och dess tillhörande problematik, och artiklar har använts för att få en översikt om tidigare forskning gällande föräldrars betydelse vid behandling av barn med ätstörningar. Dessa artiklar har inhämtats från databasen ProQuest Social Sciences med sökord i två olika kombinationer, ätstörning och familj, samt ätstörning och familjebaserad behandling. Samtliga artiklar gällande tidigare forskning inom denna studie är vetenskapligt granskade. För att avgränsa antalet träffar anpassades sökningen genom att söka artiklar med dessa

sökord nämnda i artikelns titel. Genom detta utförande kunde en överskådlig bild av aktuell forskning skapas. Utifrån aktuell forskning, baserade på egna intressen, formades studiens syfte med tillhörande frågeställningar. Studiens ämne ätstörningar är en ständigt aktuell forskningsfråga, då effektiva behandlingsmetoder efterfrågas, samt huruvida kvaliteten eftersträvas och upprätthålls i de befintliga behandlingsmetoderna.

För att kunna besvara studiens syfte genom frågeställningarna användes en redan befintlig personkontakt inom en mottagning för specialistsjukvård. Denna kontakt har bidragit med rekryteringen av den person till undersökningen vars medverkan använts som källa till det empiriska materialet. Personen har informerats om att studien är en C-uppsats och att den skrivs som ett självständigt arbete på Socionomutbildningen via Mittuniversitet i Östersund. Min befintliga kontakt har tillsammans med kollegor blivit tillfrågade angående aktuellt ämne, om det funnits några speciella inriktningar eller vinklar de ansett vara av stor vikt att belysa.

Det empiriska materialet har samlats in genom en semistrukturerade intervju, vilket innebär att intervjuerna har utgått från en intervjuguide som innefattar förhållandevis specifika teman som ska beröras, där intervjupersonen givits mycket utrymme till att utforma svaren på sitt eget sätt. Frågorna har i stort sett ställts utifrån den ursprungliga ordningen med den ursprungliga ordalydelsen, men frågor som inte ingår i denna kan också ha ställts som följdfrågor till något som intervjupersonen sagt. Intervjuprocessen är flexibel och en tonvikt har lagts på det respondenterna upplevts vara viktigt vid en förklaring och förståelse av händelser, mönster och beteenden (Bryman, 2011). Vid kontakt med intervjupersonen har etiska principer tillämpats, vilket jag återkommer om mer detaljerat längre fram i studien. Intervjupersonen har tillfrågats om inspelningsverktyg får användas under intervjun för att underlätta dokumentation. Efter genomförd intervju har reflektioner antecknats och vidare material till analysen. Den inspelade intervjun har transkriberats, tematiseras och kodas som tillvägagångssätt för att underlätta analysen (Bryman, 2011).

### 5.3 Urval

Det empiriska materialet har vidare samlats in utifrån ett målinriktat urval, vilket innebär att det funnits en önskan om att intervjua personer som är relevanta för frågeställningarna. Tekniken är i grunden av strategiskt slag och försöker att skapa överensstämmelse mellan

frågeställningar och urval (Bryman, 2011). För att uppnå studiens syfte har ambitionen varit att intervjua föräldrar till barn med ätstörning under pågående behandling, inom en mottagning för specialistsjukvård i en medelstor kommun. Studien har inte lagt någon vikt vid bakgrundsvariabler som ålder, kön etc., hos varken föräldrarna eller barnen, så länge barnen inte uppnått en ålder av 18 år. Samtliga föräldrar vid denna mottagning har tilldelats en förfrågan om deltagande samt information om studien och dess syfte. Då kriterierna för att avgöra när eller om teoretisk mättnad är uppnådd sällan beskrivs i detalj, skulle antal deltagare avgöras i takt med att studien fortskred (Bunce, Guest & Johnson, 2006), dock uppkom antal svar på denna förfrågan som bidrog till intervjutillfälle endast till en förälder. Detta är något som diskuteras längre ned under rubriken metodproblem.

#### 5.4 Analysmetod

Tematisk analys har använts för att analysera det empiriska materialet, något som är ett av de vanligaste angreppssätten när det gäller kvalitativa data. Olika teman och subteman har skapats som ett resultat av noggrann läsning av den empiri som utgjorts av utskrifter från intervjun. Dessa teman som har identifierats har tillämpats i data och utgjort grunden i återkommande motiv (Bryman, 2011). För att identifiera dessa teman har jag, som Ryan & Bernard (2003) rekommenderar, letat efter repetitioner, alltså teman som återkommer vid flera tillfällen. De teman som identifierats är följande: barnets behandling, social problematik, föräldrarnas roll och terapeutens roll.

#### 5.5 Reliabilitet och validitet

Ett flertal kvalitativa forskare har diskuterat hur pass relevanta reliabilitet och validitet är för kvalitativa undersökningar, även möjligheten om begreppens innebörd behöver ändras har diskuterats. Förslaget från vissa författare är att bedöma och värdera kvalitativa studier utifrån helt andra kriterier än dem som kvantitativa forskare använder sig av (Bryman, 2011). För att utgöra alternativ till det som reliabilitet och validitet står för, är det nödvändigt att specificera termer och metoder för att etablera och bedöma kvaliteten i kvalitativ forskning. Tillförlitlighet och äkthet är två förslag till grundläggande kriterier för bedömning av kvalitativ forskning (Guba & Lincoln, 1994). Dessa grundläggande kriterier har använts i denna studie som ett alternativ för reliabilitet och validitet genom att tillförlitlighet eftersträvats utifrån fyra delkriterier, nämligen trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt en möjlighet att styrka och konfirmera. Äkthet har eftersträvats i denna studie utifrån ett antal mer generella frågor som kriterier, vilka lyder enligt följande: om

undersökningen ger en tillräckligt rättvis bild av de åsikter och uppfattningar som framkommit i studien, om undersökningen hjälper de personer som medverkat i den att komma fram till en bättre förståelse för sin sociala situation, om undersökningen bidragit till en bättre bild för deltagarna om andra personers upplevelser, om undersökningen (Guba & Lincoln, 1994).

## 5.6 Etiska överväganden

Forskarrollen som den uppfattas idag, hör ihop med de olika uppförandekrav som ställs på en forskare och dessa ligger inbyggda i forskningsprocessen. De har dock sin förankring i samhällets vanliga normer och värderingar. För att forskare ska kunna reflektera över sitt projekt krävs kännedom om relevant lagstiftning och forskningsetiska kodexar (Vetenskapsrådet, 2011), något som också måste efterföljas vid studier som C-uppsatser. Denna studie har framförallt tagit hänsyn till det som är en mycket viktig del av forskningsetiken, nämligen att den person som medverkat i studien som informant i största möjliga utsträckning har skyddats från skador eller kränkningar (Vetenskapsrådet, 2011). Således har studien följt några allmänna regler genomgående under hela processen. Dessa innefattar att det som uttalas i forskningen är sanningsenligt, en granskning och redovisning av utgångspunkterna för studien har utförts, metoder och resultat har redovisats öppet, god ordning i forskningen genom dokumentation och arkivering har upprätthållits och bedömningen av andras forskning har varit rättvis (Vetenskapsrådet, 2011).

Det finns ett berättigat krav från samhället och samhällets medlemmar på att forskning bedrivs, detta kallas forskningskravet och innebär att tillgängliga kunskaper fördjupas och utvecklas, samt att metoder förbättras. Det finns dessutom ytterligare ett krav från samhällets medlemmar, detta krav kallas individskyddskravet och innebär ett skydd mot otillbörlig insyn, samt att individer inte får utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Genom fyra allmänna huvudkrav på forskningen kan individskyddskravet konkretiseras ytterligare, dessa krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002), och har efterföljts genom forskningsprocessen. Informationskravet innebär att undersökningsdeltagaren har informerats om dennas uppgift i projektet, samt vilka villkor som gällt för deras deltagande. Undersökningsdeltagaren har dessutom blivit upplyst om att deltagandet är frivilligt, och att denna därmed har haft rätt att när som helst under

studiens process avbryta sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). Detta krav har efterföljts genom ett utskick till undersökningsdeltagarna där förfrågan om deltagande ställts i samband med att information om studien redovisats. Samtyckeskravet innebär att samtliga deltagare i denna studie har haft rätt till att själva bestämma över sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). För att inhämta detta samtycke har ett formulär fyllts i vid intervjutillfället. Konfidentialitetskravet innebär att samtliga uppgifter om personen i studien ska ha givits största möjliga konfidentialitet, dessa uppgifter ska dessutom ha förvarats på ett sätt där obehöriga inte har kunnat ta del av dem (Vetenskapsrådet, 2002). Det materialet som framkommit av studiens intervjutillfälle har behandlats endast av mig och min handledare, efter att studien har examinerats och godkänts har materialet raderats. Nyttjandekravet innebär att de insamlade uppgifterna om den deltagande personen endast har fått använts för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Samtliga krav av dessa krav har upprepats inledningsvis vid intervjutillfället som en påminnelse till deltagarna.

## 5.7 Metodproblem

Studiens metod med tillhörande urval har inneburit en del svårigheter gällande tillgång till respondenter för insamling av empiri. Utifrån den begränsade tidsaspekten tog jag som författare beslutet att inrikta mig på en mottagning för specialistsjukvård inom endast en kommun, då jag redan hade etablerad kontakt där, vilket då skulle underlätta genomförandet. Detta begränsade möjligheterna för en större urvalsgrupp, och i ett försök om att väcka intresse hos så många förfrågade deltagare som möjligt valdes därför pågående klienter istället för avslutade. Valet om pågående klienter kan dock istället ha begränsat möjligheterna ytterligare då respondenterna befinner sig i en känslig och påfrestande situation där utrymme för deltagande i en studie möjligen inte funnits. Detta är inget som påverkat studiens analys då den insamlade data svarat på frågeställningarna, även om det hade varit till fördel med fler deltagare. Målet var att genomföra minst tre intervjuer, men endast en intervju har utförts då det inte inkommit fler svar från respondenter efter utskickad förfrågan om deltagande. Intervjun var fysiskt genomförd, vilket bidrog till goda förutsättningar vid genomförandet av tolkning och analys utan oro om missuppfattning. Intervjun har dessutom varit lång och djupgående, vilket utformat önskvärt empiriskt material för att besvara frågeställningarna, trots att det endast inhämtats från en respondent.

## 6. Resultat och analys

Efter bearbetning och analysering utifrån tematisk analys av studiens empiri har fyra teman framkommit för att besvara studiens syfte med frågeställningar. Dessa fyra teman är barnets behandling, social problematik, föräldrarnas roll och terapeutens roll.

Undersökningens resultat redovisas med beskrivningar och citat kopplat till tidigare forskning och teoretiska perspektiv under respektive tema.

### 6.1 Barnets behandling

Respondenten berättar att barnets behandling påbörjades via skolhälsovården med viktkontroller och näringsdrycker, men på grund av att det inte fungerade blev de rekommenderade att kontakta en mottagning för specialistsjukvård. Mottagningen erbjöd en behandlingsform med måltidsstöd, både i hemmet och på mottagningen, samt sondmatning.

*”Det funkade ganska bra ett tag. Jag kan väl uppleva att de släppte oss lite för snabbt. Efter en och en halv vecka, nu funkar det, ut och iväg och tillbaka till verkligheten. Då rasade det.”*

Vid varje tillfälle barnet sondmatades medförde det att hon kräktes, vilket barnet upplevde var tillfredsställande, och sondmatningen var därför tvungen att avbrytas. Respondenten beskriver mottagningens resonemang enligt följande citat:

*”Vi har inget mer att erbjuda. Vi måste avbryta det här. Nu får ni gå hem och göra så gott det går.”*

Mottagningen ställde familjen i kö för att åka iväg på behandling i en annan kommun, och under tiden erbjöds samtalsstöd. De fick vänta hela våren, och hela sommaren, innan de till slut fick komma på studiebesök med en slags utvärdering om hur situationen såg ut. Där bedömdes tillståndet så pass allvarligt att barnet blev inlagd på sluten avdelning i en annan kommun i väntan på att det skulle bli en ledig behandlingsplats. Respondenten beskriver hur miljön var mycket speciell på denna avdelning, då allt var förebyggt utifrån suicidbenägenhet.

*”Man fick inte gå till toaletten själv, man skulle som förälder stå och vakta sitt barn på toaletten. Man fick inte duscha själv och det fanns inga slangar i duschen. Det gick inte att dra upp persiennerna, för att det fanns inga persiennsnören i rummet. Man fick inte ha laddare till telefonen.*

Respondentens uppfattning var att alla patienter skulle medicineras.

*”Hon fick Atarax fyra gånger om dagen, alltså första dagarna såg hon helt påtänd ut, bara sluddrade och sov.”*

Detta var något som respondenten upplevde som otroligt jobbigt. Avdelningen följde ett strikt matschema där man inte fick avvika, och det var förbestämt vad patienterna skulle äta vid varje mål. Att inte få avvika från matschemat, och att inte kunna ge barnet extra mat om hen var hungrig upplevde respondenten som otroligt frustrerande. Respondenten beskriver att de inte nådde någon vidare framgång på den avdelningen, utan att det där och då endast handlade om att barnet skulle överleva. Efter ca en månad fick familjen plats för behandling i den kommun de stått i kö hos. Denna behandlingsform skilde sig avsevärt från vistelsen på avdelningen, då den innefattade lägenhetsbehandling med ett mer friare tillvägagångssätt där huvudsaken var att det funkade hur än barnet valde att äta.

*”Det var verkligen skilda världar. Från jättefyrkantigt till otroligt fritt, normalt och mer hemma. Hur hittar man? Vad är rätt och vad är fel? Jag tyckte det var svårt. Vad är funktionellt?”*

Lägenhetsbehandlingen fungerade mycket bra för familjen, och efter ca en månad fick de komma hem igen. Efter behandlingen har det fungerat relativt bra, men det har varit en del svackor där barnet börjat svälta sig igen.

*”Hon har haft en period där någonstans målet var att åka tillbaka till behandlingslägenheten igen. Vi har det ganska turbulent hemma. Jag har levt i våld. Barnets andra förälder tyckte inte om att vi separerade. Och det är klart att det har påverkat jättemycket. Det är bråkigt och det är stökigt.”*



Respondenten beskriver hur barnet ger uttryck om hur det i kommunen där lägenhetsbehandlingen varit inte fanns några problem, att det var som att leva i en bubbla. Något som gjort mycket gott för både respondenten och barnet. Det stora bekymret har varit att få det att fungera på hemmaplan, då barnets sätt att hantera motgångar är genom att inte äta. Idag har de regelbundna träffar med mottagningen för specialistsjukvården, och har haft sedan de kom hem från lägenhetsbehandlingen. Barnet har egna träffar med sin kontakt, och de har dessutom några träffar tillsammans, samt att respondenten har några få egna träffar. Förutom samtalskontakt, innefattar den nuvarande behandlingen regelbundna vägningar och sjukgymnastik. Respondenten var noggrann vid avslutningsmöte efter lägenhetsbehandlingen att det skulle finnas en tydlig planering med inbokade tider när de åter kom hem. Det har dock inte varit så strukturerat och planerat som respondenten önskat, men hen upplever ändå att de haft ett bra stöd.

Tidigare studier visar sammantaget att familjebaserade behandlingar varit lovande mot ätstörningar, framförallt gällande ungdomar med anorexia nervosa (Blow & Downs, 2013). Redan när anorexia nervosa beskrevs för första gången, ansåg man att familjen hade en avgörande betydelse för utvecklingen av sjukdomen (Wallin, 2004). Forskning visar att den allvarligaste konsekvensen vid anorexia nervosa är svält, då svälten förorsakar många av de allvarligaste symtomen, samt att det är av avgörande betydelse att åstadkomma viktuppgång tidigt i behandlingen och på så vis avbryta svälten (Wallin, 2016). Detta skapar en förståelse för agerandet på den slutna avdelningen där fokus endast låg på överlevnad, och målet framförallt var att avbryta svälten. Familjebaserad behandling kräver en avsevärd tid och engagemang av föräldrarna, framförallt första tiden då behandlingen kräver att föräldrarna är tillgänglig för ständig övervakning av deras barn (Grange et al., 2012). Något som bekräftas genom respondentens beskrivningar om hur behandlingen varit upplagd och den tid och engagemang det inneburit av respondenten.

Systemteorin innefattar två grundbegrepp, konstans och variation, där konstans står för det säkra och förutsägbara, och variation för det som kan bryta upp ordningen och bli kärnan till ny information, nya mönster och därmed också nytt liv. För att åstadkomma förändringar av ett system gäller det att främst identifiera systemets konstanser, till att sedan använda oss av dessa konstanser för att skapa ny variation (Öquist, 2008). Att byta miljö, till en annan kommun, med en annan typ av behandling som i det här fallet var

lägenhetsbehandling kan beskrivas som den variation som krävdes för att nya mönster skulle vara möjliga för att skapa förändringar till ett nytt liv.

Sociala system är slutna system, då de styr sig själva utifrån sig själva. För att kunna utvecklas och anpassas måste systemet vara öppet för impulser, impulserna skapar förändringar i systemet, men bara i den mån systemet själv betraktar dem som viktiga och relevanta. Det är alltså systemet själv som skapar sin egen förändring, vilket tydliggör hur svårt det är att gripa in och styra system utifrån, en förändring måste alltså komma inifrån (Moe, 1996). När familjen förseddes med kunskap och verktyg att arbeta med inom det egna systemet kunde förändring åstadkommas. Till skillnad då kunskapen och verktygen låg utanför deras system som på avdelningen, och sköttes endast av personalen.

Att tänka i system innebär att man ser världen i helheter, alltså att helheten är större än delarna, och gör det möjligt att se bakomliggande strukturer i komplexa situationer. Dessa bakomliggande strukturer beskriver relationer som påverkar beteenden på sikt (Öquist, 2008). Respondenten beskriver hur det var stökigt och bråkigt efter separationen med den andra föräldern, och hur det påverkat barnets sjukdom, något som går att förstå utifrån ett systemperspektiv där helheten är större än delarna.

## 6.2 Social problematik

Respondenten beskriver svårigheten i att komma tillbaka till skola med skolarbete och kompisar efter att ha varit hemma en lång tid från skolan, samt hur skolan varit svår att samarbeta med. Barnets skolgång har ökats eftersom, och respondenten har inte fått någon återkoppling om hur detta fungerat. Mottagningen för specialistsjukvård har haft möten med skolan tillsammans med familjen, och på egen hand, för att vara behjälplig i kommunikationen. Trots detta upplever respondenten att ingenting händer, och att det nästan är den största frustrationen i dagsläget.

*”Det är en sak att hantera ätstörningen. Men allt det här andra är ju jättesvårt. Dels är hon på väg in i puberteten med allt vad det innebär. Hon ligger ju efter. Och känner sig urusel och har varit utanför socialt.”*

Respondenten beskriver att själva ätstörningen i sig varit lättare att hantera, men poängterar att det inte på något vis har varit enkelt. Respondenten beskriver vidare hur hen varit rädd för den andra föräldern och inte velat vistas i närheten där denne befunnit sig. Trots skolans vetskap om detta kallar de ändå båda föräldrarna på gemensamma samtal. Vilket respondenten uttrycker att det inte fungerar, då hen inte når fram med det hen vill ha sagt. Mottagningen för specialistsjukvård har diskuterat med skolan angående detta, och poängterat att för barnets skull inte kalla båda föräldrarna på gemensamma samtal, då barnet mår fruktansvärt dåligt på grund av det och det gör dessutom så att barnet inte vill gå på skolan. Respondenten har givit sin tillåtelse till att lämna ut all den information den andra föräldern behöver veta om barnet och dess sjukdom.

*”Ätstörningen är konstant närvarande, men den hamnar lite på sidan. Det som kommer in och stör lite nu är oro och ångest. Hen är så himla rädd att det ska hända mig någonting. För då kommer hon måsta flytta till sin pappa. Och när hon mår såhär, då blir det kämpigt med maten.”*

Barnets behandlare på mottagningen för specialistsjukvård pratar mycket med barnet om hur hens dåliga mående påverkar ätandet hen, men barnet försöker att undvika ämnet.

*”Sedan har ju livet blivit ganska isolerat. Hen har haft rörelseförbud i över ett år. Hen har bara fått sitta hemma på soffan och inte fått göra någonting. Man står och lagar mat hela tiden, och ingen äter. Det är ett frustrerande liv.”*

Respondenten beskriver en önskan om en föräldragrupp, då hen jämför sjukdomen med ett beroende, och hur man som förälder blir medberoende. Att det till slut blir normalt att sitta och diskutera mängden mat på tallriken, och hur dessa diskussioner blir ett konstant inslag i vardagen. Respondenten uttrycker en önskan om att ha någon att faktiskt få skratta lite igenkännande med, framförallt när det varit som allra värst. Att träffa andra vuxna som vet precis hur det är, trots olikheter, då man konstant befinner sig i det sjuka.

Respondenten berättar att barnet är en idrottare, och om svårigheten att hitta en balans där det inte går till överdrift.

*”Hen håller på med cheerleading, och utifrån hens storlek har hen alltid fått vara på topp, helt orädd har de kunnat kasta och slänga hen hur som. Och hen har ju verkligen levt upp de tillfällena och all den bekräftelse hen fått genom det. Vilket också bidragit till att hen inte velat bli större.”*

Barnet har fått börja varit med på idrotten på skolan efter att hon blivit normalviktig, och är cheerleader på fritiden. Detta är något som varit till barnets fördel att vara liten och lätt, då hen alltid varit på topp, och blivit bekräftad för det. Att väga mer innebär att hen behöver vara den som lyfter andra istället, något som hen upplevt som ett misslyckande.

Utifrån problematiken kring separationen upplever respondenten att inte är någon slump att barnet har en ätstörning.

*”Jag känner skuld över att jag tvingat hen att varannan vecka åka till den andra föräldern. Det kan jag känna en otrolig ångest över. Och att det är mitt fel med ätstörningen, för att jag har tvingat och tvingat.”*

Respondenten upplever att det är på grund av det som allt började. Barnet fick ont i magen och kunde inte äta när hen skulle dit. Respondenten tvingade barnet till detta på grund av bland annat rädsla för den andra föräldern, och tror att barnet inte hade befunnit sig där det gör idag om respondenten gjort annorlunda.

Tidigare forskning visar hur ätstörningar ofta dominerar familjefunktioners mönster och diskussioner kring mat, vilket kan leda till en minskning av sociala aktiviteter, ökad argumentation, ökad spänning och förändringar av framtidsplaner (Blow & Downs, 2013). Dessa mönster och diskussioner är något som respondenten beskriver, och hur det skulle hjälpa med att få träffa andra föräldrar i samma situation för att prata om just detta. Trots olikheter i sjukdomstillståndet, kan den sociala problematiken skapa igenkänningsfaktorer mellan de olika familjerna, vilket respondenten uttrycker en önskan om. Att få ta del av hur det ser ut hos andra familjer kan skapa en förståelse om situationens komplex och på så vis skapa verktyg till att hantera den.

Gemensamt för de olika familjeterapeutiska inriktningarna är att man ser individen och symtomen i ett relations sammanhang, ätstörningssymtomen existerar i ett samspel mellan

individer i familjer. Anhöriga till personer med ätstörningar blir ofta paralyserade av rädsla och skuld, och går in i ett medberoende. Genom att anhöriga anpassar sig förstärks och vidmakthålls sjukdomen. Den familjebaserade behandlingen syftar till att öka föräldrars upplevelse av kompetens, och föräldrarna får dessutom hjälp med relationen till den drabbade (Clinton & Norring, 2009). Respondenten berättar om den skuld denna känner för sjukdomens uppkomst, något som kan skapat en medberoende. Medberoendet är något respondenten beskriver som en av anledningarna till en önskan om föräldrargrupp. I en föräldrargrupp skulle föräldrarna förutom att ta del av varandras erfarenheter också få möjlighet till att öka deras upplevelse till kompetens. Genom att få en djupare förståelse om deras egna situation och hur sjukdomen påverkar dem, kan relationen till den sjuka förbättras. Den tidigare forskningen bekräftar viktiga delar i behandlingen av sjukdomen som respondenten uttrycker sig sakna.

### 6.3 Förälderns roll

Respondenten beskriver hur tungt det varit, och hur denna ofta hanterat denna situation på egen hand genom hundpromenader i skogen som givit utrymme till tårar och frustration.

*”Det har varit extremt utifrån att jag är ensamstående. Hen träffar inte den andra föräldern om hen får välja.”*

När de skulle genomgå lägenhetsbehandlingen fick barnets mormor följa med, då verksamheten upplevde att det inte fungerade bra med endast en deltagande förälder. Barnets mormor är därför den som ser efter barnet om respondenten arbetar, utifrån att hon också har strukturen och vetskapen, vilket gör det svårare för barnet att dölja sina symtom. Respondenten uttrycker en tacksamhet över detta, även om hen alltid varit den som fått ta alla diskussioner, har ensamheten inte varit lika stor. Det har också givit utrymme till möjlighet att få komma hemifrån en stund för att andas, och skapa ny energi.

När barnet har sondmatats har respondenten varit tvungen att hålla i barnet mot barnets vilja. Varpå barnet förtvivlat uttryckt frågor som varför respondenten utsätter barnet för detta, och påståenden som att respondenten måste hata barnet eftersom hen utsätter barnet för detta.

*”Det är klart jag har varit tuff. Men då får jag gå ut i skogen och gråta sen, för att det är så jobbigt. Jag känner mig ju hemsk, men jag har ju inget att välja på. Jag har ingen annan som kan ta de här striderna”.*

Respondenten uttrycker att hon har lätt att be om hjälp, och räds inte för att ifrågasätta. Respondenten uttrycker också att hen kanske haft tur ändå, utifrån att hen genom olika yrkesutbildningar har mycket kunskap, och är van att sitta i tuffa samtal. Att hen på grund av hennes utbildningar har mycket verktyg att jobba med, men att hen utan dem hade varit chanslös.

Tidigare studier bekräftar att det bästa tillvägagångssättet vid behandling av barn och ungdomar är att inkludera föräldrarna. Familjebaserad behandling poängterar vikten av familjens roll vid stöttning av barnet, samt ser familjen som avgörande för tillfrisknandet. Föräldrarna har en central roll i att både hantera och avbryta symtomen av ätstörningar (Forsberg & Lock, 2015). Forskningen beskriver föräldrars roll som betydande vid behandling, något som sätter stor press på redan de utsatta föräldrarna. Respondenten uttrycker avgörande faktorer som egentid i form av hundpromenader, samt tidigare utbildningar som bidragit till kunskap och kompetens för att både kunna hantera och vara behjälplig i tillfrisknandet. Dessa faktorer är tillfälligheter, och inte något som går att ta för givet att alla föräldrar har tillgång till.

Familjebaserad behandling syftar till att mobilisera familjen till att bekämpa ätstörningen, lära föräldrarna hur man går tillväga gällande ätande och viktuppgång, samt i slutändan låta barnet övergå till att självständigt äta. Föräldrarnas funktion och ansvar blir på så vis avgörande (Aspen et al., 2014). Respondenten uttrycker sig ha varit chanslös utan den tidigare kunskap hen haft i att hantera och påverka sjukdomen, vilket bekräftar forskningen och huruvida upplevelsen av kompetens utgör en stor del av förälderns roll.

Nivåer är ett grundläggande begrepp inom systemteorin. Mänskliga system som familjesystem kan liknas vid en spiraltrappa där trappstegen blir vidare och större ju högre upp i trappan man kommer. På så vis är två saker av stor praktisk betydelse för ett fungerande familjeliv, dels att de högre nivåerna i hierarkin är överordnad, och dels att gränserna mellan systemets olika plan måste upprätthållas för att helheten ska fungera (Öquist, 2008). Respondenten beskriver hur hen vid tillfällena fått vara tuff utåt sett mot

barnet, för att sedan avreagera sig i sin ensamhet. Respondentens agerande, som varit i enlighet med detta typ av synsätt gällande hierarkier, kan därmed förstås som ett sätt till att upprätthålla systemets olika plan för att få helheten att fungera, för att möjliggöra ett fungerande familjeliv.

Inre arbetsmodeller är inom anknytningsteorin, funktionen om att tolka och förutsäga anknytningspersonernas känslor och beteenden, samt reglera barnets egna känslor, tankar och anknytningsbeteenden. Modeller av andra och modeller av självet utvecklas som ett resultat av barnets erfarenheter från samspel med anknytningspersonen.

Anknytningspersonen utgör basen när det gäller arbetsmodeller av andra. Erfarenheter om vem denna anknytningsperson är, vart denna befinner sig, och hur hen kan förväntas svara på barnets signaler är avgörande för hur barnets modell av andra utvecklas. Acceptansen från anknytningspersonen av barnet och dess beteenden är centralt för utvecklingen av modellen självet (Broberg, 2006). Respondenten berättar hur situationen varit extrem utifrån att hen är ensamstående, och barnet inte vill träffa den andra föräldern. Barnets känslor, tankar och anknytningsbeteende angående de olika föräldrarna har utvecklats utifrån erfarenheter från samspel med anknytningspersonen. Respondenten har visat en acceptans av barnet och dess beteenden genom att hela tiden finnas tillgänglig. Anknytning handlar om vårt behov av nära relationer, och hur vi fungerar i dessa. Anknytningen kallas trygg om individen får trygghet och beskydd när den söker den andres närhet, och om närhetssökandet inte leder till detta kallas den otrygg (Broberg, 2006). Respondenten beskriver hur barnets mormor funnits närvarande som ett stöd till de båda. Både respondenten och barnet har fått ytterligare en trygg anknytning som kan bidra till en kompensation av den frånvarande andra föräldern.

#### 6.4 Terapeutens roll

Respondenten berättar att barnet tycker väldigt mycket om sin terapeut på mottagningen för specialistsjukvård, att hen är den enda som varit bestämd och tydlig. Om personalen varit för snäll har barnet utnyttjat utrymmet det givit barnet. Respondenten upplever att terapeuten på mottagningen för specialistsjukvård varit som ett bollplank, där hen har kunnat bolla frågor och funderingar. Det har också varit någon att vända sig till då hen känt sig orkeslös, för att gråta ut och få ny energi. Respondenten går också i egna samtal via en annan instans för att orka med att hantera hela livssituationen. Respondenten upplever inte att mottagningen för specialistsjukvård haft någon konkret plan, men att de ändå funnits

till. I början hade de tätare samtal, men nu är det inte lika mycket och ofta. Respondenten uttrycker att om hen behövt information eller kunskap har hen blivit hänvisad till att gå in på olika websidor för att på egen hand lära sig. Respondenten anser att deras terapeut är mycket bra, men att respondenten upplevt en stor frustration över att mottagningen för specialistsjukvård inte kunnat erbjuda det denna önskat på hemmaplan. Respondenten upplever att det är mycket familjen behöver hjälp med, och att denna kan sakna mer struktur. Familjen träffar inte läkaren så ofta, vilket inneburit att respondenten haft många frågor och funderingar som inte det inte funnits möjlighet att få svar på.

Respondenten uttrycker att terapeuten är det som varit bäst under tiden familjen varit hemma, och upplever att de är ganska lika, har många gemensamma tankar, och kan båda ställa de jobbiga frågorna. Respondenten upplever att de terapeuter som givit barnet för mycket utrymme har varit till barnet och behandlingens nackdel. Barnet har lärt sig hur hen genom sitt agerande kommer undan situationer. Respondenten uttrycker att det som hjälpt mest under behandlingen har varit att terapeuten alltid stått kvar.

*”Spelar ingen roll om hon blivit arg, skrikit och varit otrevlig. Hen får ingen framgång med om hur hen betar sig. Då sitter terapeuten bara lugnt kvar. Hen är så himla tydlig. Allt är tydligt, klart och tryggt. Säger hen att hen ska göra något så gör hen det. Samtidigt som det finns utrymme för prat och skratt.”*

Människan är psykiskt system och kännetecknas i första hand av tänkande, dessa tankar är den enskilde individens tankar som andra endast får tillgång till via kommunikation. Kommunikation utgör ett socialt system, där det som hörs är till för att förstå och tolka, och det som sägs yttrar man i syfte till att bli förstådd (Moe, 1996). Respondenten uttrycker att terapeutens roll varit avgörande i behandlingen, och det är genom kommunikation terapeuten lyckats få tillgång till barnets och respondentens tankar. Genom kommunikationen har det dessutom givits utrymme till förståelse och tolkning för barnet, respondenten och terapeuten.

Begreppet trygg bas är en viktig del inom anknytningsteorin, och har sin kärna i att utgöra ett sorts redskap för nyfikenhet och utforskning. Den trygga basen innebär att om något hotfullt eller skrämmande plötsligt skulle inträffa barnet kan det återvända till ”basen” och på så vis fortsätta vara avslappnat. Anknytningsteorin hävdar att en terapeuts viktigaste



uppgift är att förse patienten med en trygg bas genom termer som accepterande, konsistent, empatisk tillgänglighet och framförallt en inställning som främjar patientens självständighet (Perris, 1996). Respondenten bekräftar att terapeuten är den del av behandlingen som varit till mest hjälp, och har försett barnet med den trygghet som har behövts för att kunna verka för förändring. Terapeuten har visat barnet att hen alltid står kvar, och på så vis har barnet kunnat återvänta till den trygga basen terapeuten utgjort.

## 7. Diskussion

Syftet med studien har varit att undersöka upplevelser hos föräldrar till barn med ätstörningar vid behandling, samt om dessa föräldrar förser med nödvändig kunskap och kompetens för att kunna vara behjälplig i barnets tillfrisknande. För att kunna besvara dessa frågor har studien utgått ifrån följande frågeställningar: Hur ser behandlingen ut för barnet och tar den hänsyn till den sociala problematiken? Upplever respondenterna att de försetts med information och kunskap gällande sjukdomen och dess tillhörande sociala problematik? Upplever respondenterna att de kan stötta, hjälpa och påverka barnet i tillfrisknandet? Upplever respondenterna att de själva kan få stöttning och hjälp i deras roll som föräldrar till ett barn med en sjukdom? Jag anser att samtliga frågeställningar blivit besvarade, och diskuterar de svar resultatet generat till här nedan.

Av resultatet framgår att behandlingen för barnet kan se olika ut beroende på vilken kommun den utförs i. Behandlarna jobbar främst för att hantera de medicinska sjukdomssymtomen, och gällande den sociala problematiken kan stöd finnas att få, men något konkret handlingsplan verkar inte finnas. Ätstörningar har allvarliga medicinska effekter, som kan komma att innebära ödesdiga konsekvenser, dock är den sociala problematiken minst lika omfattande och kräver därmed också en betydande del i behandlingens planering. Den sociala problematiken påverkar samhället på både mikro- och makronivå. På mikronivå genom att barnet ofta blir borta från skolan med rörelseförbud en längre period, vilket kan leda till isolering, utanförskap, försämrad självkänsla etc. På makronivå genom att sjukdomen ofta kräver intensiv behandling med ständig övervakning, vilket innebär att föräldrarna inte kan jobba under längre perioder, något som kostar samhället mycket pengar.

Huruvida respondenterna försetts med kunskap och information gällande sjukdomen och

dess tillhörande sociala problematik är svårt att besvara då studiens enda respondent uttrycker sig har haft tur gällande detta utifrån tidigare utbildningar och kunskaper. Min upplevelse är dock att detta är något som kan utvecklas, då eventuell kunskap endast verkar ha inneburit rådgivning om vart det går det går att finna mer information och kunskap.

Gällande om respondenterna upplever att de kan stötta, hjälpa och påverka barnet i tillfrisknandet framgår det i studien att miljön och övriga faktorer som påverkar livssituationen har en stor betydelse om huruvida detta är möjligt eller inte. Sjukdomen utgör en komplex situation, och då förändringen måste komma inifrån krävs trygghet som leder till allians hos både förälder och terapeut.

Studien visar på att den stöttning och hjälp som respondenterna kan få i deras roll som föräldrar till barn med ätstörningar bygger på tillgänglighet hos terapeuten för situationer där föräldern inte orkar med, och behöver stödjas för att fortsätta i rätt riktning.

Respondenten beskriver en önskan om föräldragrupp för att kunna träffa andra föräldrar i liknande situation, något som skulle kunna bidra till många betydande delar för att orka hantera och påverka situationen, men också för att få en förståelse om hur sjukdomen påverkat de själva likt ett medberoende.

Studiens respondent beskriver hur hans situation varit extrem utifrån att hen är ensamstående, vilket är något som påverkar resultatet i den utsträckningen att påfrestningen varit dubbelt så omfattande för denna förälder, samt att mycket problematik har sitt ursprung i separationen och den andre förälderns våld mot respondenten. Resultatet blir på så vis inte entydigt utifrån ätstörningen och den problematik som uppkommit utav den, utan livssituationen för både barnet och respondenten har en komplexitet som kräver ett fokus som inte bara omfattar sjukdomen. Trots detta anser jag att resultatet besvarat frågeställningarna och därmed syftet, då det är oundvikligt att det i många sjuka barns livssituationer föreligger problematik utöver sjukdomen.

## 7.1 Metodens för- och nackdelar

Valet av kvalitativ metod som design för att skapa ett tillvägagångssätt som kunde besvara frågeställningarna var definitivt till studiens fördel. Detta tillvägagångssätt skapade möjligheter till djupgående information om hur sjukdomen påverkat föräldrarna, och

föräldrarna påverkat sjukdomen. Studien är utformad som en fallstudie, i ett försök att rymma mer detaljerad och ingående undersökning om en viss organisation. Detta är något som blev till en nackdel då valet om att undersöka en organisation gjorde urvalet för begränsat och bidrog till endast en respondent, något som hade kunnat undvikas om fler organisationer blivit tillfrågade. Förfrågan om deltagande ställdes till föräldrar i pågående behandling, i en förhoppning om att det skulle underlätta tillvägagångssättet. Eventuellt kan det också ha varit till studiens nackdel då situationen familjen befinner sig i är känslig och påfrestande. Studiens fokus som legat på föräldrarnas perspektiv är något som varit till fördel utifrån den tidigare forskningen som visar på att familjebaserad behandling är den behandling som fått mest genomslag åtminstone gällande anorexia nervosa. Genom att belysa föräldrarnas upplevelser tydliggörs behandlingens syfte och tillvägagångssätt ur det perspektiv som också ska ta del av det. Föräldrarna utgör en central roll i barnets tillfrisknande, och det är därför av stor vikt att föräldrarna är involverade i behandlingen och förses med kunskap för att skapa upplevelse om kompetens.

Framtida forskning behöver undersöka om hur olika kommuner med olika förutsättningar ska kunna erbjuda likvärdig behandling, då valet av bostadsort inte ska behöva ha någon betydelse. Behandlingsmetoder som når framgång behöver förutsättningar till att kunna användas.

## 8. Referenser

Aspen, V., & Boutelle, K. (2014). Family-based treatment without a family: Case report of an adolescent with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(1), 119-123. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-013-0070-7>

Bernard, H.R. & Ryan, G.W. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, (15), 85 – 109

Blow, J. A., & Downs, J. K. (2013). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: The last 25 years of research. *Journal of Family Therapy*, 35(1), 3-28.

<http://search.proquest.com/socialsciences/docview/1413434594/CDEE5A8EB1AC4DFCPQ/1?accountid=12495>

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.

Broberg, A. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Bunce, A., Guest, G. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, (18), 59-82.

Carballeira, S. N., Hägglöf, B., & Nilsson, K. (2012). Mitt barn svälter sig – hjälp! *Läkartidningen*, 109(42), 1889 - 1891.

[http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/18765/LKT1242s1889\\_1891.pdf](http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/18765/LKT1242s1889_1891.pdf)

Clinton, D. & Norring, C. (red.) (2009). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur & kultur.

Davidsson, B. & Lillman Ringborg, C. (2001). *Matkampen: om ätstörning i familjen*. Stockholm: Gothia.

Engström, I., Nevenon, L., & Paulsson-Karlsson, G. (2009). A pilot study of a family-

based treatment for adolescent anorexia nervosa: 18- and 36-month follow-ups. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 17(1), 72-88.  
<http://search.proquest.com/socialsciences/docview/621706028/455CE737B63405DPQ/1?accountid=12495>

Erling, A. & Hwang, P. (red.) (2001). *Ungdomspsykologi: utveckling och livsvillkor*. Stockholm: Natur och kultur.

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Föräldrar spelar roll. Vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete* [Broschyr]. Hämtad från  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12829/foraldrar-spelar-roll-vagledning-i-lokalt-och-regionalt-foraldrastodsarbete.pdf>

Forsberg, S., & Lock, J. (2015). Family-based treatment of child and adolescent eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24, 617-629.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26092743>

*Frisk & fri: Riksföreningen mot ätstörningar* [Broschyr]. (2017).

Frisk & fri: Riksföreningen mot ätstörningar. (2017). *Om ätstörningar: Diagnoser*. Hämtad 2017-04-21 från <http://www.friskfri.se/om-atstorningar/diagnoser/>

Gillberg, C., Gillberg, C., & Råstam, M. (1998). *Två sidor finns inom patienten med ätstörning: Den ena vill bli frisk, den andra kämpar emot*. *Läkartidningen*, 95 (17), 1932 - 1936. <http://www.lakartidningen.se/OldArticlePdf/#!/1998/17520>

Grange, L. D., & Lock, J. (2005). Family-Based Treatment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 64-67.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20122/epdf>

Grange, L. D., Greif, R., Loeb, L. K., & Lock, J. (2012). Transdiagnostic Theory and Application of Family-Based Treatment for Youth with Eating Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 17-30.  
<http://search.proquest.com/socialsciences/docview/837458577/35BA16E51AF04E5CPQ/1?accountid=12495>

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms qualitative research. I Denzin N. K., & Lincoln Y. S. (red.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage

Gustafsson, N. (2009) Familjeterapi. I Clinton, D. & Norring, C. (red.) *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* s. 111 - 119. Stockholm: Natur och kultur.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (2011). *Jag har redan ätit: att vara anhörig till någon som lider av ätstörning*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 274-279.  
<http://search.proquest.com/socialsciences/docview/894159162/FBD630A764D54E60PQ/1?accountid=12495>

Lundsbye, M. (2010). *Familjeterapins grunder: ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Moe, S. (1996). *Sociologisk betraktelse: en introduktion till systemteori*. Lund: Studentlitteratur.

Norring, C. (2011) Förord. I Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (red.) *Jag har redan ätit: att vara anhörig till någon som lider av ätstörning* s.9. Stockholm: Gothia

Payne, M. (2012). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Johanneshov: TPB.

Perris, C. (1996). *Ett band för livet: Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi*. Stockholm: Natur och kultur.

Psykiatriska kliniken i Skellefteå. (2011). *Vårdprogram för ätstörningar* [Broschyr]. Skellefteå: Solkraft tryckeri i Skellefteå.

Rhodes, P. (2003). The Maudsley Model of Family Therapy for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: Theory, Clinical Practice, and Empirical Support. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 24, 191 - 198.

Riksföreningen anorexi/bulimi-kontakt (2004). *En närståendes handbok: en praktisk handbok för närstående till personer med ätstörningar*. Stockholm: Riksfören. anorexi/bulimi kontakt.

Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-04-21 från [http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningsed*. Bromma: CM-Gruppen AB

Wallin, U. (2004). Ätstörning och familjen – en översikt. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 124(17), 2251 - 2253. <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2004-2251-3.pdf>

Wallin, U. (2009) Behandling av barn med ätstörningar. I Clinton, D. & Norring, C. (red). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* s. 111 - 119. Stockholm: Natur och kultur.

Wallin, U. (2016). *Tidig viktuppgång vid anorexia nervosa ger god prognos. Intensiv familjebaserad behandling ger bäst resultat* (2016;113:DWXX). Hämtad från Läkartidningens webbplats: <http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/WX/%5bDWXX%5d/DWXX.pdf>

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Öquist, O. (2003). *Systemteori i praktiken: systemteorins tillämpning inom utbildning, vård, socialt arbete*. ([Aktualiserad och uppdaterad uppl.]). Stockholm: Gothia.

Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*. (3.,  
omarb. uppl.) Stockholm: Gothia.

### **Intervjuer**

Respondent

Intervju förälder 1 tillfälle 1 genomförd: 2017-04-27



## Bilaga 1. Förfrågan om deltagande i intervju

Mitt namn är Josefine Benerfalk och jag studerar termin 6 på socionomprogrammet vid Mittuniversitetet i Östersund. Under denna termin kommer jag att skriva min C-uppsats, som handlar om föräldrars betydelse för barn med ätstörningar. Syftet med studien är att undersöka upplevelser hos er föräldrar vid behandling av ätstörningar, samt om ni föräldrar förses med nödvändig kunskap och kompetens för att kunna vara behjälplig i barnets tillfrisknande.

Jag är intresserad av att genomföra ett antal intervjuer med föräldrar till barn med ätstörningar. Intervjun beräknas ta ca 60 min och kommer att spelas in för att sedan transkriberas. Materialet från intervjun kommer att avidentifieras och vara konfidentiellt, personlig information kommer inte att framgå i materialet och ingen utomstående kommer kunna härleda er medverkan. När uppsatsen blivit godkänd av universitetets examinator kommer materialet raderas så att ingen obehörig kan ta del av det.

Deltagandet i intervjun sker frivilligt och ni har därför rätt att avbryta er medverkan om så önskas. Ett samtyckesformulär kommer att finnas på plats vid intervjutillfället att fylla i. Jag hoppas att få höra från er om ni vill medverka eller om ni har några funderingar.

Med vänliga hälsningar

Josefine Benerfalk

Mail: [jobe1007@student.miun.se](mailto:jobe1007@student.miun.se)

Telefon: 0730272876

Ansvarig handledare från Mittuniversitetet

Ulf Engqvist

Mail: [ulf.engqvist@miun.se](mailto:ulf.engqvist@miun.se)

## Bilaga 2. Samtyckesformulär

Härmed intygas att jag väljer att delta i studien.

Jag har erhållit muntlig och skriftlig information angående studiens syfte om föräldrars upplevelser vid behandling av barn med ätstörning.

Alla personuppgifter samt inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Jag är medveten om att jag när som helst har möjlighet att avbryta mitt deltagande.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

## Bilaga 3. Intervjuguide

### **Information:**

- Studiens syfte
- Informationskravet
- Samtyckeskravet
- Konfidentialitetskravet
- Nyttjandekravet

### **Behandling:**

- Vilken typ av behandling genomgår ert barn?
- Är behandlingens syfte och dess förväntade utfall tydligt?
- Finns det en förståelse om den aktuella behandlingsformen, samt vårdplanen?
- Tar behandlingen hänsyn till den sociala problematik som ofta medföljer sjukdomen?

### **Föräldraroll:**

- Har ni försetts med information för att få förståelse om sjukdomen?
- Har ni försetts med kunskap för att kunna vara behjälplig i tillfrisknandet?
- Upplever ni att ni har fått för verktyg att använda för att vara behjälplig i tillfrisknandet?
- Upplever ni att ni får stöttning och hjälp i er roll som föräldrar till ett barn med en sjukdom?

### **Bemötande/allians:**

- Har ni mötts av förståelse?
- Har ni mötts med respekt?
- Har ni någonsin under behandlingen känt er anklagad?

### **Avslutande**

- Upplever ni att ert barn tillsammans med er nått en vändpunkt?
- Har den eventuella vändpunkten varit positiv/negativ?
- Vad har ni upplevt varit bra med behandlingen?
- Vad har ni upplevt varit mindre bra med behandlingen?

- Vad har hjälpt under behandlingen?
- Har ni saknat något under behandlingen?