

# “Mitt barn blev svårt sjukt utan att jag märkte någonting”

En kvalitativ studie om föräldrars upplevelse av att ha ett barn med ätstörningsproblematik

Erica Sjöstrand

Ann-Sofie Sandin

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



## EXAMENSARBETE

Författare: Erica Sjöstrand & Ann-Sofie Sandin  
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa  
Handledare: Anita Ståhl-Levón & Ann-Louise Glasberg

Titel: "Mitt barn blev svårt sjukt utan att jag märkte någonting"

- En kvalitativ studie om föräldrars upplevelse av att ha ett barn med ätstörningsproblematik

---

Datum: 31.5.2017

Sidantal: 48

Bilagor: 1

---

### Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att få en ökad förståelse för föräldrars upplevelser av att vara närstående till ett barn i åldern 12 – 18 med ätstörningsproblematik samt att få svar på frågan gällande vilket stöd föräldrarna har fått för att bemästra denna situation.

Examensarbetet är en kvalitativ litteraturstudie där information samlats in genom användning av tre självbiografiska böcker. Bland de tre självbiografiska böckerna som använts hittas Marianne Käckos *Ta livet av mig mamma* (2008), Ann Hörnfeldts *Då fanns ingen nåd* (1997) och Sofia Torvalds *Hungrig* (2013). Resultatet har analyserats i enlighet med teorin för kvalitativ innehållsanalys samt tolkats emot teoretiska utgångspunkter, bakgrund och tidigare forskning. De teoretiska utgångspunkter som använts är Aaron Antonovskys KASAM (2005) och Katie Erikssons lidandemodell (1994).

I resultatet framkommer det att föräldrar upplever det vara både smärtsamt och tungt att vara närstående till ett sjukt barn samt att familjens omstrukturering är ett av det mest centrala i förhållningen till sjukdomen. Respondenterna har upptäckt att den förändrade livssituationen är den förändring som påverkar dagen mest för föräldrarna. Föräldrarna önskar även få mer information om läget och om behandlingens framskridande.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: ätstörningar, föräldrar, upplevelse

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Erica Sjöstrand & Ann-Sofie Sandin  
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa  
Ohjaajat: Anita Ståhl-Levón & Ann-Louise Glasberg

Nimike: " Minun lapseni sairastui vakavasti ja en huomannut mitään"  
- Laadullinen tutkimus vanhempien kokemuksista lapsesta jolla on syömishäiriö

---

Päivämäärä: 31.5.2017

Sivumäärä: 48

Liitteet: 1

---

### Tiivistelmä

Opinnäytetyön tavoitteena on saada lisää ymmärrystä vanhempien kokemuksesta olla läheinen lapselle iässä 12 - 18 jolla on syömishäiriötä, sekä saada vastauksia siitä millaista tukea vanhemmat ovat saaneet selviytymään tästä tilanteesta.

Opinnäytetyö on laadullinen kirjallisuustutkimus missä tietoa kerättiin lukemalla kolme elämäkerrat. Näistä kolme elämäkerrat voidaan löytää Marianne Käckon *Ta livet av mig mamma* (2008), Ann Hörnfeltdin *Då fanns ingen nåd* (1997) ja Sofia Torvaldsin *Hungrig* (2013). Tulokset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin kautta ja asettamalla niitä teoreettisten peruskohteeseen, taustan ja aikaisemmin tehtyjen tutkimusten vastaan. Käyttäneet teoreettisten peruskohteeseen ovat Aaron Antonovskyn KASAM (2005) ja Katie Erikssonin kärsimysmalli (1994).

Tulokset osoittavat, että vanhemmat kokevat tilanteen olevan kivulias ja raskas kun on läheinen sairaalle lapselle sekä perheen uudelleenjärjestely on yksi tärkeimmistä asioista tautien liittymistä. Vastaajat ovat kuitenkin havainneet, että muuttunut elämäntilanne on se asia joka vaikuttaa vanhempien päivää eniten. Vanhemmat haluavat myös saada lisätietoja tilanteesta ja hoidon edistymisestä.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: syömishäiriöt, vanhemmat, kokemus

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Erica Sjöstrand & Ann-Sofie Sandin  
Education and place: Nurse, Vaasa  
Supervisors: Anita Ståhl-Levón & Ann-Louise Glasberg

Title: " My child got ill without me noticing it"

- A qualitative study on parents' experience of having a child with eating disorder problems

---

Date: 31.5.2017

Number of pages: 48

Appendices: 1

---

### Summary

The purpose of this bachelor's thesis is to gain an increased understanding of parents' experiences of having a child between the age of 12 and 18 with issues due to an eating disorder, as well as to answer the question of what support the parents have received to master their situation.

This bachelor's thesis is a qualitative literature study where information has been collected by using three autobiographical books. These were Marianne Käcko's *Ta livet av mig mamma* (2008), Ann Hörnfeldt's *Då fanns ingen nåd* (1997) and Sofia Torvalds's *Hungrig* (2013). The results have been interpreted in accordance with the theory of qualitative content analysis as well as in relation to theoretical framework, background and previous research. The used theoretical frameworks were Aaron Antonovsky's KASAM (2005) and Katie Eriksson's suffering model (1994).

The result of this study shows that parents find it both painful and heavy to be relative to a sick child and that family restructuring is one of the most central part in the relation to the disease. However, the respondents have discovered that the changing life situation is the change that affects the parent's day the most. The parents also want more information about the situation and the treatment progress.

---

Language: Swedish

Key words: eating disorders, parents, experience

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Teoretiska utgångspunkter .....	3
3.1	Känsla av sammanhang .....	3
3.2	Lidandemodellen .....	4
4	Bakgrund .....	5
4.1	Ätstörningar.....	5
4.1.1	Anorexi.....	6
4.1.2	Bulimi .....	7
4.1.3	Ätstörning UNS .....	8
4.1.4	Hetsättningsstörning .....	9
4.1.5	Ortorexi .....	9
4.2	Behandling och vårdalternativ för ätstörningar .....	10
4.2.1	Mandometermetoden.....	10
4.2.2	Maudsleymetoden .....	11
4.2.3	Montreuxmetoden .....	12
4.2.4	Psykoanalytisk terapi .....	13
4.2.5	Sondmatning.....	14
4.3	Familjeliv .....	15
4.3.1	Pappan .....	16
4.3.2	Mamman .....	16
4.3.3	Syskon .....	17
4.4	Ungdomstiden.....	18
5	Tidigare forskning .....	19
6	Metod.....	21
6.1	Kvalitativ litteraturstudie.....	21
6.2	Datainsamlingsmetod och urval .....	21
6.2.1	”Ta livet av mig mamma” .....	22
6.2.2	”Då fanns ingen nåd” .....	22
6.2.3	”Hungrig” .....	23
6.3	Kvalitativ innehållsanalys .....	23
6.4	Etiska aspekter.....	24
7	Resultat .....	25
7.1	Förändrad livssituation.....	25
7.1.1	Förändrade vardagsrutiner .....	25
7.1.2	Förändrade sociala relationer.....	26

7.1.3	Ekonomisk påverkan .....	27
7.1.4	En känsla av skuld och skam .....	28
7.2	Förändrade familjeförhållanden .....	29
7.2.1	Mellan föräldrarna och barnet med ätstörningsproblematik.....	29
7.2.2	Mellan föräldrarna.....	31
7.2.3	Mellan föräldrarna och övriga familjemedlemmar.....	32
7.2.4	Mellan syskon .....	33
7.3	Vården.....	34
7.3.1	Mötet med vården .....	34
7.3.2	Vårdens tillgänglighet.....	35
7.3.3	Samarbete och förståelse.....	36
8	Diskussion.....	37
8.1	Resultatdiskussion .....	38
8.1.1	Förändrad livssituation .....	38
8.1.2	Förändrade familjeförhållanden.....	39
8.1.3	Vården .....	39
8.2	Metoddiskussion .....	40
8.3	Slutledning.....	42
	Källförteckning.....	45

## **Bilagor**

Bilaga 1

Artikelsökningsöversikt

1

## 1 Inledning

*"Jag ska älska dig tills hjärtat slutat slå"* (Jadelius & Eriksson, 2003). Det måste ändå vara den mest förekomna meningen en förälder avyttrar, om än det görs i tanken eller genom verbal kommunikation. Föräldrar hör nämligen till den grupp individer vars hjärtan slår för fler personer än enbart dem själva vilket gör dem beredda att, genom vilka medel som krävs, ta strider för sitt barns skull. Föräldrar önskar således att deras barn ska få växa upp friska och välmående, en egenskap som även bidrar till en naturlig känsla av ängslan och oro ifall den önskan inte förverkligas. Speciellt påfrestande kan det bli för föräldern om dess barn visar tecken på att ha drabbats av ohälsa. Ohälsa kan nämligen medföra en betydande belastning, speciellt i sådana fall där barnets sjukdom rankas som allvarlig eller rent utav livshotande, eftersom det är barnets föräldrar eller andra vårdnadshavare som handhar *"det primära ansvaret för barnets välbefinnande"* (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.). Påfrestningen blir således väldigt stor, inte bara för föräldern, utan också för den övriga familjen både rent psykiskt men även fysiskt vid en dylik situation.

Ätstörningar är ett specifikt uttryck på psykisk ohälsa kopplat till ätbeteende, något som under årens lopp, enligt antalet insjuknade, verkar ha blivit allt mer förekommande. Detta till följd av den uppkomna kroppsfixeringen och alla rådande skönhetsideal där en smal kropp förespråkas. Speciellt synligt är detta fenomen på sociala medier. Vanligen sker ätstörningsdebuten i åldern 10 - 25, där debuten för anorexi i genomsnitt sker tidigare än debuten för bulimi. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s. 26). Inom detta åldersspann utgör föräldrar ännu en betydande roll för barnen och ungdomarna. Föräldrarna utgör alltså en viktig grundsten i deras liv, vilket framförallt varseblivs under återhämtningsfasen från ätstörningsproblematik hos unga patienter eftersom familjen och föräldrarna då konkretiserar både trygghet och stöd. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 46-48).

Att orka och klara av att försöka hjälpa samt stöda någon som är drabbad utav en ätstörning kräver dock sin beskärda del av både tålamod och stresstålighet. En familjemedlem, främst någon utav föräldrarna, kan fungera som en stark resurs i barnets tillfrisknande, förutsatt att denne befinner sig i kroppslig och själslig balans. En förälder som själv är i obalans och lider av situationen anses således inte vara den mest gynnsamma resursen när det kommer till vad som är det mest optimala för den insjuknade. Anhöriga vidhåller således en mycket svår och utsatt situation när det kommer till frågan om vården kring den som insjuknat i ätstörning.

Vårdarbetet borde därför också handla om och bejaka det faktum att även föräldrarna, samt den övriga familjen, får den vägledning, hjälp och det stöd de behöver för att fortsätta kunna utgöra den centrala del av barnets liv som föräldraskapet faktiskt innebär. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 123).

Föräldrar till ätstörningssjuka barn, alternativt ungdomar, tvingas ofta att uppoffra en stor del av sitt normala liv till förmån för barnets ätstörningsvård. Under sådana omständigheter är det inte ovanligt att även föräldrar drabbas av ohälsa, så som utmattningsrelaterade sjukdomar, depression eller en kombination av dem båda. Föräldrastöd är med andra ord ett viktigt element i vården av det ätstörningssjuka barnet. Vi respondenter har valt, genom att läsa biografier skrivna ur föräldra- och den insjuknades perspektiv, att öka vår kunskap kring de ätstörningar som är mer förekommande hos ett barn i tonåren eller den nedre ungdomen, det vill säga i åldern 12 - 18. Tanken med undersökningen och arbetet är att ta reda på föräldrars egna upplevelser av att vara närstående till ett barn i åldern 12 – 18 år med ätstörningsproblematik samt att få svar på frågan gällande vilket stöd föräldrarna har fått för att bemästra denna situation. Utgångspunkten till denna tanke härstammar från arbetslivet där ätstörningar av dessa typer idag verkar ha blivit allt mer vanligt förekommande, främst på barnavdelningar.

## **2 Syfte och frågeställning**

Syftet med denna studie är att få en ökad förståelse för föräldrars upplevelser av att vara närstående till ett barn i åldern 12 – 18 med ätstörningsproblematik. Utöver det kommer vi att undersöka vilket stöd föräldrarna har fått för att bemästra denna situation.

- Hur upplever föräldrarna att ha ett barn i åldern 12 – 18 med ätstörningsproblematik?
- Vilket stöd har föräldrarna fått för att bemästra denna situation?



### 3 Teoretiska utgångspunkter

Utgående från det ämne vi valt att fördjupa oss i har den teoretiska infallsvinkeln som Aaron Antonovsky framtagit, genom sin studie av *"judiska kvinnor som överlevt koncentrationsläger"* (Aroseus, 2013), valts. I jämförelse till Antonovskys teori har vi även valt att begrunda Katie Erikssons lidandemodell för att kunna likhetsgranska ämnet ur flera olika perspektiv.

#### 3.1 Känsla av sammanhang

Känsla av sammanhang, eller KASAM, är en studie gjord av Aaron Antonovsky baserad på en betraktelse av ett antal *"judiska kvinnor som överlevt koncentrationsläger"* (Aroseus, 2013). Denna studie påvisade att trots att de judiska kvinnorna utsatts för fruktansvärda förhållanden så har vissa av dem ändå lyckats bibehålla sin psykiska hälsa i god kondition, en upptäckt som Antonovsky ansåg vara av största intresse. Antonovsky frågade sig utgående från sin studie vad som var grunden till att människor faktiskt vidhåller god psykisk hälsa, en fråga han själv besvarade genom utvecklandet av KASAM. (Aroseus, 2013).

KASAM betyder Känsla Av SAMmanhang, ett begrepp baserat på teorin om att en människa inte antingen är frisk eller sjuk utan att hon istället *"befinner sig på en flytande skala någonstans emellan de två polerna"* (Aroseus, 2013). Begreppet KASAM är vidare uppdelat i beståndsdelarna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, tre centrala delar som i samspel av varandra ska stärka motståndskraften gentemot stress. (Antonovsky, 2005, s. 43). Dessa tre delar definieras som känslotillstånd och situationer i omgivningen där begripligheten innefattar både den inneliggande och den omkringliggande känslan av att förstå sig på det som händer. Hanterbarheten syftar mer på de resurser som de omgivande händelserna i sin tur kräver ska finnas tillgängliga. Meningsfullheten igen syftar på livet i sin helhet där en känsla av att de uppgifter och utmaningar man ställs inför är tillräckligt engagerande för att framkalla en känsla av meningsfullhet. (Aroseus, 2013).

Graden av KASAM går att mäta genom ifyllandet av en blankett. Ju högre värden en individ erhåller desto bättre förmåga har denne att klara av de utmaningar som individen ställs inför, vilket i sin tur betyder att också hälsan är bättre. Graden av KASAM ställs dock utgående från en kombination av alla tre beståndsdelar tillsammans, inte utgående från en enskild del. Trots det yrkade Antonovsky själv att meningsfullheten var den viktigaste beståndsdel

eftersom att *"en person som upplever att livet är meningsfullt kommer att kämpa på i tuffa situationer, även i situationer som det är oklart hur man bör handskas med."* (KaSam, u.å.).

### 3.2 Lidandemodellen

Vårdvetaren Katie Eriksson (1994) har forskat kring begreppet lidande och anser att lidandet både åstadkoms och lids av människan. För att minska lidandet hos andra behövs även människan, den som ser till att lidandet hålls uthärdligt. (Eriksson, 1994, s. 7).

Lidandet anses vara en strid mellan det goda och det onda, mellan lusten och lidandet (Eriksson, 1994, s. 30). Skulle inte död och liv, lust och lidande, som utgör mänskliga livets kärna existera, skulle livet vara tomt och utan mening. (Eriksson, 1994, s. 11). Lidandet ses ofta som en följd av något ont och kopplas därför lätt ihop *"med det onda"* (Eriksson, 1994, s. 30). Lusten som är motsatsen till lidandet kan användas i striden mot det som är ont för att hitta det goda i livet. När en människa lider pågår en ständig kamp. Man känner oro, ångest eller rädsla inför lidandet. Ångest är inte samma sak som lidande, men en människa som har ångest kan lida. (Eriksson, 1994, s. 30).

Eriksson framtog även tre kategorier hur lidandet upplevs i vården: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Dessa går många gånger in på varandra men handlar främst om lidandet från patientens synvinkel. (Eriksson, 1994, s. 82-83). Till lidandet hör också medlidande, vilket betyder att man lider med någon annan (Eriksson, 1994, s. 57). Begreppet medlidande sammankopplas också ofta till ordet sympati (Eriksson, 1994, s. 58). Den medlidande människan visar känslighet och ömhet för andras lidande och/eller smärta. Personen vill kämpa för att försöka minska, samt lindra lidandet. (Eriksson, 1994, s. 59). Att visa och uppleva medlidande kan dock påverkas negativt av ens eget lidande. Exempelvis föräldrar till barn med sjukdom och lidande kan uppvisa oförmåga till medlidande om de själva lider väldigt mycket av barnets lidande. (Eriksson, 1994, s. 57).

## 4 Bakgrund

I detta kapitel redogörs vad ätstörningar är teoretiskt, vilka de vanligaste ätstörningarna är och hur de påverkar kroppen. Även behandlingen och olika vårdalternativ tas upp. Vidare beskrivs hur en familj kan se ut samt hur sjukdomar påverkar hela familjen. Avslutningsvis tas barnets utveckling upp, främst i tonårsåldern eftersom det är föräldrar till den åldersgruppen vi valt att fokusera vårt arbete på. Allt detta för att läsaren ska få mer förkunskap och förstå studieämnet bättre.

Vetenskapliga artiklar har även sökts för detta samt följande kapitel ("Bakgrund" och "Tidigare forskning"). Databaserna som använts är EBSCO och Duodecim – Terveyskirjasto. Sökorden som använts är *parents perspective, support for parents, parents experience, parents, eating disorders, anorexia, mandometer, Bergh, Södersten och ätstörningar*. Orden har kombinerats på olika sätt med hjälp av *AND* och *OR*. För att minimera artikelresultaten samt få relativt nya artiklar sattes en begränsning på år 2000, således är inga artiklar äldre än det. Målet var också att hitta vetenskapligt granskade artiklar, vilket betyder att *peer reviewed* valdes från början. En översikt över artikelsökningen kan ses i bilaga 1.

### 4.1 Ätstörningar

Enligt en undersökning gjord av *Institutet för hälsa och välfärd* angående prevalensen av ätstörningar i Finland visade det sig att sex procent av de kvinnor som deltog i undersökningen lidit av ätstörningsproblematik någon gång under sitt liv. Kvinnorna som intervjuades var mellan 20 - 35 år och ännu vid intervjutidpunkten konstaterades att en tredjedel fortfarande hade problem. För anorexi var livstidsprevalensen 2,3 procent, för bulimi 2,1 procent och för de ospecificerade ätstörningarna 2,0 procent. Jämfört med män i samma ålder hade endast 0,3 procent konstaterats att de lidit av sjukdomen. Studier visar också att Finland inte undersökt förekomsten av hetsättningsstörning, men internationellt sätt är de precis lika vanliga som de övriga ätstörningarna. (THL, 2015).

En ätstörning definieras som en störning i den psykiska hälsan och frågor som berör mat, vikt och kropp kan kännas extremt personliga. Det är främst ungdomar som drabbas av ätstörningar, speciellt unga kvinnor vid tonårsdebuten. (Tarnanen, Suokas, Vuorela, 2015). Ätstörningar behöver inte alltid synas utifrån, men i de flesta fall märker närstående i något

skede personlighetsförändringar och att vikten rasar. (Lignell, 2014). Ätstörningar tar form genom förvrängd kroppsuppfattning och matupplevelser, uppkastningar, användning av laxerande medel eller tvångsmässigt överätande. (SHVS, 2016). Vid ätstörningar är det även vanligt att man har andra besvär som kanske ligger som bakgrund. Det kan handla om stress, depression, ångest eller andra problem. Det är därför väldigt viktigt att ätstörningar tas seriöst eftersom de försämrar hela individens hälsa, både den psykiska och fysiska hälsan. (Lignell, 2014). Enligt Fritz (2012) tror människor kanske ofta att ätstörningar bara handlar om mat och viktkontroll, men experter säger att ätstörningen är ett sätt för att hantera andra problem i deras liv.

Till de vanligaste ätstörningarna räknas anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmare specifikation (UNS). Till den senaste är det hetsättningsstörning (BED) som är den mest förekommande. (Ortiz, 2014, s. 12). Nedan följer en genomgång av de olika diagnoserna.

#### **4.1.1 Anorexi**

Anorexi eller självsvält ses som den allvarligaste av alla ätstörningar på grund av att mortaliteten är stor. Detta eftersom många svälter sig till en sådan nivå att hjälpen kanske inte räcker till, vilket leder till olika komplikationer. Sorgligt nog väljer vissa också att ta sina liv. (Nestor, 2014). Om man översätter ordet anorexia betyder det "aptitlöshet", vilket kanske inte är ett så passande ordval med tanke på sjukdomens framskridande. Vid början av insjuknandet av anorexi handlar det snarare om att man inte vill äta och har en känsla av att man inte kan äta, trots att man kanske har bra aptit egentligen. Anorektiker har en rädsla för att siffran på vågen höjs och de känner sig tjocka trots att de är underviktiga. Självkänslan är väldigt påverkande och kroppsfixeringen blir överdriven. (Engström, 2015). Det blir en ständig kamp gällande vad man kan och ska äta, till vad man ska undvika helt och hållet. Detta i en kombination med en förvrängd kroppsuppfattning. (Clinton, 2012).

Oftast inser man inte själv att man skulle behöva hjälp när man insjuknat, utan i första hand är det närstående som reagerar. Det finns vissa varningstecken man ska reagera på. Ett vanligt första tecken är de plötsligt förändrade matvanorna och undvikandet av gemensamma måltider. Personen i fråga kan ha väldiga humörsvängningar, vara ångestfylld samt känna sig orolig och nedstämd. Förutom bantningen och den låga kroppsvikten kännetecknas anorexi av symtom som magont, förstoppning, håravfall, kall och torr hud, kinderna och

magen blir ihopsjunken, muskelsvaghet samt revben som syns tydligt. Utebliven mens för flickor är också ett mycket vanligt tecken vid denna diagnos. (Clinton, 2012).

Anorexia nervosa kan ställas som diagnos om en person uppfyller ett par kriterier gällande symtom. Dessa symtom innefattar först en betydande viktnedgång. Viktnedgången gäller en sådan viktnedgång som leder till undervikt. Undervikt hos en kvinna betyder att BMI underskrider 17,5 medan BMI för män understiger 19. Det andra symtomet är att personen har en enorm rädsla för att gå upp i vikt eller för att blir tjock trots att personen har en kraftig undervikt. Samtidigt har personen en påtagligt störd kroppsuppfattning som innefattas av att personen känner att självkänslan är direkt kopplad till vikten och hur kroppen ser ut. Dessutom förnekar personen allvaret som den låga kroppsvikten för med sig. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 13). Ett annat symtom, som främst gäller ett barn i växande ålder, är att längdtillväxten avviker. Denna avvikande längdtillväxt kan konstateras vara av en väsentlig grad. Samtidigt kan man även se att till och med tillväxten och viktutvecklingen hos barnet avstannar. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 13).

Hos kvinnor som menstruerar räknas det som ett symtom när *"minst tre menstruationer i rad uteblir"* (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 13) eller när menstruationsdebuten försenas hos flickor i puberteten. Användning av p-piller eller andra könshormonsinnehållande preparat kan frammana en fungerande menstruationscykel även om näringstillståndet i kroppen är dåligt. Användning av dessa preparat, det vill säga preparat som innehåller könshormoner, kan alltså dölja en utebliven menstruation. Män upplever även de en förändring i kroppen när näringsstatusen är låg. Den sexuella lusten och den sexuella förmågan förändras jämförbart under inverkan av svält i kroppen. *"En del personer som lider av symtom på sjukdomen uppfyller inte alla diagnoskriterier och man talar då om atypisk anorexia nervosa"* (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 14).

#### **4.1.2 Bulimi**

Bulimi är en ätstörning som kännetecknas av tidsperioder av hetsätning samt olika beteenden för att kompensera. Med hetsätning menas att man inte har kontroll över sitt ätande och äter avsevärt mycket större mängder mat än vad man borde enligt rekommendationerna. Detta leder till att personen i fråga kompenserar sitt beteende genom att göra sig av med maten med självframkallande kräkningar, fasta och bantning, missbrukning av laxermedel eller fysisk aktivitet. (Ortiz, 2014, s. 12-13).

Det finns, enligt specialister inom området, två olika typer av bulimi. Dessa två typer betecknas som objektiv bulimi och subjektiv bulimi. Den objektiva bulimin kännetecknar *”ett tillstånd där personen själv upplever att hon eller han har förlorat kontrollen över ätandet och där även andra personer upplever att personen äter enormt mycket på en gång.”* (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 15). Den subjektiva bulimin är å andra sidan en känsla av att själv äta på ett sätt som är överdrivet och obehärskat. Subjektiv bulimi är dock endast något som personen själv känner, andra människor anser mängden mat vara förhållandevis normal. Det som förenar dessa två typer av bulimi är de skuld känslor som personen drabbas av. Även en känsla av misslyckande och ett behov av att göra sig av med maten eller att kontrollera vikten och födointaget präglar denna typ av ätstörning. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 15).

#### **4.1.3 Ätstörning UNS**

Ätstörning UNS, eller ätstörning utan närmare specifikation, är en ätstörning där personen i fråga inte uppfyller alla de kriterier som krävs för att klassas till de klassiska ätstörningarna anorexi och bulimi. Man kan med andra ord säga att de diagnostiserade med ätstörning UNS inte är fullvärdiga anorektiker eller bulimiker. Över hälften, av alla som söker ätstörningsvård, uppvisar symtom i sin sjukdomsbild som beskrivs som atypiska. Detta innebär att matvanorna kan vara klart avvikande samtidigt som vikten hos personen är i stort fokus. Till detta kan även hetsätning och skadliga självrensningmetoder vara symtom. Det huvudsakliga är dock fortfarande att dessa symtom inte stämmer in fullt på diagnoserna anorexi och bulimi. Personer diagnostiserade med UNS är så kallade atypiska anorektiker eller bulimiker. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 20-21).

Atypiska ätstörningsdiagnoser kan vara av väldigt varierande svårighetsgrad. Det kan vara allt från en väldigt lindrig ätstörning till ett tillstånd där personens liv är hotat. Behandlingen för dessa diagnoser är vanligen den samma som för de klassiska ätstörningsdiagnoserna. Eftersom denna typ av ätstörningsgrupp är stor och baseras på symtom har det blivit mer vanligt att underdiagnoser tas fram. Av dessa underdiagnoser är hetsätstörning och ortorexi de mest vedertagna. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 20-21).

#### 4.1.4 Hetsättningsstörning

Uppfyller inte individen kriterierna för diagnoserna anorexi och bulimi används diagnosen ätstörningar utan närmare specifikation (UNS) (Ortiz, 2014, s. 13). Denna form av ätstörning kallas även för atypisk ätstörning och den vanligaste formen benämns hetsättningsstörning. Skillnaden mellan hetsättningsstörning och bulimi är att vid hetsättningsstörning försöker man inte göra sig av med maten man ätit upp vilket leder till stigande vikt. Individen lider väldigt mycket psykiskt under sina episoder av hetsätning. (Tarnanen et al., 2015).

Den säregna sjukdomsbilden vid hetsättningsstörning, även kallad BED från engelskans Binge Eating Disorder, baseras på symtom gällande återkommande episoder där hetsätning förekommer. Under en hetsätningssession upplever man att kontrollen över ätandet försvinner och under dessa hetsätningsepisoder äter personen en betydligt större mängd än vad en motsvarande person skulle äta i en snarlik situation. Utöver detta kan ett par andra symtom förekomma samtidigt under en period av hetsätning. Dessa symtom, som oftast är tre i antalet, är bland annat att perioderna med hetsätning har förekommit i snitt två gånger per vecka i sex månaders tid, personen äter i en snabbare takt än vanligt och att denne äter så mycket att en obehaglig mättnadskänsla uppstår. Depression, självförakt och stora skuld känslor kommer ofta som en följd av hetsätandet. Överätandet är något som ofta också förorsakar att personen känner skam och ångest, vilket gör att personen i fråga oftast har sina hetsätningsepisoder när denne är ensam. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 19-20).

#### 4.1.5 Ortorexi

Ortorexi är en relativt ny typ av ätstörning som betecknas som ett överdrivet och tvångsmässigt behov av att leva hälsosamt, främst gällande mat men även kring träning. En person med symtom liknande vid ortorexi lever snarlikt en asketisk livsstil. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 21). Ortorexi är ingen egen ätstörningsdiagnos utan går under diagnosen ätstörning UNS. Kriteriet för att klassas som ortorektiker fås när ingen särskild ätstörningsdiagnos kan fastställas men personen i fråga har ett sjukligt beteende kring mat, träning, vikt och att vara hälsosam. (Nestor, 2014).

## 4.2 Behandling och vårdalternativ för ätstörningar

Att behandla en ätstörning är inte lätt och en viktig utgångspunkt i behandlingen av ätstörningar är att patienten själv måste ha en önskan om att förändra beteendet samt ha en vilja att slippa ur sin sjukdom och bli frisk. Det som ska ingå i behandlingen av ätstörningar är bland annat psykoedukation, vilket betyder kunskapsmässig handledning bestående av grundläggande information om diagnosen, matvanor och vad svält kan ge för komplikationer. Stöd av familjen och närstående är dessutom av mycket betydelsefull mening på vägen till tillfrisknandet. (Tarnanen et al., 2015). Familjen är partners i behandlingen och inte problemet. De är lösningen. Studier visar att effekten av detta är en snabbare behandlingstid men samtidigt ger det en positiv känsla för hela familjen av att vara delaktig. (Silber, Lyster-Mensh, Duval, 2011, s. 332). Olika former av terapi och vårdgrupper för både patienten men också för familjen är viktigt. (Tarnanen et al., 2015).

Behandlingen är delvis mycket individuell, vissa kan avhjälpas med ett par besök till skolhälsovården eller några uppföljnings- och rådgivningsbesök och andra får akut remiss utskriven till psykiatriska vårdavdelningar. Ett av de första målen man vill uppnå är att vikten går tillbaka till normalvikt, med minst 18,5 kg/m<sup>2</sup> i viktindex. Om patienten är en kvinna som tidigare haft menstruation regelbundet ska man åtminstone gå upp i vikt till nivån att den sätter igång igen. Att få en stabil nivå av näringstillståndet kan ta tid, och det är viktigt man inser vikten med att äta regelbundet, mångsidigt och tillräckligt. (Tarnanen et al., 2015).

Hur länge en ätstörning pågår är också mycket varierande men enligt Tarnanen (2015) pågår ätstörningen anorexi sex år i genomsnitt, med ett förlopp som går i vågor. Många återhämtar sig helt men en del kämpar så länge att sjukdomen blir kronisk. (Tarnanen et al., 2015). Nedan följer olika vårdalternativ för hur ätstörningar kan behandlas.

### 4.2.1 Mandometermetoden

Mandometermetoden grundades i Sverige av Per Södersten och Cecilia Bergh. Mandometerklinikerna finns i fem städer i tre länder. Tre kliniker finns i Sverige, en i Australien och en i USA. Grunden i behandlingen bygger på att få en beteendeförändring på alla plan: alla aktiviteter, vila och sömn, måltider samt matvanor skall normaliseras. Det är inte de fysiologiska förändringarna som belönas, utan beteendeförändringarna. (Mando, 2016).



Enligt Berg och Södersten (2004) kan både anorexi och bulimi behandlas på liknande sätt genom mandometermetoden och resultatet på behandlingarna har varit lika framgångsrikt för båda sjukdomarna. (Bergh & Södersten, 2004). Statistik visar att 75 procent blir helt symtomfria och av dessa är 90 procent friska vid femårsuppföljningen som ingår i uppföljningsprogrammet. En tiondel får återfall, vanligen en form av ätstörning utan närmare specifikation.

Behandlingen har fyra hörnstenar som den utgår från: *”Normalisering av ätbeteende, värme och vila, dämpning av fysisk aktivitet och social återuppbyggnad.”* (Mando, 2016). Den ätstörningssjuka får hjälp av en så kallad Mandometer, som är ett hjälpmedel för normalisering av ätbeteendet och tillsammans med en egen behandlare samt individuellt kostschema ska personen bli frisk från ätstörningen. Mandometern fungerar som en våg som man lägger tallriken och maten på, man anger mättnadskänslan och anpassar äthastigheten och mättnaden till referenskurvor som visas på skärmen. Vågen känner av när vikten på tallriken minskar och utgör sedan en kurva över hur snabbt man äter. Samtidigt som man äter visas också en kurva för hur normal äthastighet ser ut. Denna ”dator” är praktisk och kan tas med överallt och används vid varje måltid tills beteendet till mat är normalt. Vanligtvis tar det upp till tre-fyra månader.

Efter måltiden får personen vila i ett varmt rum, detta för att dämpa ångesten och slappna av. Den tredje hörnstenen som är att dämpa fysisk aktivitet är till för att de ätstörningssjuka inte avsiktligt ska kunna kompensera sitt matintag genom fysiskt överdriven aktivitet. Dessutom satsar behandlingen på att hjälpa de sjuka att återuppta sin sociala förmåga och självkänsla, få livsglädje och mycket mer. (Mando, 2016).

Mandometermetoden har även fått kritik eftersom den inte grundar sig på att ätstörningen är en psykisk störning som framkallar ett fysiologiskt tillstånd, något som är direkt livshotande, utan tvärtom utgår från en åkomma som kan ge svårt psykiska problem. Vården med mandometer är kroppsinriktad och innehåller varken familjeterapi, psykoterapi eller psykmediciner. (Torvalds, 2013, s. 210).

#### **4.2.2 Maudsleymetoden**

Maudsleymetoden är en terapimetod för behandling av ätstörningar, främst för behandling av personer med anorexi. Metoden har framtagits och utvecklats i London, vid Maudsley-sjukhuset. Maudsleymetoden riktar sig till ätstörningspatienter diagnostiserade med anorexi

som inte är inskrivna på sjukhus, varken på klinik eller också avdelning, utan som istället vårdas hemma. Detta gör att föräldrarnas roll i vården är stor. Metoden involverar nämligen föräldrarna till att aktivt delta i behandlingen, i tre olika faser, vilket gör att metoden är en så kallad familjebaserad metod. (Le Grange & Lock, u.å.).

Utvecklingen och presentationen av Maudsleymodellen var av revolutionerande karaktär när den lanserades. Aldrig någonsin tidigare hade en dylik teori presenterats, där det blivit föräldrarnas uppgift att se till att deras sjuka barn får i sig den näring hen behöver. Att metoden dessutom inte tar ställning till ifall föräldrarna haft delaktighet i barnets insjuknande, genom sitt föräldraskap eller via familjen i övrigt, är en annan sak som var banbrytande. (Torvalds, 2013 s. 207-209). Man kan säga att *"Maudsleymetoden intar en agnostisk attityd till frågan om föräldraskuld."* (Torvalds, 2013, s. 207).

Maudsleymetoden går rent praktiskt ut på att föräldrarna spelar en aktiv och positiv roll i vården kring att återställa barnets vikt till det normala, något som även refereras som den första fasen. Maudsleyterapeuten å sin sida fokuserar på de problem som svår undernäring kan leda till och observerar under denna fas hur familjens matvanor och ätmönster ser ut. Terapeuten deltar således i vårdprocessen genom att finnas där och stöda föräldrarna och ge dem den information de behöver för att kunna bemästra de situationer som kan uppstå. Även information om ätstörningar och dess olika symtom delges till föräldrarna så att de ska kunna ta död på ätstörningsmyter och känna igen symtom. Viktåterställning är en period som involverar en hel del ångest hos barnet med ätstörning, vilket gör att föräldrarna under denna tid behöver kunna stå på sig och inte vara rädda för sitt barn. Dock går det inte att bortse från att metoden främst handlar om att sitta med vid måltiderna, finnas där för barnet och framför allt att inte ge upp. (Le Grange & Lock, u.å.).

Den andra fasen i metoden handlar i sin tur mer om att föräldrarna ska hjälpa sitt barn, eller tonåring, att själv återta mer kontroll över sitt ätande. Här ligger fokus på att barnet ska återfå sin psykiska hälsa efter att viktåterställningen påbörjats. Sist och slutligen ska den tredje fasen försöka ge tillstånd en upprättning av en frisk identitet hos barnet. (Le Grange & Lock, u.å.).

### **4.2.3 Montreuxmetoden**

Peggy Claude-Pierre är en psykolog som baserat på en *"vision om vad det är som ligger bakom ätstörningar"* (Torvalds, 2013, s. 213) grundat en metod för ätstörningsvård kallad

Montreuxmetoden. Claude-Pierre grundar sin vision på ett negativt tankemönster, något som hon anser finns benäget hos vissa barn. Detta betyder att hon anser att vissa barn har en viss benägenhet till att insjukna i *"ett destruktivt tankemönster där de negativa tankarna till slut tar över och styr de verkliga tankarna som är barnets egna."* (Torvalds, 2013, s. 213). Montreuxmetoden grundar sig slutligen på att försöka bota sjukdomen med kärlek och stort tålmod. Patienterna ombeds anteckna ner samt porträttera den negativa känslan eller rösten i huvudet för att istället försöka besvara den med något positivt. Positiva tankar ska besvara de negativa tankarna. Claude-Pierre menar att man behöver *"kva det negativa tankemönstret"* (Torvalds, 2013, s. 214), genom att *"separera sjukdomen från patienten."* (Torvalds, 2013, s. 214).

En grundtanke inom Montreuxmetoden är att varken låta patienten veta sin kroppsvikt eller som vårdare låta sig luras av patienterna. Detta görs för att förhindra patienter från att börja känna sig mer ångestfyllda, otrygga med vården eller *"strö mer salt i såren"* åt ätstörningen. Montreuxmetoden framhäver även, enligt Claude-Pierre, att vården inte ska ske i hemmet. Inte heller föräldrarna anser hon ska vara delaktiga i vården eftersom det oftast bara ger mer skuld- och oros känslor åt patienten. (Torvalds, 2013, s. 213-214). Claude-Pierre menar att barnet *"behöver få koncentrera sig på att göra sig själv frisk i stället för att fråga sig hur hon kan hjälpa sina föräldrar."* (Torvalds, 2013, s. 214).

#### 4.2.4 Psykoanalytisk terapi

Den psykoanalytiska terapin är speciell på det sättet att den studerar människans psyke, mestadels omedvetet. Terapin grundar sig i Sigmund Freuds teori om psykoanalys, men har senare utvecklats av andra inom samma ämne. (Torvalds, 2013, s. 217).

På grund av en splittring mellan kroppen och självet hos den sjuka tror psykoanalytiker att detta påverkar självuppfattningen, vilket leder till ätstörning. Syftet med terapin är att ta reda på hur de omedvetna konflikterna tar sig uttryck hos patienten exakt vid det tillfället. Får man en förståelse över de faktorer som håller igång sjukdomen kan resultatet bli en förändring. Något psykoanalytiker även utgår från är att anledningen till att patienten drabbats av ätstörning är att den sjuka av något skäl behöver den. (Torvalds, 2013, s. 217). Kanske har ätstörningen varit den enda utvägen för att lösa ett annat problem.

De som jobbar med denna form av terapi brukar säga att det *"handlar om att rädda patientens själ snarare än hennes hälsa eller arbetsförmåga."* (Torvalds, 2013, s. 218).

Denna form av behandling rekommenderas endast om patienten själv vill ha en förändring och är motiverad. Vanligen tar en psykoanalytisk behandling flera år. (Torvalds, 2013, s. 218).

#### 4.2.5 Sondmatning

När det kommer till att behandla ätstörningar ligger stor del av fokus på att få upp nutritionsstatusen i kroppen. Studier och praktiska exempel har visat att ju bättre nutritionsstatusen är i kroppen, desto lindrigare blir symtomen från ätstörningen och patienten i sin tur har bättre sinnesstämning psykiskt och fysiskt.

Vid val av nutritionsmetod framgår det i allra första hand, enligt vårdprogrammet för ätstörningsbehandling inom heldygnsvård för patienter under 18 år vid Ätstörningsenheten Eriksbergsgården, att principerna ligger vid att patienten så långt det är möjligt ska äta på egen hand, det vill säga inta mat per os. Principerna går under de kriterier att under den tid som patienten intar vätska eller näring självständigt så ska vården gå ut på att stötta patienten till en ökning av matintaget. Om patienten inte klarar av att få i sig den mängd näring som behövs för att bibehålla och allra helst gå upp i vikt, tillsätts näringsdrycker som komplement till den övriga kosten för att stanna av viktnedgången. Fortsätter vikten ändå att gå ner efter att dessa åtgärder gjorts eller att man misslyckats i att motivera patienten till att inta näringsdryck, som sedan leder till att patienten närmar sig sådan kraftig undervikt att allvarliga somatiska komplikationer kan uppstå som följd, övervägs näringssond. Läkaren är den som fattar beslut angående sondmatning. (Larsson et al., 2012).

Enteral nutrition via nasogastrisk sond, det vill säga ventrikelsond, är nödvändig för patienten om denne inte kan försörja den egna kroppen med mat och vätska. Mängden sondnäring är individuell och baseras på patientens näringsbehov. Fördelarna med näringssond är att vårdarna har bättre koll på vilken mängd näring patienten blir tillförd under ett dygn. Denna kontroll gör det i sin tur enklare att försöka stabilisera det somatiska tillståndet patienten befinner sig i. Utöver detta har det konstaterats att en snabbare utveckling av vikten i positiv riktning fås med hjälp av sondmatning. (Larsson et al., 2012).

Nackdelen med sondmatning är å sin sida att patienten fråntas den träningsmöjlighet att lära sig äta och dricka igen, något som vanligt intag av mat per os ger. Sondmatning är med andra ord en passiv metod som utan noggrannare beaktning kan leda till att patienten drabbas av refeedingsyndrom. Refeedingsyndromet innebär att patienten drabbas av hjärtsvikt till följd

av renutritionen. Hjärtsvikten är en följd av att myokardiet inte klarar av kraven som det ökade metaboliska tillståndet ger. Symtomen för refeedingsyndrom är högt blodtryck (hypertoni), perifera ödem på grund av hjärtinkompensation samt neurologiska symtom som bland annat krampanfall och svaghet. Fosfatbristen i kroppen, som symtomen är kopplade till, räcker inte till på grund av svälten och den ökade metabolismen gör det således svårt för bildning av ATP (cellenergi) i kroppen. (Larsson et al., 2012).

### 4.3 Familjeliv

Det finns ingen typisk familj, ingen familj är nämligen den andra lik (Qwist, 2011). Dessvärre har alltid samhället haft sina föreställningar och uppfattningar om hur en perfekt familj ser ut. Frågar man till exempel vad en familj anses vara av någon på gatan är sannolikheten stor att svaret innehåller en pappa, en mamma och vanligtvis två barn, alltså den familjemodell som anses mest traditionell. (Kangas, 2015, s. 12). Något alla familjer har gemensamt är att man ska känna en viss trygghet med dem man associerar som sin familj, om det då är exempelvis med sin biologiska mamma och pappa samt syskon, sin bonusfamilj, sin regnbågsfamilj eller sin självvalda familj ska inte spela någon roll. (Qwist, 2011).

I dagens läge finns det alltså många olika former av familjer och familjeformen bestämmer inte om barnen kommer få en fin uppväxt eller tvärtom. För att barn ska förstå att deras liv ibland kanske sticker ut från mängden och förväntningarna är annorlunda, är det viktigt att samtala med dem om att familjer alltid ser olika ut. (Qwist, 2011).

Hur en familjs liv ser ut påverkas av många olika saker. Har till exempel en nära person drabbats av psykisk ohälsa och/eller sjukdom påverkas även resten av familjen. Alla reagerar olika och det beror bland annat på vem man är, vilket stöd man har, när den sjuka insjuknade och hur vardagen ser ut. Att se någon man känner och håller kär förändras till det sämre kan kännas extremt svårt och att dessutom hålla humöret uppe, hjälpa samt stöda personen till att ta steg åt rätt riktning kan vara en svår kombination. Ofta tar man mer ansvar än man borde och därför är det viktigt man vet när man skall be om hjälp och att ha stöd på vägen. Även om en närstående mår dåligt betyder det inte att en själv ska göra det. För att klara av situationen ska man fortsätta med sådant som varit viktigt för en själv samt se till att man mår bra. (Lindholm, u.å.).

### 4.3.1 Pappan

Om man går bakåt i historien till det så kallade jordbrukssamhället visar studier att fäder i huset hade en större och mer aktiv funktion i barnuppfostran. Eftersom arbete och hem oftast fungerade på samma plats blev det naturligt att barnen dagligen umgicks och träffade sina pappor. Detta gjorde att utbytet mellan barn och fäder fick goda konsekvenser med tanke på kontakten och kommunikationen det hela utgjorde. Det här innebar dock inte att de tog mera ansvar för barnen eller hushållet, men det blev kanske ändå ett mer emotionellt utbyte emellan än i dagens läge. (Johansson, 2009, s. 27). I första hand rörde dessa relationer sönerna som pappan hade som uppgift att inskola arbetsduglighet till arbetslivsvärlden. (Plantin, 2001, s. 52). När industrin tog över under 1900-talet ändrades villkoren ur en global synvinkel och fäderna fick igen mindre tid med barnen (Johansson, 2009, s. 28).

Ännu idag finns det länder i världen som anser att mannen ska ha familjens försörjarroll, men utvecklingen har också gott framåt mycket i andra länder (Johansson, 2009, s. 28) även om jämställdheten aldrig riktigt nått fram till toppen. (Johansson, 2009, s. 29). Under 1980-talet växte en ny form av ”vardagspappan” fram, en pappa som naturligt blev närvarande i olika familjelivsaktiviteter. Att handla samt laga mat, reparera huset, byta blöjor, dammsuga eller fixa bilen blev normala göromål. (Plantin, 2001, s. 36).

Enligt Johanssons (2009, s. 143) forskning och diskussioner med pappor framkommer det att en del pappor anser att pappaledigheten är en bra tillgång, men att om de aktivt går in under första året kan det störa förhållandet mellan mamman och barnet. Att få sitt trygghetsobjekt utbytt för tidigt kan göra barnet osäkert.

### 4.3.2 Mamman

Mamman har alltid ansetts var hemmets organisatör som bland annat sett till att mat stått på bordet och barnen varit ”*hela och rena*” (Plantin, 2001, s. 24). Barnens direkta omsorg sköts av mamman medan den indirekta omvårdnaden av familjen ägnar sig pappan åt. (Plantin, 2001, s. 43). När det handlar om kommunikation och språk har kvinnor och män olika sätt att uttrycka sig. Mammans kontakt med barnet är unik och detta kan ha sin grund i att mammor ofta är emotionella och ägnar sig mycket tid åt barnen. (Johansson, 2009, s. 143). Att mamman är livsviktig för barnet finns det klara bevis för. Exempelvis har modern den viktigaste och största rollen i spädbarnsvården. Studier gjorda världen över visar att spädbarn

tillbringar *"hälften av sin vakna tid i mammans famn"* (Rotkirch, 2014, s. 21). Detta har huvudsakligen sitt resultat till följd av amningen. Spädbarnen spenderade klart mycket mindre tid med någon annan av familjemedlemmarna. (Rotkirch, 2014, s. 21).

I och med att arbetsmarknaden blivit populärare bland kvinnorna och hushållets ekonomi numera upprätthålls av båda föräldrarna bidrar det till att samhället får sig nya krav, till exempel att männen blir mer aktiva i föräldraskapet. (Johansson, 2009, s. 31-32). Generell statistik visar ändå att kvinnor får mindre lön, ansvarar för barn och hem i större utsträckning, tar oftast ut hela föräldraledigheten och har inte lika mycket makt som männen. (Johansson, 2009, s. 35). Även hushållssysslor som diskning, matlagning och städning ägnar mödrarna i stort sätt dubbelt mera tid åt än vad fäderna gör. (Plantin, 2001, s. 61).

### 4.3.3 Syskon

Att få en lillasyster eller lillebror är nog en sak som står högt upp på önskelistan för ett barn och även undersökningar visar att de flesta känner det som glädjegåva. Hur barnet sedan reagerar när lilla babyn äntligen kommer är individuellt men visst kan det bli en väldig omställning i barnets liv. Det som oftast tycks bli jobbigt för storasyskonen är förändrade rutiner, trötta föräldrar, att ofta tvingas vänta på att föräldrarna sköter babyn först och skrik eller oväsen. (Klefbom, 2012).

Småbarnspedagogen, beteendevetaren och föreläsaren Elisabeth Schönbeck anser att ett barns personlighet och roll i en familj påverkas av vilken position han eller hon har i syskonskaran. Fördelar och nackdelar finns det med alla positioner och det gäller att hitta fördelarna och låta barnen utvecklas utgående från sina egna förutsättningar. (Fagerström, 2016). Hur många barn man är i familjen påverkar också uppväxten. Tjejen som är ensam barn utvecklas annorlunda än tjejen som har både en storasyster och lillasyster. Pojken som har två systrar har kanske en annan syn på livet än pojken som har växt upp med två bröder. Karaktärsdragen barn emellan kan skilja avsevärt beroende på syskonkonstellationen. (Martensen-Larsen & Sørrig, 2004, s. 7). När barnen blir lite äldre hamnar oftast syskonen i bråk med varandra, så kallade syskonbråk. Det är helt naturligt och som förälder ska man så länge som möjligt undvika att gå in och agera domare. Barnen behöver först själva försöka hitta egna lösningar och lösa konflikterna. (Klefbom, 2012). Förhållandet mellan syskon har visat sig vara en av våra längsta samt bästa relationer, trots alla

syskonbråk. Att barnen dessutom bli rättvist behandlade av sina föräldrar förbättrar förutsättningarna till vänskap även i vuxen ålder. (Fagerström, 2016).

#### 4.4 Ungdomstiden

Ungdomstiden kan ofta definieras som en övergångsfas till vuxenlivet (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén, 2003, s. 14). Alla går igenom den, men på vilket sätt och i vilken takt är individuellt. Trots att det är väldigt individuellt är det ändå lättare att säga när ungdomstiden inleds än när man övergår till ”vuxen”. Man kan säga att ungdomen börjar när puberteten kommer igång med de biologiska förändringarna.

Enligt Aaltonen et al. (2003, s. 18) delas ungdomstiden in i tre stadier: *tidig ungdom* (åldern 11-14), *mellanungdom* (åldern 15-18) samt *sen ungdom* (åldern 19-25). När ett barn kommer in i ungdomstiden intresserar först det fysiska jaget. Många hormonella förändringar sker vilket gör att även barnen förändras. Den fysiska utvecklingen leder senare till att man börjar tänka mer på sitt utseende samt blir köns mogen och får ett intresse för sexualitet. Med ungdomstiden kommer även psykiska förändringar och ungdomarna fokuserar mycket på känslor, förändringsprocessen och känslan av att vara självständig. (Aaltonen et al., 2003, s.18). Den unga ifrågasätter jagets behov av förändring och försöker skapa sig sin egen identitet (Aaltonen et al., 2003, s. 51). Kognitiva utvecklingen innefattar minnet, tänkandet, språket, uppfattningsförmågan och lärandet (Aaltonen et al., 2003, s. 59), som alla utvecklas genom att förmågan att tänka abstrakt och logiskt förbättras. (Aaltonen et al., 2003, s. 18). Sociala utvecklingen handlar om anpassning till samhällets normer, värderingar och beteenderegler. Under denna tid utvecklas ungdomens sociala färdigheter som attityd, beteende och värderingar till det bättre. (Aaltonen et al., 2003, s. 85).

Ungdomstiden är en välbehövlig tid som medför många nya erfarenheter och utmaningar. Att lära sig bli självständig, känna sig oberoende av sina föräldrar, hitta sina goda egenskaper och eventuell partner samt förbereda sig för arbetslivet är några saker som hör till ungdomens utvecklingsutmaningar. (Aaltonen et al., 2003, s. 85).



## 5 Tidigare forskning

Föräldrars upplevelse av att ha ett barn med ätstörningsproblematik är nuförtiden inget nytt ämne i sig när det kommer till datainsamling och forskning, i jämförelse med 2000-talets början när en studie från Sydney Australien, skriven av McMaster, Beale, Hillege & Nagy (2004), publicerades med innehållet att dylika fakta ej fanns i många publikationer. Flertalet studier och undersökningar baserat på detta ämne har blivit gjorda mer eller mindre under årens lopp i takt med att ätstörningarna har blivit mer uppdagade samt omdiskuterade. Det intressanta med dessa studier är att oavsett ursprung så verkar svarsresultaten förhålla sig till en relativt jämn linje. Föräldrarna som deltagit i undersökningarna vidhåller en likartad nivå vad gäller åsikter och värderingar kring situationen de blivit en del av. (McMaster et al., 2004).

Enligt en studie, gjord av Svensson, Nilsson, Levi, & Carballeria Suarez, (2013) vid Umeå universitet har ett antal föräldrar, till barn som insjuknat i ätstörningar, liknande erfarenheter när det kommer till det objektiva förhållningssättet till barnens sjukdomsageranden. Utöver det har föräldrarna även ett likartat förhållningssätt till övrigt sjukdomsrelaterat som befinner sig runtomkring situationen. De insjuknade barnens föräldrar framhöll att familjebildens omstrukturering var ett av det mest centrala i sjukdomsförhållningen. Den insjuknade i familjen placerades i familjens centrum och blev rankad som högsta prioritet, vilket i sin tur skapade konsekvenser för övriga familjemedlemmar. Föräldrarna ansåg sig åter ha hamnat in i en småbarnsperiod med en form av isolation som påföljd. Konsekvensen av detta beteende resulterade vidare i stora påfrestningar på det sociala planet både i relationen mellan föräldrarnas parterna men även på arbets- och ekonomifronten. Föräldrarna sade att det stora fokus som fanns på barnet hade negativ inverkan på arbetsprestationsförmågan, vilket gjorde att de var tvungna till nedskärningar i arbetstid eller perioder av sjukfrånvaro. (Svensson et al., 2013).

Undersökningar kring hur den emotionella effekten av situationen har påverkat föräldrarna framgår av ord som skyldighet, skam, oro, ilska och frustration. (Svensson et al., 2013). Vissa föräldrar kände en skyldighet till insjuknandet hos barnen och ställde ofta frågan 'varför?' till sig själva. Andra igen sade att de känner sig triggade av sitt sjuka barns beteende, vilket tog utlopp i ilska. En känsla som dock genomsyrade alla föräldrar var frustrationen. (McMaster et al., 2004). För att få utlopp för alla känslor fick man i undersökningen från Umeå universitet, Svensson et al. (2013), reda på att en del av föräldrarna hanterade läget genom att bredda sin kunskap kring ämnet ätstörningar genom att söka fram och ta reda på

fakta kring ämnet. Andra föräldrar svarade att de hanterade situationen genom att öppet berätta om den, endera genom professionell samtalsterapi, samtal föräldrar emellan eller genom att skriva ner sina tankar och känslor i en dagbok eller i en blogg. (Svensson et al., 2013).

Något som studier också visar är att föräldrarna skulle uppskatta om de blev integrerade i deras barns återhämtning och behandlingsprocess. Mera stöd och vägledning för hela familjen skulle leda till att vården av den med ätstörningsproblematik blev lättare och att samtidigt få en bekräftelse av vårdpersonalen om att familjen är en resurs, snarare än ett hinder, skulle ha en väldigt positiv effekt på familjen. (Hillege, Beale & McMaster, 2006).

I en studie gjord av Honey et al. (2008) behandlas frågan om vilket stöd föräldrar till tonårsflickor med anorexi vill ha från läkare. Tjugofyra stycken föräldrar till 14 - 20-åriga flickor med anorexi deltog i studien och rapporterade både positiva och negativa erfarenheter. Föräldrarna rapporterade att deras första prioritet var förbättring av deras dotters fysiska och psykiska välbefinnande. Dock förstod föräldrarna att anorexi är en mycket svår sjukdom att behandla och de uttryckte därför positiva känslor till både personal och annan hjälp som de ansåg var omfattande, professionell och vårdande för deras barn oavsett resultat. Föräldrarna ville också ha mer än bara professionell behandling för sina döttrar, de ville ha stöd om hur de ska gå till väga för sin roll som deras döttrars primära vårdare. Tre huvudfynd konstaterades: inkludera dem i behandlingen, stöd och vägledning om hur de skulle vårda sitt barn samt att vårdarna visar positiva attityder till dem.

Studiens resultat visar att det inte alltid är så lätt och att det inte heller finns möjlighet att ge det stöd eller den information som föräldrarna vill ha. Det finns en mängd olika skäl som påverkar, allt från tidspress och tystnadsplikt till patientens egna önskemål. Det är därför viktigt att läkarna kan identifiera och klargöra tydligt vad som skall ske i vården av barnet så att föräldrarnas förväntningar och överenskommelser stämmer överens. Att ordna regelbundna möten mellan föräldrar och olika medlemmar från det kliniska teamet är ett sätt att undvika negativa följder. (Honey, et al., 2008). Att förstå att familjen är en resurs måste stödas av behandlingsteamet men också av samhället. (Hillege, et al., 2006).

## **6 Metod**

I detta kapitel beskrivs det hur det praktiska genomförandet av studien har gått till, vad en kvalitativ litteraturstudie och innehållsanalys betyder samt valet av vilken datainsamlingsmetod studien utgått ifrån. Kapitlet avslutas med etiska aspekter som berör ämnet.

### **6.1 Kvalitativ litteraturstudie**

Eftersom syftet med denna studie berör föräldrars upplevelser och erfarenheter har respondenterna valt att använda sig av en kvalitativ forskningsmetod, som härstammar från den holistiska traditionen. Denna tradition och forskningsmetod har som avsikt att studera människors egna erfarenheter av en händelse eller ett fenomen. (Henricson, 2012, s. 130). Analysering och tolkning med verbala analysmetoder är därför en grundpelare för förståelse när man använder sig av denna metod (Patel & Davidson, 2011, s. 14), jämfört med den kvantitativa forskningsmetoden där datainsamlingen innebär mätningar och statistiska analysmetoder. (Patel & Davidson, 2011, s. 13).

Vid användning samt planering av en studie med kvalitativ forskningsmetod är en av forskarens viktigaste uppgifter att reflektera över sina egna erfarenheter och förkunskaper om det ämne som studeras. Det gäller även för forskaren att vara anpassningsbar, flexibel och hålla förhållningssättet öppet mot sitt ämne under hela processen. (Henricson, 2012, s. 132).

### **6.2 Datainsamlingsmetod och urval**

Kvalitativ data kan man samla in genom att använda sig av exempelvis intervjuer, fokusgrupper eller berättelser (Henricson, 2012, s. 133). I en kvalitativ studie är kvaliteten på informationen viktigare än kvantiteten (Patel & Davidson, 2011, s. 105), vilket gör att man hellre vill hitta ett färre antal personer med varierande beskrivningar och erfarenheter av fenomenet än att använda sig av en stor grupp med likasinnade erfarenheter. (Henricson, 2012, s. 134).

Utgående från studiens syfte har respondenterna valt att använda dokumentstudie som metod för datainsamling. Datamaterialet består av självbiografiska böcker. De böcker som respondenterna valt att analysera är Marianne Käckos bok *"Ta livet av mig, mamma!"*, Ann Hörnfeldts bok *"Då fanns ingen nåd"* och Sofia Torvalds bok *"Hungrig"*. Alla dessa böcker är självbiografier som handlar om hur det är att ha ett barn med anorexia nervosa. I den sistnämnda biografien utgår det även direkt en del synvinklar från personen med ätstörningsproblematik samt dennes tankar och erfarenheter.

Tre böcker valdes eftersom respondenterna anser att det är ett lämpligt antal med tanke på att biografierna går in på djupet av ämnet samt att det finns tillräckligt med information och erfarenheter att analysera. Även tidsbegränsningen spelade en viss roll i valet av antalet böcker som togs med i studien. För att få så ett så finländskt perspektiv som möjligt valdes finlandssvenska författare i första hand. Både Käcko och Torvalds är finlandssvenska författare medan Hörnfeldt är en svensk författare. Nedan följer en kort beskrivning av varje bok.

### **6.2.1 "Ta livet av mig mamma"**

När Purmobon Marianne Käckos dotter Katarina låg sjuk i anorexi, svårt ångestfylld, mager, blek och fick näring via en ventrikelsond gav hon ett löfte: "Om Katarina överlever det här, lovar jag att skriva en bok om det för ingen kommer att tro att den här sjukdomen är så här hemsk." (Käcko, 2008, s. 9). Katarina insjuknade i anorexi redan som elvaåring, hon blev frisk men fyra år senare slog sjukdomen till igen. Denna gång med inställningen om att hon aldrig skulle äta mera. Detta är hennes mammas berättelse om hur det är att leva med ett barn med anorexi och hur barnet lider genom dessa år. Något Käcko även belyser är anorexivården i Finland, både det negativa och positiva. (Käcko, 2008).

### **6.2.2 "Då fanns ingen nåd"**

Ann Hörnfeldt är en svensk distriktssjuksköterska och vårdlärare som utan någon vetskap om den rådande situationen fick se sin dotter Sanna bli frivilligt inlagd på en barnpsykiatrisk klinik. Därtill nekades hon att direkt ha någon kontakt med sin dotter. Efter nyårsaftonen 1993 fick Ann veta att hennes dotter lider av anorexi, en sjukdom som Ann och en del av

den övriga familjen klandras för. Ann får således kämpa för sin rätt som mamma och för sin dotter, mer utan samhällets hjälp än med den. (Hörnfeldt, 1997).

### **6.2.3 ”Hungrig”**

Boken ”Hungrig” är skriven av finlandssvenska journalisten och författaren Sofia Torvalds. Idén till boken fick sin början när hennes tonårsdotter insjuknade i anorexi. Boken beskriver hennes egna erfarenheter men utgår också från intervjuer. Torvalds har intervjuat en pappa och fyra mammor som har erfarenheter av sina barns ätstörning samt fem unga kvinnor som har eller har haft en ätstörning. Författaren skriver om hur vården fungerar och vilken vård man får om man har insjuknat i en ätstörning i Finland, samt hurdan vård som skulle behövas. Hon anser att alla som insjuknat i en ätstörning har rätt till god vård, även lindrigare fall. (Torvalds, 2013).

## **6.3 Kvalitativ innehållsanalys**

Att analysera biografier som består av mycket text och går in på djupet kräver en analysmetod som först behandlar helheten och som kan generera en struktur av datamaterialet. Respondenterna har därför valt kvalitativ innehållsanalys som analysmetod eftersom den formen lämpar sig för omfattande textmaterial. (Henricson, 2012, s. 334). Syftet med att använda kvalitativ innehållsanalys är att man beskriver variationer genom identifiering av skillnader samt likheter i texterna man analyserar. Texterna innehåller både ett manifest och latent budskap. Det manifesta budskapet består av det uppenbara innehållet, medan det latent budskapet är det som uttrycks mellan raderna. Det gäller alltså att tolka på olika nivåer och inte bara att utgå från det som är nedskrivet. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s. 189).

Helhetsbilden får man först när man läst igenom hela innehållet av sina texter och därefter reflekteras det huvudsakliga innehållet. Genom detta kan man vidare dela upp innehållet i olika kategorier samt underkategorier för att få en bra grund för sitt resultat. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s. 193). Det är dock viktigt att man inte blir alltför detaljerad eftersom det då finns en risk för att helheten förloras. För att få ett meningsfullt och begripligt resultat krävs en viss tankeskapelsegrad och tolkande. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s. 199).

Enligt Henricson (2012) kan man använda sig av kvalitativ innehållsanalys på lite olika sätt. Vid induktiv analys utgår man från textens innehåll och vid deduktiv analys utgår man från en bestämd modell. (Henricson, 2012, s. 335). På basen av detta har den induktiva metoden valts för analyseringen av textmaterialets innehåll. Frågeställningen grundar sig på syftet i arbetet och resultatet utgår från den information som hittats i de tre självbiografierna.

#### **6.4 Etiska aspekter**

Då man utför en undersökning eller studie är det viktigt att känna till att etiska överväganden bör uppmärksammas under hela examensarbetsprocessen, det vill säga från valet av ämne till genomförande och uppställning av resultat samt allt däremellan. (Henricson, 2012, s. 70). En stor utmaning med frågor som berör individer är att se till att de inte utnyttjas, såras eller skadas. För detta krävs ett vettigt tankesätt samt kännedom om forskarsamhällets vägledande riktlinjer angående värderingar, normer och principer. (Henricson, 2012, s. 70-71).

Under studiens gång har Forskningsetiska delegationens riktlinjer om forskningsetiska principer och god vetenskaplig praxis beaktats. Respondenterna har strävat efter att vara noggranna och ärliga genom alla delar av studien och därmed tagit det etiska ansvaret på allvar. (Forskningsetiska delegationen, 2012). Med tanke på att de självbiografier som valts i undersökningen är publicerade och till förfogande för allmänheten har det i detta skede inte krävts ett godkännande av författaren för att kunna undersöka och använda det material och innehåll som finns nerskrivet. Den etiska aspekten härvid går därför ut på att respektera de åsikter och tankar som finns nerskrivna i de valda böckerna samt att förhindra misstolkning av texterna.

## 7 Resultat

I följande kapitel redovisas det sammanställda resultatet utgående från studiens syfte. Efter att respondenterna läst de tre självbiografierna framtog tre huvudkategorier och efter vidare analysering framkom elva underkategorier. För en sammanställning över studiens olika kategorier se Figur 1.

Förändrad livssituation	<i>Förändrade vardagsrutiner</i> <i>Förändrade sociala relationer</i> <i>Ekonomisk påverkan</i> <i>En känsla av skuld och skam</i>
Förändrade familjeförhållanden	<i>Mellan föräldrarna och barnet med ätstörningsproblematik</i> <i>Mellan föräldrarna</i> <i>Mellan föräldrarna och övriga familjemedlemmar</i> <i>Mellan syskon</i>
Vården	<i>Mötet med vården</i> <i>Vårdens tillgänglighet</i> <i>Samarbete och förståelse</i>

Figur 1. Schema över resultatets huvud- och underkategorier

### 7.1 Förändrad livssituation

Med ett sjukt barn är det rätt självklart att livssituationen förändras på flera plan. Det som förut varit vardag är nu ett minne blott och nya rutiner står på spel. Huvudkategorin **förändrad livssituation** delas in i fyra underkategorier: *förändrade vardagsrutiner*, *förändrade sociala relationer*, *ekonomisk påverkan* samt *en känsla av skuld och skam*.

#### 7.1.1 Förändrade vardagsrutiner

Stämningen har förändrats. ”En dag har en familj ett barn som inte kan äta normalt”. (Torvalds, 2013, s. 19). Att vardagsrutinerna förändras när en i familjen blir sjuk är ganska självklart. Hur vardagen ser ut är dock mycket olika från familj till familj beroende på hur sjukdomen framskrider hos den sjuka (Torvalds, 2013, s. 21). Vid ätstörningar är det främst

måltidsrutiner som gör en helomvändning, eftersom målet är att den sjuka ska bli frisk och äta normalt samt att inte gå ner mer i vikt. Detta kräver en väldig insats av föräldrarna och de kan nu få portionera ut maten åt sitt sjuka barn och sitta med tills allt är uppätet, oberoende om måltiden blir väldigt lång och vredesutbrotten visar sig flera gånger. Den nya vardagen innehåller matlistor och regelbundenhet. (Torvalds, 2013, s. 101).

”Hela familjen får finna sig i att sitta vid matbordet fem gånger per dag och äta upp sin portion. Det är tungt och kräver målmedvetenhet – och åtminstone en vuxen som har tid att ha matlagning som sin huvuduppgift.” (Torvalds, 2013, s. 101).

Föräldrarna kan anse att matlagningen blir en pärs eftersom den sjuka ofta står och ”hökar” över axeln för att registrera och inflika med allt man gör fel. (Hörnfeldt, 1997, s. 103). När barn med anorexi väl börjat äta, stressas de flesta sönder över rädslan att förskjuta en måltid med endast någon minut. Noggrannheten över klockslag blir enorm och varje måltid ska serveras vid rätt tidpunkt. (Hörnfeldt, 1997, s. 102). Detta ställer lätt till problem om man gör en utflykt eller resa, men genom att kompromissa lite löser det sig, exempelvis kan man förbereda med matlådor för att förhindra missöden. (Hörnfeldt, 1997, s. 89).

Andra vardagliga saker som att gå på toaletten med låst dörr kan bli förbjudet, eftersom risken för kräkning vill förebyggas. Samma gäller med vågen, föräldrarna får kanske gömma den så barnet med anorexi inte har tillgång att hålla koll på sin vikt. (Torvalds, 2013, s. 101). Biobesök och besök till staden finns inte längre på kartan för den sjuka. Den nya vardagen påverkar familjegemenskapen och inget är sig likt. (Hörnfeldt, 1997, s. 30).

”Det skulle ta fyra år innan hela familjen firade en traditionell jul tillsammans igen men det var vi lyckligt ovetande om då. Anorexin, som låg på lur, skulle inte bara förstöra Katarinas liv, utan också våra jular.” (Käcko, 2008, s. 57).

### **7.1.2 Förändrade sociala relationer**

När man har ett barn som är sjukt ligger fokus på barnets mående. Det är därför lätt att man som vuxen individ blir isolerad och ensam och livet runt om trycks på paus, eftersom det är så avlägset. Dock kan man inte trycka på pausknappen i livet eftersom livet utanför också går vidare. (Hörnfeldt, 1997, s. 115). En orsak till isoleringen är om det sjuka barnet är hemma. Är barnet hemma gillar hon oftast inte att ha en massa gäster, vilket leder till ett rätt självklart beslut om att inte tillåta besök i onödan. (Käcko, 2008, s. 217).



På grund av den förändrade livssituationen som kommer med strikta och förändrade måltidsrutiner går mycket tid åt till just mat. En mamma berättade såhär i Torvalds intervjuer:

”Flera timmar om dagen, flera gånger om dagen, åt vi. Det var det enda jag gjorde. Jag hade inget socialt liv och inget jobb. Jo, sen försökte jag umgås med mina andra barn. Det var som att ha en lite bebis. Det tycker jag är en bra beskrivning: den anorektiska flickans jag är inte på plats. Man frågar inte en bebis att vill du ha mat nu och vill du ha rena kläder. Man gör vad man vet att barnet behöver.” (Torvalds, 2013, s. 122).

Att öppet prata om ätstörningar med andra människor är kanske inte det lättaste. Reaktionerna från omgivningen har lärt de berörda att det är bäst att skämmas och hålla tyst. Spekulationerna kring orsaken till sjukdomen kan vara många från omgivningen, vilket inte är målet med att föräldern i första hand berättar om sitt sjuka barn. (Hörnfeldt, 1997, s. 157). Det som är viktigt är att hitta något eller någon som får en på andra tankar och gör en glad. Det kan vara allt från jobb, motion, en vän att prata med (Käcko, 2008, s. 218), någon man kan kramas med, musik, skogen till att be om hjälp av terapeut och/eller läkare. (Torvalds, 2013, s. 126).

”Jag har jättebra vänner som orkat lyssna på mig till lust och leda. De har inte satt någon press på mig, jag har bara fått prata, jag har druckit rödvin och pratat med dem. Och med min man då förstås. Men då är man så nära varann att man måste få lufta det med någon annan.” (Torvalds, 2013, s. 126).

Genom att hitta dessa medel som får en på andra tankar, hjälper det även en att hantera sjukdomen på ett annat sätt. Käcko berättar exempelvis att genom att hon läste fakta och information om sjukdomen, skrev insändare och jobbade för att vården skulle bli bättre samt att hennes dotter skulle *”få bästa möjliga vård”* (Käcko, 2008, s. 189) hjälpte det henne att bli övertygad om att dottern skulle tillfriskna, men när visste ingen.

### 7.1.3 Ekonomisk påverkan

Med ett sjukt barn kommer även ekonomiska aspekter in i bilden. En del föräldrar, främst mamman i familjen, får ofta sluta arbeta och ta tjänstledigt ett tag och istället fungera som stöd för sitt sjuka barn, vilket blir hennes nya heltidssysselsättning. (Hörnfeldt, 1997, s. 97). Vid tjänstledigt får man normalt sett ingen lön, men om man sjukskriver sig på grund av man själv mår dåligt och är nere fås stöd. Speciellt i Sverige är en sjukskrivning av ena föräldern

vanligt om något av deras barn får diagnosen ätstörning. (Torvalds, 2013, s. 172). Att kunna koncentrera sig på sitt jobb är viktigt och klarar man inte det leder det ofta till att man behöver ta ledigt. (Käcko, 2008, s. 82).

”I Finland går det inte att sjukskriva någon på grund av någon annans sjukdom. Till mig sa de att jag måste få en egen diagnos. Jag fick livskris som diagnos och med den stannade jag hemma i några månader.” (Torvalds, 2013, s. 172).

Ligger sjukhuset, som den sjuka befinner sig i, dessutom i en annan stad och/eller land blir även resorna fram och tillbaka väldigt dyrt i slutändan. (Käcko, 2008, s. 104). Beroende på om vården sker i den offentliga eller den privata sektorn skiljer även priserna och den slutna vården är dyr (Käcko, 2008, s. 242). Om man har pengar kan man alltså få mycket god ätstörningsvård i exempelvis Helsingfors, då också svenskspråkig vård. Har man dessutom försäkringar som betalar tillbaka klarar man sig ganska bra. (Torvalds, 2013, s. 110).

”När det gäller Folkpensionsanstalten och betalningsförbindelse för flerårig psykoterapi verkar principen vara att ätstörningen ska vara under kontroll innan en terapiansökan godkänns” (Torvalds, 2013, s. 114).

#### **7.1.4 En känsla av skuld och skam**

Trots att det inte är föräldrarnas fel att deras barn har drabbats av ätstörning är det väldigt enkelt att tänka ”*var det vårt/mitt fel?*” (Torvalds, 2013, s. 27). Läser man böcker om orsakerna kring varför ätstörningar uppkommer skylls det ofta på hur föräldrarna har uppfostrat sina barn (Käcko, 2008, s. 139).

”Jag medger att jag stundvis känt skam för att jag misslyckats så i mitt moderskap att mitt barn blev svårt sjukt utan att jag märkte någonting. Jag har varit en dålig mamma många gånger, men jag har alltid haft någon ursäkt.” (Torvalds, 2013, s. 129).

Mammorna får läsa att de är skyldiga till sjukdomen eftersom de är narcissistiska, själviska och alltför dominerande. Ju yngre barnet är vid insjuknandet anses sjukdomens orsaker förknippas med familjen. (Torvalds, 2013, s. 133). Pappor beskrivs ofta som frånvarande, (Käcko, 2008, s. 32) tillbakadragna, brutala, dominanta (Käcko, 2008, s. 110) och ovilliga att visa kärlek och ömhet för sitt barn (Käcko, 2008, s. 139). Genom att få dylik information är det enkelt att ifrågasätta sig själv vad man gjort för fel för att behöva vara med om detta. (Torvalds, 2013, s. 27).

”Problemet med all ätstörningsvård som fokuserar på moderns eller föräldrarnas felsteg är att den förstärker känslan av skam. Många mammor känner, liksom jag själv, åtminstone tidvis att deras sjuka barn är levande bevis på att de har misslyckats i sitt moderskap.” (Torvalds, 2013, s. 137-138).

## 7.2 Förändrade familjeförhållanden

En familj som har ett barn med ätstörningsproblematik skapar förändrade familjeförhållanden mellan hela familjen, både på gott och ont. Under huvudkategorin **förändrade familjeförhållanden** delas relationerna upp i fyra underkategorier: *mellan föräldrarna och barnet med ätstörningsproblematik, mellan föräldrarna, mellan föräldrarna och övriga familjemedlemmar* samt *mellan syskon*.

### 7.2.1 Mellan föräldrarna och barnet med ätstörningsproblematik

Torvalds (2013) anser att en av de värsta sakerna man som förälder kan uppleva är att se sitt barn svälta. Det är smärtsamt och tungt att vara närstående till ett sjukt barn och att det går flera månader och veckor utan framsteg i barnets mående gör det inte lättare. Föräldrarna tröstar och finns där med hela sin kraft. Torvalds uttrycker att fruktansvärt är bara förnamnet. (Torvalds, 2013, s. 116).

”Plötsligt ska de sitta där och känna igen symtom, förhandla om kalorimängder och verka som dygnet-runt-terapeuter för en motspänstig och svårbehandlad patient.” (Torvalds, 2013, s. 118).

Eftersom föräldrarna till stor del bor och lever med sitt sjuka barn hela tiden är det också oftast de som vet mer om hur barnet fungerar. Föräldrarna vet således både vad man kan säga samt vad man inte borde säga åt sitt barn. (Torvalds, 2013, s. 82). Relationen påverkas eftersom det oändliga kontrollerandet blir påfrestande och tröttar ut båda parterna. Genom att leva med sitt barn har de fått kunskap om hur sjukdomen fungerar, dock kommer det fruktansvärda ansvaret emot och professionell vård blir en nödvändig hjälpande hand i tillfrisknandet. (Torvalds, 2013, s. 82). Oron över sitt sjuka barn ställer också krav på föräldrarnas mående. (Käcko, 2008, s. 112).

Relationer mellan föräldrarna och barnet med ätstörning testas till fullo och tålamod är en viktig egenskap. Precis som barn har också föräldrar olika temperament. Hur man reagerar

beror på hur man är som person. En del kan bli tysta och förvirrade, rasande, ledsna och falla tårar medan vissa väljer att gå till attack och andra att dra sig undan. (Torvalds, 2013, s. 119).

Kommunikationen påverkas och ibland är det nästan omöjligt att prata med varandra på ett lugnt sätt. Föräldrarna är rädda att situationen ska förvärras om de säger eller gör någonting annorlunda. (Torvalds, 2013, s. 118). Det kan vara svårt att hitta gemensamma samtalsämnen och bråk blir allt vanligare, även om bråken aldrig riktigt leder till en värre konflikt eftersom de sjuka är duktiga på att glida undan och vara upptagna av något helt annat. (Hörnfeldt, 1997, s. 27).

Att mamman får vara med och stöda samt hjälpa sitt barn under hela den långsamma resan från insjuknandet till friskförklaringen har visat sig skapa en väldigt speciell relation mamman och barnet emellan. (Torvalds, 2013, s. 140). Den lilla flickan som hade blivit stor har nu plötsligt blivit väldigt liten igen. Barnet kräver ständig kärlek och vård, mer än hon någonsin gjort på flera år. Mamman är då oftast den som får sitta i timmar på flickans sängkant för att krama och visa kärlek åt sitt barn. (Torvalds, 2013, s. 105). Käckos dotter Katarina berättar att speciellt under tillfrisknandet var stödet från mamma enormt, men också under sjukdomstiden. Att mamman först på alla möjliga sätt försökt lära sig vad anorexi egentligen innebär och sedan vara med under hela sjukdomsförloppet var en lättnad för Katarina. (Käcko, 2008, s. 288).

”Ett barn som blir friskt från en ätstörning åtminstone delvis tack vare stöd från sin mamma kommer alltid att ha en särskild relation till sin mamma. Det händer sig till och med att den relationen är betydligt starkare, innerligare och ärligare än den var innan.” (Torvalds, 2013, s. 140).

Hörnfeldt berättar om en gång när hennes dotter fick besök av en kompis och hon följde med flickorna på bio. Dottern var nu starkt beroende av henne och hennes sällskap prioriterades över alla andras. Under hela biobesöket höll Sanna i sin mammas hand, vilket visade att deras relation var viktig. (Hörnfeldt, 1997, s. 117). Det är oftast mamman som blir den förälder som får ändrad relation till barnet med ätstörning, men även relationen mellan pappan och barnet kan påverkas. En pappa berättade såhär i Torvalds intervjuer:

”Mitt förhållande till min dotter blev bättre. Det blev mer öppet och ärligt och diskuterande. Hon fyllde aderton medan det var som allra värst. Det kan ju hända att en del av ångesten berodde på att hon visste att hon håller på att bli vuxen och tänkte på vad det innebär för ansvar. Hon ville liksom kontrollera allt med det här. Men vårt förhållande har nog helt klart utvecklats.” (Torvalds, 2013, s. 106).

## 7.2.2 Mellan föräldrarna

Har man ett barn med ätstörningsproblematik påverkar det föräldrarnas förhållande sinsemellan. Den egna tiden tillsammans blir knapp och fokus ligger på att ta hand om sitt sjuka barn som eventuellt ligger på sjukhus. Samtidigt ska man ge de andra barnen uppmärksamhet, träffa andra nära släktingar, jobba, göra hushållssysslor och allt som hör livet till. Kärleksrelationen mellan föräldrarna går därför på sparlåga. (Käcko, 2008, s. 38). Att man är två om detta är ändå en fördel. En man är lika mycket pappa som en kvinna är mamma åt sitt barn och att kunna ventilera sina känslor med någon i en sån här situation är viktigt. (Käcko, 2008, s. 77).

”Jag tror att jag har varit hans säkerhetsventil och mina ventiler har sedan funnits någon annanstans.” (Torvalds, 2013, s. 126).

Käcko berättar att trots att det var hon som engagerade sig mest i dotterns sjukdom skulle det inte på något vis gått utan makens helhjärtade stöd (Käcko, 2008, s. 286). Har man en familj hemma medan ett barn ligger på sjukhus är det förstaeligt att man inte kan finnas på båda ställena samtidigt. En av föräldrarna stannar för det mesta hemma med de andra barnen och den andra, oftast mamman, är på sjukhuset. Partnerna får hjälpa och stöda varandra så bra det går trots omständigheterna. Detta blir snabbt mycket svårare om sjukhuset ligger långt hemifrån, men oftast ställer även någon annan familjesläkting upp som en hjälpande hand. (Käcko, 2008, s. 103).

Att kunna samtala med varandra är viktigt. Genom samtal kan man bearbeta sina upplevelser och trots att de kan skilja sig från varandra och man kan förvånas över den andres minnesluckor är det sist och slutligen samma historia man gått igenom. (Hörnfeldt, 1997, s. 156-157). Dagarna eller framförallt nätterna kan bli jobbiga när tankarna snurrar i ens huvud om vad som komma skall. Det är oftast först då, på kvällarna, som föräldrarna får lite tid för varandra. Att somna kan bli svårt och frågorna är många. Trösten går båda vägarna. (Käcko, 2008, s. 122).

”Nu var det min tur att trösta honom. Vi låg och höll om varandra och till slut bad vi den finaste barnabön jag visste. Vi knäppte våra händer tillsammans.” (Käcko, 2008, s. 122).

### 7.2.3 Mellan föräldrarna och övriga familjemedlemmar

Då ett av barnen i familjen får vilseledande mat- och utseendetankar, vilka leder till ätstörning, påverkar det hela familjen. Föräldrarnas frustration, stressen som bringar tankspriddhet och den ångestfyllda vreden den sjuka besitter, kan gå ut över de friska syskonen i familjen. (Torvalds, 2013, s. 131). Platsen i syskonskaran påverkar ens roll i familjen. Alla syskon är duktiga på olika saker samt gillar olika saker, vilket gör att föräldrar kanske uppmärksammar barnen på olika sätt. Att föräldrarna ger alla barn, oberoende ålder och kön, lika mycket uppmärksamhet kan vara svårt men ”ack så viktigt”. (Torvalds, 2013, s. 31). Ätstörningsproblematiken kanske grundar sig i något från barnets egna barndoms erfarenheter. En tjej som Torvalds intervjuat för sin bok berättade så här:

”Min syster skulle flytta hemifrån och det var en stor grej att första barnet flyttar hemifrån och börjar vid ett universitet. Min lillebror gick i lågstadiet, och han var alltid familjens minsting. Min syster skrev studenten och fick jättebra vitsord och jag kände att å nej, jag kommer aldrig att vara så bra som hon. Kanske jag bara vill visa att hej, jag finns också.” (Torvalds, 2013, s. 31).

Tiden för att visa att man finns till för de andra barnen i familjen kan alltså bli knapp. Uppmärksamheten kan vara allt från att hjälpa till med läxläsningen, skjutsa barnet till sin hobby och säga godnatt (Käcko, 2008, s. 94) till att skaffa ett husdjur som familjemedlemmarna kan ha glädje av (Käcko, 2008, s. 151). Vårdas den sjuka på sjukhus fräntas mycket tid med föräldrarna ifrån de friska barnen, men när man väl är hemma kan man umgås. På sjukhuset är barnet med ätstörning i trygga händer, vilket gör att föräldrarna kan slappna av för en liten stund. Måltidsstämningen hemma blir mer avslappnad och man får känna sig ”normal” för en stund. (Käcko, 2008, s. 94).

Även om yngre barn ofta förstår att något inte är helt rätt (Käcko, 2008, s. 27) kan det vara svårt att förklara vad som egentligen sker. Äldre eller vuxna barn förstår däremot situationens allvar. Att gräla i onödan i en situation som denna ska helst undvikas eftersom alla är påverkade av den förändrade livssituationen. (Hörnfeldt, 1997, s. 119). Dessutom kan de friska barnen få en massa frågor om sitt sjuka syskon i skolan, affären och andra vardagliga platser. Alla undrar hur den sjuka mår vilket kan bli för mycket för den som hela tiden får ta emot frågorna. (Käcko, 2008, s. 37).

Torvalds berättar att när det var som värst med hennes sjuka dotter kunde hon njuta av att trösta sitt yngsta barn eftersom det ”gick så lätt”. Om han grät trööstlöst över barnprogrammet som tog slut, leksaken som gick sönder eller om han föll var det bara att ta upp honom i

famnen och stryka honom lite över håret samt säga några tröstande ord och så var allt bra igen. Annat var det med den inåtvända sjuka dottern. (Torvalds, 2013, s. 115).

Efter en lång process med både med- och motgångar har familjerelationerna påverkats. Även om det varit väldigt negativa stunder har oftast parterna kommit närmare varandra och lärt känna sin familj ännu bättre. Familjen är alltid en trygghet, vare sig man erkänner det eller inte.

”Vi kan inte se den här tiden som enbart negativ. Det har varit en personlig utvecklingsresa för oss alla fyra, på gott och ont.” (Torvalds, 2013, s. 23).

#### 7.2.4 Mellan syskon

Barn snappar ofta upp om något inte är helt rätt. Har man ett syskon som fått ett onormalt perspektiv på mat och matvanor är det därför inte ovanligt att exempelvis ett yngre barn i familjen förstår att storasyster är sjuk. Stämningen kring matbordet kan kännas tryckt och syskonen försöker då lätta upp den med exempelvis skämt och skratt. (Käcko, 2008, s. 27). Syskonen är också de som oftast säger vad de tycker och tänker. De kan beskylla sitt sjuka syskon för att ha orsakat rubbning och problem i familjens liv samt att den sjukas jobbiga beteende har gått över styr. (Torvalds, 2013, s. 173). Även om syskonen gärna säger vad de tycker kan de raka orden sist och slutligen vara positivt och konstigt nog hjälpa till en snabbare tillfriskning. När Katarina Käcko tillfrisknat berättade hon långt senare för sin mamma att hon klart och tydligt mindes den gången hennes storebror hade kläckt ur sig något som verkligen skakade om henne. För första gången hade någon sagt att *”hon var ful för att hon var smal”* (Käcko, 2008, s. 247). Hennes bror ville visa att han brydde sig om sin syster och att snällhet inte hjälper henne att bli frisk (Käcko, 2008, s. 247).

”Du är rent ut sagt förbannat ful när du är så där smal, du som annars är så grann. Börja äta normalt nu och sluta med det där fjantandet. Vad är det för liv att vara smal och leva på sjukhus? Jag skulle kanske förstå det om du blev vackrare av att vara mager, men det är ju precis tvärtom” (Käcko, 2008, s. 247).

Eftersom barn också är bra på att apa efter äldre finns en risk för att något av syskonen även drabbas av ätstörningstankar. De kanske känner att de inte behöver lägga smör på brödet, eftersom syskonet inte heller gör det. Syskonen, speciellt de yngre, påverkas av den förändrade livssituationen och födointaget kan bli liknade som hos den sjuka. En situation som kan bli förtvivlande för föräldrarna. (Hörnfeldt, 1997, s. 119).

Familjerelationerna har ändå visat sig bli starkare av en situation som denna. Alla har samma mål: att få sitt syskon eller barn att bli friskt. Om det så är som lillebror att hela tiden tala om för sin syster att hon inte är tjock de gånger hon frågar (Hörnfeldt, 1997, s. 149) eller som en storebror som inget annat vill än att lillasyster ska må bra (Hörnfeldt, 1997, s. 67).

### 7.3 Vården

Vården kommer, efter barnets insjuknande, att bli en del av både barnets och föräldrarnas vardag under en längre period framöver. För föräldrarna blir detta en upplevelse de inte ställts inför tidigare. Huvudkategorin **vården** delas in i tre underkategorier: *mötet med vården*, *vårdens tillgänglighet* samt *samarbete och förståelse*.

#### 7.3.1 Mötet med vården

Förr eller senare, när barnet bara blir smalare och smalare och ingen förändring i beteendet sker, kommer situationen föräldrarna fruktat och de inser att de behöver hjälp från utomstående. Professionell sjukhusvård kan således bli aktuellt för att deras barn ska bli friskt. (Hörnfeldt, 1997, s. 132). Hur mötet med vården ser ut varierar en del mellan olika vårdinrättningar men vårdsyftet förblir det samma, det vill säga att få in barnet på en friskare linje. Trots det kan det uppstå konflikter i och med att den första vården inte alltid är direkt anpassad för dem som insjuknat i ätstörning. (Torvalds, 2013).

”Den första vården ges oftast av skolhälsovårdaren eller en läkare på en hälsocentral. De här personerna är sällan specialiserade på ätstörningar. Det kan leda till problem.” (Torvalds, 2013, s. 84).

Vid nämmandet av vården tar Torvalds upp den tystnadsplikt som gäller för en skolhälsovårdare. Tystnadsplikten kan både hjälpa barnet att komma framåt i vården, men den kan även göra det motsatta. Är ett barn över tolv år fyllda får barnet själv besluta om föräldrarna ska kontaktas eller inte. Bedöms situationen som livshotande har hälsovårdaren dock rätt att kontakta föräldrarna utan barnets godkännande. Hälsovårdarens definition av allvaret baseras således på en tolkningsfråga, vilket gör att tiden det tar för ett barn att få mer specialiserad vård kan variera. (Torvalds, 2013, s. 86).



”Då insåg jag hur lite makt man har som välvillig förälder. Om man skulle ha kunskap eller vilja att hjälpa sitt barn, då kan man inte göra det för det sitter någon annan, en främmande vuxen människa där emellan som en propp, en som har som sin uppgift att skydda det här barnet för eventuella missbrukare eller våldsamma föräldrar.” (Torvalds, 2013, s. 86-87).

Trots att forskning påvisar ett resultat som säger att hälften av de som insjuknar i ätstörning tillfrisknar utan någon vård alls kan man inte veta säkert till vilken hälft ett barn tillhör. Att inleda en vårdperiod snarast möjliga är därför något som förespråkas, inte minst hos föräldrarna. Torvalds anser det vara oklokt att tveka när det kommer till att inleda den riktiga vården av ätstörningen. (Torvalds, 2013, s. 85).

### **7.3.2 Vårdens tillgänglighet**

Vårdens tillgänglighet baseras på vilken typ av vård man är ute efter. Allt från skolhälsovården till specialiserad sjukhusvård och avdelningsvård erbjuds, men dess tillgänglighet varierar. Skolhälsovårdaren håller koll på elever, vilket innebär att en ätstörning först och främst upptäcks där.

”När hälsovårdaren upptäcker tydligt självskadebeteende och/eller en ätstörning som trots uppföljning inte blir bättre måste hon ha så mycket information att det känns tryggt att fatta beslut om när det är dags att kontakta specialistvård och engagera föräldrarna” (Torvalds, 2013, s. 88-89).

Specialiserad ätstörningsvård inom öppenvården erbjuds dock inte på alla orter. Dessutom anser Torvalds att den specialiserade sjukhusvården erbjuds för sent och att den vård som erbjuds ofta är icke-ätstörningsspecialiserad. Den icke-ätstörningsspecialiserade vården ges bland annat som terapi på en ungdomspsykiatrisk mottagning eller som vård på sjukhus. (Torvalds, 2013, s. 89). I Finland är tröskeln för att få vård för ätstörningar relativt hög. För att få vård på universitetskliniker eller centralsjukhus behöver man en remiss, vilket också betyder att man skall ”nä upp” till sin diagnos och visa svåra symtom. Ätstörningsvården på Fredrikakliniken i Jakobstad fungerar dock på ett annat sätt och där är tröskeln klart mycket lägre. Denna plats har även avgiftsfria besök eftersom den tillhör psykiatrin. (Torvalds, 2013, s. 109-110).

”Det tråkiga är att ätstörningen inte verkar höra hemma på ett ställe i vården utan splittras upp på en mängd olika ställen och en mängd olika vårdare.” (Torvalds, 2013, s. 89).

Som förälder får man själv ganska långt försöka söka information gällande vård samt hålla kontakt med olika vårdpersonal, något som Käcko beskriver poängterar:

”Några dagar senare ringde jag psykologen, Christina, i Jakobstad för att be om råd och eventuellt få en tid hos henne.” .... ”Hon föreslog att jag skulle kontakta barnläkaren vid Malmska sjukhuset, eftersom hon var väl insatt i problematiken” .... ”Jag fick en tid hos barnläkaren följande veckas torsdag, och fast jag hade fått en läkartid så snabbt tyckte jag att det var evigheter dit.” (Käcko, 2008, s. 32).

### 7.3.3 Samarbete och förståelse

Ett samarbete ska vara välfungerande mellan två eller flera parter för att ge god skörd. Samarbetet kan därför inte vara enbart ensidigt utan ska både finnas samt fungera mellan involverade samarbetspartners. Käcko beskriver det förtroende som kan finnas mellan vårdande personal och föräldrarna genom att berömma vårdarnas sätt att agera efter att hon som förälder gett dem viktig information om Katarina. (Käcko, 2008, s. 124).

”Så fort jag kunde gick jag och berättade för personalen vad Katarina hade sagt. De blev oroliga för att det verkligen låg något slags band i toaletten som hon kunde skada sig med. De skulle kontrollera saken omedelbart.” (Käcko, 2008, s. 124).

Precis som med alla sjukdomar behöver föräldrar till barn med ätstörningsproblematik information om läget och behandlingens framskridande. För detta ändamål är informationstillfällen från både sjukhusets och personalens sida samt föräldramöten, med personer i likadan situation, bra att erbjuda föräldrarna. Att veta vad som pågår har en positiv effekt och familjen får känna sig delaktig i vården. (Hörnfeldt, 1994, s. 170).

Det är dock inte alltid samarbetet mellan vården och föräldrarna fungerar. Föräldrarna isoleras eftersom det finns en sådan filosofi gällande vården på en del avdelningar. Trots detta kan vården i sig fungera bra, det är endast föräldrarna som upplever att de förlorar kontakten till både sjukhuset och vårdpersonalen. (Torvalds, 2013, s. 97). Resultatet av detta är en känsla av maktlöshet som uppstår och det gör i sin tur att föräldrarna inte riktigt vet vad som pågår i vården. Torvalds kommenterar detta med:

”Det är dumt att familjen – alltså de människor som står den sjuka allra närmast – av en del vårdare ses som ett hot snarare än en resurs. Det finns ingen forskning som skulle tyda på att det alltid är mammans eller pappans fel att barnet har insjuknat. Och även om mamman eller pappan har en del i att sjukdomen uppstått borde de få hjälpa till med att göra det bättre. Att engagera dem i återträningen och ge dem verktyg att handskas med jobbiga situationer som kan uppstå i hemmet tycker jag borde ingå i all ätstörningsvård på alla orter” (Torvalds, 2013, s. 92).

Att vårda en person med ätstörning är dock ingen lätt uppgift att utföra, varken för en vårdare eller för en förälder. För en förälder, som inte har samma erfarenhet som en vårdare, kan sättet som vården utförs på anses vara tämligen orimligt. (Torvalds, 2013).

”Ändå verkar många inom vården tro att man kan lägga huvudet på sned och vänligt uppmana patienten att äta en banan i mellanmål.” (Torvalds, 2013, s. 81).

Föräldrarna har fått lära sig den hårda vägen, det vill säga genom att leva med sitt sjuka barn, vad som borde sägas och vad som inte borde sägas. Detta gör dem till experter om sitt egna barn. I och med den kunskapen kan vården, även när det kommer till vård som utförs av vårdare som har tidigare erfarenheter av att vårda ett barn som insjuknat i en ätstörning, verka förvirrande. Föräldrarna lämnar således ibland stående med frågor som inte får något svar. (Torvalds, 2013).

”För mig som talat med många som har eller har haft en ätstörning känns det svårt att förstå att så många som jobbar terapeutiskt med ätstörningsklienter inte fattar att den som är sjuk inte vill bli frisk.” (Torvalds, 2013, s. 80-81).

Ansvar och kärleken en förälder känner för sitt barn gör att föräldern är beredd att göra vad som helst för sitt barns skull. Detta skapar starka känslor som kommer upp till ytan i takt med att förståelsen inte infinner sig. När vården inte motsvarar föräldrarnas förväntningar uppstår frustration. (Käcko, 2008).

”Måste hon vara döfärdig innan sjukhuset tänker göra någonting?” (Käcko, 2008, s. 82).

## **8 Diskussion**

I detta kapitel diskuteras litteraturstudiens resultat, metod och material. Resultatdiskussionen utgår från studiens syfte och frågeställningar, vilka sedan har kopplats ihop med bakgrunden, tidigare forskning och de teoretiska utgångspunkterna. I metoddiskussionen diskuteras studiens styrkor och svagheter. Studien granskas även kritiskt med avseende på trovärdigheten. I diskussionen tas även respondenternas egna tankar och upplevelser upp om arbetets process, tankar som väckts under bearbetningen av materialet samt egna erfarenheter som berör ämnet.

## 8.1 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer resultatet att diskuteras och jämföras mot studiens teoretiska utgångspunkter, bakgrunden samt den tidigare forskningen. De teoretiska utgångspunkter som använts är Antonovskys KASAM (2005) och Erikssons lidandemodell (1994). Resultatdiskussionen åskådliggörs genom att huvudkategorierna tolkas skilt, detta för att göra diskussionen tydligare.

### 8.1.1 Förändrad livssituation

I resultatet framkommer att familjens nya vardag påverkar familjegemenskapen och inget är sig likt. Matlagningen blir en pårs samt att måltidsrutinerna gör en helomvändning och blir strikta och förändrade. Föräldern upplever sig bli isolerad och ensam till följd av detta. Motsvarande förhållning har även tagits fram i studien av Svensson, Nilsson, Levi & Carballeria Suarez (2013). I studien framkommer att isolation kommer som en påföljd och konsekvensen av det leder till stora påfrestningar på det sociala planet samt även på arbets- och ekonomifronten. För att klara av situationen ska man enligt Lindholm (u.å.) fortsätta med sådant som varit viktigt för en själv samt se till att man mår bra. Även KASAM hänvisar till meningsfullhet och att de uppgifter och utmaningar man ställs inför ska vara tillräckligt engagerande (Aroseus, 2013), så att man kommer kämpa på i både tuffa situationer och i situationer där det är oklart hur man bör gå tillväga. (KaSam, u.å.).

McMaster et al. (2004) menar att föräldrarna ofta känner en skyldighet till insjuknandet hos barnet och Svensson et al. (2013) nämner även begrepp som skuld och skam. Detta kom även fram i resultatet, där föräldrarna ifrågasatte sig själva vad de gjort för fel för att deras barn ska insjukna i en ätstörning. Föräldrarna kände att de behövde få förståelse för att kunna gå vidare och hantera hela situationen, något som kan hänvisas till beståndsdelarna begriplighet och hanterbarhet i Antonovskys KASAM. (Aroseus, 2013). Även Erikssons (1994) teori om lidande kan sammankopplas till detta eftersom föräldrarna själva lider till följd av skulden och skammen.

### 8.1.2 Förändrade familjeförhållanden

Enligt Eriksson (1994) är lidandet ett resultat åstadkommet av människan. I detta fall är det barnet som insjuknat i ätstörning som lider. Till lidandet hör enligt Eriksson (1994) även medlidande, vilket innebär att en person vill försöka minska och lindra lidandet hos en annan. Medlidandets roll innehas i detta fall av föräldrarna. Johansson (2009) menar att mamman är den som ansvarar för barn och hem i större utsträckning samtidigt som hon även är den mest emotionella av föräldrarna. I resultatet framkommer det att fokus ligger på att ta hand om sitt sjuka barn och mamman i familjen ofta är den som får sitta på sängkanten och trösta barnet. Det är även mamman som får vara med och stöda samt hjälpa sitt barn under sjukdomsprocessen, vilket gör att barnet med ätstörning alltid kommer ha en speciell relation till sin mamma. Föräldrarnas upplevelse av detta är att det både är smärtsamt och tungt att vara närstående till ett sjukt barn.

Enligt studien gjord av Svensson, Nilsson, Levi & Carballeria Suarez (2013) framhöll föräldrarna att familjens omstrukturering var ett av det mest centrala i förhållningen till sjukdomen, i och med att den insjuknade placerades i familjens centrum. Qwist (2011) menar att i en familj ska man känna en viss trygghet till dem man associerar som sin familj. Motsvarande information framkom även i resultatet. Trots de förändrade familjeförhållandena som uppstår vid en situation som denna behöver relationerna inte bli sämre, utan oftast blir de bättre mellan hela familjen.

### 8.1.3 Vården

I resultatet framkommer det att föräldrar till barn med ätstörningsproblematik behöver information om läget och behandlingens framskridande. Föräldrar vill även ta del av informationstillfällen och föräldramöten med personer i likadan situation. Motsvarande resultat har påvisats i studien av Hillege, Beale & McMaster (2006), där en integration i barnens återhämtning och behandlingsprocess samt mera stöd och vägledning skulle uppskattas av föräldrarna. Även i studien av Honey et al. (2008) vill föräldrarna bli inkluderade i behandlingen samt få stöd och vägledning om hur de ska vårda sitt barn. Genom att föräldrarna och hela familjen får vara delaktiga i vården skapar det ett bättre samarbete, en snabbare behandlingstid samt en gynnsam och positiv känsla. Föräldrarna är till stor hjälp under behandlingen och kan i flera fall vara lösningen (Silber, Lyster-Mensh, Duval, 2011, s. 332), något som även framkom i resultatet.

Resultatet påvisar att föräldrar känner sig maktlösa när de inte riktigt vet vad som pågår i vården och när vården inte motsvarar deras förväntningar uppstår frustration. Motsvarande resultat finns i studien av McMaster et al. (2004). Att förstå sig på både den inneliggande och den omkringliggande känslan av en situation hör till begripligheten, en av de tre beståndsdelarna i Antonovskys KASAM (Aroseus, 2013).

## 8.2 Metoddiskussion

Eftersom vi ville få fram föräldrarnas upplevelser av att ha ett barn med ätstörningsproblematik ansåg vi att en kvalitativ litteraturstudie lämpade sig bäst för denna studie, detta på grund av att metoden behandlar människors egna erfarenheter och upplevelser (Henricson, 2012, s. 130). Vi övervägde först att intervjua föräldrar till barn med ätstörningsproblematik alternativt att analysera bloggar som berör samma ämne. Valet föll slutligen på att använda självbiografiska böcker som metod för datainsamling. Självbiografiska böcker är tillgängliga för allmänheten, vilket gjorde dem lätta att låna från biblioteket om de inte redan finns hemma i bokhyllan.

När det kom till analyseringen av de tre valda böckerna var materialet ganska omfattande. Vi anser dock att kvalitativ innehållsanalys, vilken valdes till analysmetod, var passande för den omfattande textmängden. Genom att ha studiens frågeställningar i beaktande under hela processen kunde förslag på huvud- och underkategorier till resultatredovisningen utvecklas relativt okomplicerat. Under läsningens gång antecknades sidor och citat som vi ansåg vara relevanta för studien. Problemet här var att försöka få med det viktiga och inte lämna något ”mellan raderna”, men samtidigt inte gå in för djupt på alla punkter med risk för att helheten förloras (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s. 189).

Det är viktigt att hålla ett kritiskt förhållningssätt genom hela arbetets gång (Henricson, 2012, s. 483). Böckerna vi valt att analysera är relativt gamla vilket även påverkar studiens trovärdighet med tanke på att all information kanske inte är aktuell idag, men detta gäller främst fakta som handlar om hur vården fungerar och dess tillgänglighet. Känslor och upplevelser av att ha ett barn med ätstörningsproblematik förändras inte nämnbart genom åren. En annan svaghet kan vara att händelserna i böckerna utspelade sig flera år innan författarna påbörjade skrivandet. Som respondenter ställer vi oss frågande till hur mycket föräldrarna glömt under denna tid samt om en stor del av det som skrivits handlar om ”allt det dåliga” vilket gör att de ”lättare” tillfällena fallit i skymundan.

Vi kan säkra studiens trovärdighet med tanke på att vi är två som gjort detta arbete, eftersom datamaterialet tolkats utifrån två personers perspektiv. Pålitligheten kan dock även påverkas av respondenternas förförståelse. (Henricson, 2012, s. 488). Har man erfarenheter eller är påläst om ämnet innan man börjar studera det finns en risk att ”ögat fäster sig” för sådant som redan är bekant. (Henricson, 2012, s. 489). Detta med att komma ihåg ens egna förförståelse har vi varit noggranna med när vi analyserat materialet, eftersom förförståelsen har varit större hos en av oss. Detta har gjort att vi tagit fasta på olika saker men slutligen kommit fram till samma resultat.

Henricson (2012) betonar även att datainsamlingen, analysen och granskningen påverkar resultatet om man är novis samt att tidsbegränsningen kan vara en annan faktor som inverkar. (Henricson, 2012, s. 472-473). Det är första gången vi gjort en omfattande studie som denna och vi anser även att tiden inverkat. Vi har dock hållit oss till tidsplaneringen även om motivationen satt begränsningar ibland. Vi anser att vi lyckats få ett trovärdigt resultat trots dessa begränsningar. Att hitta relevant information till bakgrunden och tidigare forskning var det heller inget större problem med eftersom ätstörningar är ett begrepp som diskuteras mycket på senare år. I och med att vi valde att studera föräldrarnas upplevelser gällde det bara att använda rätt sökord för att få lämpliga artiklar för denna studie.

För att läsaren lättare ska kunna förstå vad som ligger i fokus är det också viktigt att studien är uppbyggd på ett strukturerat och lättförståeligt sätt. Genom att besvara studiens frågeställningar håller man även den röda tråden genom hela arbetet. (Henricson, 2012, s. 60). Vi har under hela processens gång haft syftet och frågeställningarna i tankarna, vilka var att få en ökad förståelse för föräldrars upplevelser av att vara närstående till ett barn i åldern 12 – 18 med ätstörningsproblematik samt att undersöka vilket stöd föräldrarna har fått för att bemästra denna situation. Detta har resulterat i att vi fått svar på våra frågeställningar och byggt upp ett resultat som följer en viss struktur. Hela arbetet utgår från samma struktur och vi har använt oss av huvud- och underkategorier för att underlätta hanteringen av materialet, vilket även gjort resultatet tydligare.

### 8.3 Slutledning

Syftet med studien var att få en ökad förståelse för föräldrars upplevelser av att vara närstående till ett barn i åldern 12 – 18 med ätstörningsproblematik samt att undersöka vilket stöd föräldrarna har fått för att bemästra denna situation. Utgående från resultatet har det framgått att den förändrade livssituationen är den förändring som påverkar vardagen mest för föräldrarna, däribland även de sociala relationerna och den ekonomiska aspekten.

Tanken med studien var att som respondenter och blivande sjukskötare få en ökad förståelse för föräldrarnas upplevelse av att vara närstående till ett barn med ätstörningsproblematik på grund av att ätstörningar verkar ha blivit allt mer vanligt förekommande i dagens samhälle. Resultatet kring detta påvisar att föräldrar upplever det vara smärtsamt och tungt att vara närstående till ett sjukt barn. Föräldrarna upplever att de isoleras från barnets vård, vilket bringar fram starka känslor. Till följd av detta upplever föräldrarna i sin tur att de skulle behöva information om läget och behandlingens framskridande samt möten med andra föräldrar i liknande situation.

Utgående från bakgrundslitteraturen och den utvalda studielitteraturen har vi fått en hel del kunskap kring hur en ätstörning tar sig i uttryck, främst från ett subjektivt perspektiv men även till viss del ur ett objektiva perspektiv. Den subjektiva synvinkeln speglar främst föräldrarnas syn och upplevelse av sjukdomen, en synvinkel som efter en jämförelse med den objektiva synvinkeln kan avvika en aning. Här nedan följer en redogörelse över ett verkligt händelseförlopp, där föräldrarnas upplevelse skiljer sig från den upplevelse barnet som insjuknat i ätstörning själv upplever;

*Ätstörningsproblematik är, trots en stor likhet mellan sätten att reagera, en väldigt individuell sjukdom, något som varseblivits utgående från en kvinnlig studerandes egna erfarenheter. Den ätstörda tror sig vara en i mängden och fullkomligt normal i sina handlingar när det gäller att bemästra matsituationerna och råvarorna som används i matlagningen. Det som denne dock inte inser är hur fullkomligt onormal situationen faktiskt är. Vilken människa måste egentligen ha fullständig kontroll på vad maten innehåller så till den grad att varje gram räknas? Vem strejkar och brister ut i total trots och vägran över att någon kokat två potatisar när det klart och tydligt enbart ska vara en enligt kostschemat? Ingen med normal syn på ätande skulle vidta sådana åtgärder och sätta sådan stor eftertanke och energi på något så vardagligt som en måltid. Detta är dock vardag för den ätstörda.*



*Avsaknaden av det rationella tänkandet är som allra störst när den ätstörda är som mest sårbar.*

*En ätstörd person handlar inte utgående från sina egna tankar och värderingar. Detta kanske låter en aning märkligt men så är fallet. Även om en ätstörd person agerar på ett speciellt och ogenomtänkt sätt i en måltidssituation så finns det även en annan syn på exakt samma situation, skillnaden är dock att den situationen enbart återges i den ätstördas huvud. Ett exempel på hur en dylik situation kan se ut är följande, återgett både ur en förälders perspektiv och ur ett insjuknat barns perspektiv:*

*Du som förälder har kommit hem efter en lång dag på jobbet. Hungrig och aningen låg i blodsockret ställer du dig vid spisen för att börja tillreda kvällens middag, en maträtt som i dina ögon är snabblagad, god och mättande. Bakom dig kommer ditt ätstörda barn att övervaka varje steg av processen, ibland även med en liten kommentar eller två om att maten faktiskt inte måste simma i matfett eftersom det faktiskt går att steka kött i torr stekpanna. När maten är klar, bordet dukat och det är dags att börja äta så kommer nästa kommentar: jag äter inte det där! Du som förälder berättar då att det som finns på bordet är vanlig husmanskost och inte något farligt, att det rent av var barnets favoriträtt sedan småbarnsperioden. Barnet lägger upp en portion sallad på tallriken, därefter står allt stilla. Du orkar inte vänta längre och öser upp den angivna portionsstorleken av den varma maten på barnets tallrik, en portion som i dina ögon är mycket liten. Barnet totalvägrar och kommenterar att det är alldeles för mycket. Du som förälder kontrar med att det följer kostschemat. Barnet fortsätter att vägra och tar till tårarna. Som förälder ger du dig inte, ditt barn måste äta. Efterföljande minuter kantas av gråt, skrik, vägran och plockande i maten.*

*Mamma kommer hem och ställer sig vid spisen för att laga middag. Hon berättar inte vad, men säkert något hemskt ochäckligt i alla fall. Bäst att jag stannar kvar och håller koll. Hon ser ut att laga min favoriträtt, kanske ska jag försöka äta ändå. Nej nej nej, den där smörbiten är alldeles för stor, säkert halva smörpaketet. Jag försöker att berätta åt mamma att man faktiskt inte behöver sådär mycket smör, man behöver det egentligen inte alls, det har jag ju testat. Ångesten kommer krypande men jag håller mig i skinnet. Maten är klar. Jag har dukat. Dags att äta. Sallad, jag måste ha sallad. Mat? Nej jag vill inte ha. Jag äter inte sådant. Innerst inne vet jag att jag gillar maträtten, men jag kan inte äta. Allt är fel. Ångesten sköljer över mig likt en våg och tårarna bränner bakom ögonlocken. Det går bara inte att sätta mat på tallriken. Mamma portionerar upp. Det blev alldeles för mycket, hundraprocentigt säker på att det blev mer än vad som står angivet på kostschemat. Jag*

*vägrar. Mamma tjarar, försöker lura mig att det här följer kostschemat exakt men jag tror henne inte. Jag vet att det är min favoriträtt. Jag vill smaka, jag försöker även ta upp lite på gaffeln men jag kan inte förmå mig att ta en tugga. Ångesten är överväldigande. Jag skriker, vägrar och gråter. Det finns en liten tanke inom mig som säger åt, visa vem som bestämmer. Det som denna tanke dock inte råder på är den andra diktatoriska tanken: ät inte din misslyckade tjockis.*

*Det är inte ovanligt att de med ätstörningsproblematik jämförs med småbarn i trotsåldern. Agerandet fungerar nämligen på nästan samma sätt, det vill säga med vägran och högljudda protester. Den ständiga misstänksamheten kring matsituationer och den ständiga rastlösheten i kroppen som inte tillåter ungdomen att vila hör till vardagen. Barnet kommer göra allt för att försöka förbränna kalorier, vilket kan ses genom att denne förblir stående istället för att sitta och att hen tar alla chanser till att röra på sig. En annan sak som en ätstörd gör är att se till att övriga familjemedlemmar äter som de ska. Speciellt roligt är det att bjuda på något gott bakverk, ett bakverk som den ätstörda absolut inte äter av själv.*

En annan intressant aspekt vi märkt under studiens gång är att symtombilden för anorexi och bulimi främst är beskriven ur ett kvinnligt perspektiv. Att symtombilden oftast är beskriven ur en kvinnas eller flickas perspektiv beror på att man under de senaste decennierna knappt har trott att ätstörningar kan förekomma bland pojkar och män. Detta är dock något som inte stämmer. Ätstörningar bland pojkar och män, speciellt de atypiska ätstörningarna, det vill säga ätstörningar utan närmare specifikation uppträder lika ofta hos pojkar som hos flickor. (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 22-24).

Att pojkar och män sällan syns i vårbilden när det kommer till ätstörningar beror på att ”mäns ätstörningar inte upptäcks inom sjukvården.” (Keski-Rahkonen et al., 2011, s. 22). Detta är något vi anser vore intressant att studera vidare, främst för att bredda den egna kunskapen kring ätstörningar men också för att vara förberedda om dylika patienter påträffas senare i arbetslivet.

## Källförteckning

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2003. *Ungdomstiden*. Helsingfors: Utbildningsstyrelsen

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Aroseus, 2013. *Kasam*. [online]

<https://lattattlara.com/klinisk-psykologi/kasam/> [hämtad: 04.04.2016]

Bergh, C., & Södersten, P. (2004). Mandometer treatment of eating disorders; a reply. *European Eating Disorders Review*, 12(6), 333-336.

Clinton, 2012 [online]

<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Anorexi/> [hämtad: 4.4.2016]

Engström, 2015 [online]

<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=980> [hämtad: 4.4.2016]

Eriksson, K. 1994. *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning

Fagerström, 2016 [online]

<https://familjen.trygghansa.se/vara-foralder/familj-och-relationer/barnets-plats-syskonskaran/> [hämtad: 22.12.2016]

Forskningsetiska delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. [online]

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [hämtad:5.5.2017]

Fritz, G. K. 2012. Eating Disorders: A Guide for Parents. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*, 28I-II.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB

Henricson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB

Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022.

Honey, A., Boughtwood, D., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M., & Madden, S. (2008). Support for Parents of Children with Anorexia: What Parents Want. *Eating Disorders*, 16(1), 40-51.

Hörnfeldt, A. 1997. *Då fanns ingen nåd*. Stockholm: Bokförlaget Cura

Jadelius, S. & Eriksson, M. 2003. *Genom eld och vatten*. Låttext

Johansson, T. 2009. *Familjeliv*. Malmö: Liber AB

Kangas, U. 2015. *Familje- och kvarlåtenskapsrättens grunder*. Helsingfors: Fiducia - Finsk juridik på svenska

*KaSam*, u.å. [online]

<http://www.ka-sam.se/> [hämtad: 04.04.2016]

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

*Klefbom*, 2012 [online]

<http://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/barn-och-familj/att-fa-syskon> [hämtad: 22.12.2016]

Käcko, M. 2008. *Ta livet av mig mamma. - En mors berättelse om flickan som vägrade äta*. Helsingfors: Söderström

Larsson, A., Jansen, T., Johansson, C., Bürger Sjödin, A., Grönberg Lidén, L., & Erixon, C. (2012) *Vårdprogram för ätstörningsbehandling inom heldygnsvård för patienter under 18 år*. Örebro: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken [online]

Le Grange, D. & Lock, J. (u.å) *Family-based Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa*:

*The Maudsley Approach* [online]

<http://www.maudsleyparents.org/whatismaudsley.html> [hämtad: 4.1.2017]

*Lignell*, 2014 [online]

<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Vad-ar-en-atstorning/#section-1> [hämtad: 4.4.2016]

*Lindholm*, u.å. [online]

<http://www.umo.se/Familj/Om-en-narstaende-ar-psykiskt-sjuk/> [hämtad: 10.12.2016]

Mando, 2016 [online]

<https://mando.se/> [hämtad: 20.12.2016]

Martensen-Larsen, O. & Sørrig. 2004. *Storasyster, lillebror och andra platser i syskonskaran*. Falun: Bokförlaget Natur och Kultur

McMaster, R., Beale, B., Hillege, S. & Nagy, S. (2004) *The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals*. International Journal of Health Nursing 13, s. 67-73

Nestor, 2014 [online]

<http://atstorningar.se/anorexia/> [hämtad: 4.4.2016]

Nestor, L. (2014). *Ortorexi- är du sjukligt hälsosam?* Healthcare Media. [online]

<http://atstorningar.se/ortorexi-ar-du-sjukligt-halsosam/> [hämtad: 04.01.2017]

Ortiz, L., 2014. *Motiverande samtal i arbete med ätstörningar*. Stockholm: Gothia Fortbildning

Patel, R. & Davidson, B. 2011. *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB

Plantin, L. 2001. *Män, familjeliv och föräldraskap*. Umeå: Boréa Bokförlag

Qwist, 2011 [online]

<http://www.1177.se/Tema/Barn-och-foraldrar/Familjeliv-och-relationer/Foraldraskap/Vad-ar-en-familj/> [hämtad: 10.12.2016]

Rotkirch, A. 2014. *Tillsammans – Om familjelivets härlighet och svårighet*. Helsingfors: Schildts & Söderströms

SHVS, 2016 [online]

[http://www.yths.fi/sv/halsokunskap\\_och\\_forskning/halsodatabanken/24/atstorningar](http://www.yths.fi/sv/halsokunskap_och_forskning/halsodatabanken/24/atstorningar) [hämtad: 4.4.2016]

Silber, T. J., Lyster-Mensh, L. C., & Duval, J. 2011. Anorexia Nervosa: Patient and Family-Centered Care. *Pediatric Nursing*, 37(6), 331-333

Social- och hälsovårdsministeriet, u.å. *Familjepolitik till stöd för barn och föräldrar* [online]

<http://stm.fi/sv/barn-unga-och-familjer> [hämtad: 02.04.2016]

Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R. & Carballera Suarez, N. 2013. *Parents' Experiences of Having and Caring for a Child With an Eating Disorder*. *Eating Disorders*, 21: 395-407

Tarnanen. K., Suokas. J., Vuorela. P., & Finska Läkaresällskapet, 2015. Ätstörningar – Patientinformation. *Duodecim, Terveyskirjasto*

*THL*, 2015 [online]

<https://www.thl.fi/fi/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/atstorningar>  
[hämtad 4.4.2016]

Torvalds, S. 2013. *Hungrig – En bok om ätstörningar och föräldraskap*. Helsingfors: Schildts & Söderströms

## Bilaga 1

**Artikelsökningsöversikt**

<b>Databas</b>	<b>Sökdatum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda</b>
EBSCO	31.3.2016	eating disorders AND parents	203	2
EBSCO	31.3.2016	parents experience AND eating disorder OR anorexia	168	2
DUODECIM, TERVEYSKIRJASTO	31.3.2016	Ätstörningar		1
EBSCO	28.11.2016	eating disorders AND parents perspective	4	1
EBSCO	28.11.2016	eating disorders AND support for parents	16	1
EBSCO	28.11.2016	Mandometer AND Bergh AND Södersten	4	1