



Fysioterapi för tonåriga flickor och unga kvinnor som insjuknat i anorexi

Kerstin Frondén

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	11216
Författare:	Kerstin Frondén
Arbetets namn:	Fysioterapi för tonåriga flickor och unga kvinnor som insjuknat i anorexi
Handledare (Arcada):	Anne Kokko
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Ätstörningar är psykosomatiska problem som kretsar kring en stark rädsla för viktuppgång, försök att begränsa ätandet och den centrala betydelsen av vikt och kroppsform för självkänslan. Trots att patienterna har en viktig gemensam nämnare i sina ätstörningssymptom kan de också vara mycket olika med avseende på faktorer som bakgrund, övriga symptom och personlighet. Debuten för anorexia nervosa varierar, men den infaller oftast under de senare tonåren, det vill säga vid 16-19 års ålder, men ibland redan vid 7-8 års ålder. (Norrington & Clinton 2009) Syftet med denna studie var att finna svar på vilka fysioterapeutiska behandlingsmetoder som, inom aktuell forskning, rekommenderas för tonåriga flickor och unga kvinnor som insjuknat i sjukdomen anorexia nervosa. För att ge god och effektiv behandling och kunna göra upp realistiska mål är det nödvändigt att känna till sjukdomsbilden, bakgrundsorsaker samt användbara behandlingsmetoder. En systematisk litteraturstudie utfördes och de erhållna forskningsartiklarna analyserades och kvalitetsgranskades.</p> <p>De behandlingsmetoder som rekommenderades var kroppskännedomsterapi, konfrontering med sin egen spegelbild, övervakad träning samt om den inte är övervakad så bör de gradvisa momenten, flexibiliteten och uppföljningen vara klart definierade, grundmotorisk träning, yoga, avslappningsträning och värmebehandling. Grundläggande för resultaten är ett genomgripande mångfacetterat behandlingskoncept med specialister ur olika yrkesgrupper samt är en god terapeutisk relation. I arbetet med anorexi-patienterna är det av avgörande betydelse att sträva till att stärka självkänslan, reducera ångesten, öka kroppsvikten samt fokusera på vad det är hos patienten, som föder en önskan att bli frisk. Klara riktlinjer och behandlingsprotokoll efterlystes. Det finns en stor brist på tillgänglig information om vad som är effektivt och hur rehabiliteringen borde byggas upp och ytterligare forskning av god kvalitet krävs innan klara direktiv kan ges.</p>	
Nyckelord:	Anorexia nervosa, fysioterapeutiska behandlingsmetoder, kroppskännedom, fysisk aktivitet, avslappningsträning, terapeutisk relation
Sidantal:	76
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	11216
Author:	Kerstin Frondén
Title:	Physiotherapy for teenage girls and young women suffering from anorexia
Supervisor (Arcada):	Anne Kokko
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>Eating disorders are psychosomatic diseases containing a strong fear of weight gaining, trial to restrict eating, including the importance of weight and body shape for the self-esteem. Although patients have equally basis in their eating disorder symptoms, they may be very different concerning factors as background, other symptoms and personality. The time for the debut of anorexia nervosa vary, but it often occurs during the late teenages, that is at the age of 16-19 years, but sometimes even as early as at the age of 7-8 years. (Norrington & Clinton 2009) The aim of this study was to find the answer to what physiotherapeutic methods current research recommends for teenage girls and young women suffering from anorexia. To be able to provide a good and effective treatment and to set up realistic goals one needs to have knowledge about the whole picture, the facts of the illness and the background factors of it as well as possible treatment methods. A systematic literature study was performed and the researcharticles that were found were analysed and the quality was examined.</p> <p>The recommended treatment methods were body awareness therapy, mirror confrontation of the body, supervised exercise training, restoration of functional activities, yoga, relaxation training and warming. Throughout the treatment a multifaceted treatment concept with specialists from different professions involved and a good therapeutic relationship are important in order to gain results. Working with anorexiapatient it is crucial striving to strengthen self-esteem, reduce anxiety, gain weight and focusing on what makes the patients wish to recover. There is a need for clear guidelines and treatment protocols. There is a significant lack of available information according to what is effective and what the content of the rehabilitation should be and further research of good quality is required before detailed directives can be given.</p>	
Keywords:	Anorexia nervosa, physiotherapeutic methods of treatment, body awareness, physical activity, relaxation training, therapeutic relationship
Number of pages:	76
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	11216
Tekijä:	Kerstin Frondén
Työn nimi:	Anoreksiaan sairastuneiden teini-ikäisten tyttöjen ja nuorten naisten fysioterapia
Työn ohjaaja (Arcada):	Anne Kokko
Toimeksiantaja:	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia ongelmia, joissa esiintyy voimakas pelko painon lisääntymisestä, pyrkimyksiä rajoittaa syömistä ja lisäksi itsetunto on riippuvainen painosta ja kehon muodosta. Huolimatta siitä että potilailla on tärkeä yhteinen perusta syömishäiriöoireissa, he voivat olla hyvin erilaisia taustatekijöiden, muiden oireiden ja persoonallisuuden suhteen. Ajankohta jolloin anorexia nervosa alkaa vaihtelee, usein se kuitenkin alkaa myöhemmässä murrosiässä, eli 16-19 vuoden iässä, mutta joskus jo 7-8 vuoden iässä. (Norrington & Clinton 2009). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada vastaus kysymykseen mitä fysioterapeuttisia hoitomuotoja ajankohtaisissa tutkimuksissa suositellaan anoreksia nervosaan sairastuneille teini-ikäisille tytöille ja nuorille naisille. Hyvän ja tehokkaan hoidon antamiseksi sekä realististen tavoitteiden asettamiseksi on tunnettava taudinkuvaa, taustatekijät sekä käyttökelpoiset hoitomuodot. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus suoritettiin ja saadut tutkimusartikkelit analysoitiin ja laatu tarkastettiin. Suositetut hoitomuodot olivat rumiintuntemusterapia, vastakkainasettelu oman peilikuvan kanssa, valvottu harjoittelu, ja mikäli harjoittelua ei valvota harjoittelun momenttien, vaihtelun ja seurannan tulee olla selkeästi määritelty, perusmotorinen harjoittelu, jooga, rentoutusharjoittelu ja lämpöhoito. Tulosten saavuttamisen perustana on monivaiheisen hoitokonseptin toteutus, koostuen asiantuntijoista erilaisista ammattiryhmistä sekä lisäksi hyvä terapeutin suhde. Tehdessä työtä anoreksiapotilaiden kanssa on ensiarvoisen tärkeää pyrkiä vahvistamaan itsetuntoa, vähentämään ahdistusta, lisäämään kehon painoa sekä fokusoida siihen, mikä potilaassa synnyttää toivomuksen tervehtyä. Selkeitä suuntaviivoja ja hoitolinjoja peräänkysyttiin. Saatavana olevasta informaatiosta, koskien tehokasta hoitoa ja kuntoutuksen sisältöä, on suuri puute ja ennen kuin voidaan antaa selkeitä ohjeita tarvitaan tuloksia hyvinlaatuisista jatkotutkimuksista.</p>	
Avainsanat:	Anoreksia nervosa, fysioterapeuttiset hoitomuodot, rumiintuntemus, fyysinen aktiviteetti, rentoutumisharjoittelu, terapeutin suhde
Sivumäärä:	76
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

FÖRORD	7
1 Inledning	8
2 Syfte och frågeställning	10
3 Den mångfacetterade sjukdomen anorexia nervosa	12
3.1 Problematik vid anorexia nervosa	12
3.2 Diagnostik och förekomst.....	13
3.3 Bakgrund och faktorer för uppkomst och utveckling.....	15
3.4 Sjukdomsbild och symptom.....	19
3.5 Tonåriga flickor insjuknar	21
3.6 Förändringar i fysiologi och tänkande.....	23
4 Viktiga faktorer för fysioterapins förverkligande	26
4.1 Begränsningar för fysik aktivitet.....	28
4.2 Elva riktgivande mål.....	29
4.3 Tillfrisknandet och behandlingsprocessen	30
5 Delområden vid fysioterapeutisk behandling av anorexipatienter	31
5.1 Relation, psykopedagogik och kommunikation	33
5.2 Kroppskännedom.....	35
5.3 Motion, rörelse- och muskelträning.....	36
5.4 Avslappning och andning.....	38
5.5 Beröring.....	40
5.6 Fysikalisk behandling.....	42
6 Material och metod	42
6.1 Litteratur samt sökord och sökmetoder.....	42
7 Resultat	45
7.1 Kvalitetsgranskning.....	49
7.2 Beskrivning av forskningsartiklarna	51
7.2.1 <i>Motion, rörelse- och muskelträning</i>	51
7.2.2 <i>Kroppskännedom</i>	55
7.2.3 <i>Terapeutisk relation och motivation</i>	57
7.2.4 <i>Avslappning</i>	59
7.2.5 <i>Värmebehandling</i>	59
7.3 Centrala fynd för kliniskt arbete.....	60

8	Diskussion	64
9	Avslutning.....	71
	Källor	72

FÖRORD

Examensarbetet är gjort vid Arcada inom YH-Komplettering för idrott, social- och hälsovård, utbildningsprogrammet i fysioterapi. Avsikten är att undersöka vad ett urval ämnesrelaterade forskningar finner vara användbart inom fysioterapi för personer som insjuknat i anorexi.

Jag vill tacka Arcada för möjligheten till individuellt studieupplägg, intressanta studiedagar i trivsamt miljö och atmosfär, inspirerande och kunniga lärare samt min handledare Anne Kokko för värdefulla kommentarer och uppmuntran.

Ett speciellt tack önskar jag rikta till alla kolleger från olika yrkesgrupper, som jag haft möjlighet att samarbeta med och via vilka jag erhållit värdefull kunskap. Dessutom vill jag tacka alla patienter som jag under årens lopp haft tillfälle att möta i arbetslivet och som delat med sig av sin livssituation, sina svårigheter och glädjeämnen. Arbetet med dem har formats till en intressant och lärorik resa inom yrkeslivet och fördjupat min människokänedom.

Min uppskattning och tacksamhet önskar jag framföra till min familj för tålamodet, förståelsen och stödet som jag erhållit. Särskilt till min dotter Carina för hennes råd och skarpsynta kommentarer.

I följande dikt av Lina Strandberg (2000) kan man erfara något av de djupa känslor som är närvarande hos anorexipatienten:

Framtiden skrämmer mig, vägen hem tycks så oändligt lång
vägen hem är lång och kantad av mörka skuggor
som sträcker sina armar efter mig, som försöker fånga mig
och ta ifrån mig den längtan som jag bär
längtan om, att en dag
få komma hem

Mars 2014

Kerstin Frondén

1 INLEDNING

Det började med att jag bara skulle äta hälsosammare, lämna bort godis och sånt.... se´n gick det plötsligt inte att sluta, jag fick allt mera problem med maten.

Så här börjar, enligt min erfarenhet, många flickor sin beskrivning om hur de kom in i anorexicirkeln, hur spöket, demonen, den objudna gästen, de negativa fördärvande och nedbrytande tankarna småningom får ett allt starkare grepp om vardagen, varje dag. Tankarna och innehållet i livet börjar allt mera kretsa kring mat, ätande, vad man får eller inte får äta, hur mycket man måste röra på sig för att göra av med all energi som man får i sig. Tankarna om att man är tjock och ful i jämförelse med andra, kompisarna, mediebildernas ideal, att man måste gå ner ännu mera i vikt för att bli lycklig, vacker och framgångsrik, bli accepterad. Det blir svårt att somna på kvällen, eller så vaknar jag flera gånger under natten, har mardrömmar. Jag börjar isolera mig mera, är orolig över hur jag skulle kunna undvika att äta om det bjuds något hos kompisar, på fester eller om vi skall gå ut på café. Det är svårt att äta, efteråt spänner det i magen, det gör ont, magen känns jättestor, jag får ångest. Jag vill ut och springa av mig kalorierna eller göra en massa muskelträning för att inte bli tjock.

Det finns inget som jag är speciellt bra på, medan mina vänner alltid har något de är extra skickliga på, så jag tänkte att jag kan då i alla fall bli speciellt bra på att bli smal.

Framför dig står en flicka, mager, ser utmärglad ut, hon kan se glad ut, berätta ivrigt om sina tankar, sin situation, eller hon kan vara mycket nedstämd, stanna lite innanför dörren, blicken något undvikande, tystlåten, hållningen nedsjunken, med ett kroppsspåk som som förmedlar tankar av "ursäkta att jag finns till". Faktum är att personen ofta är enormt duktig på de flesta ämnen i skolan samt även bra på att teckna och skriva. Ibland är orden du hör flickan säga helt i strid med den upplevelse du har av personen framför dig, hon säger sig vara tjock och ful. Ibland lyfter hon fram att hon vet att hon är alltför mager och behöver gå upp i vikt och att hon dessutom vill det. Ibland är situationen sådan att varje fråga flickan får känns övermäktig, hon orkar varken tänka på det eller ge några svar, hon är i ett svart mörker, som nedsjunken i ett mörkt håll.

Alla har vi olika sätt att bemöta andra, olika personlighet, bakgrund och upplevelser som avspeglas i vårt beteendemönster och kontaktagande, initiationen till relation. Vi påverkas av många olika faktorer, modeller från tidigare, defensmekanismer, öppenhet och förtroende, fysisk och psykisk energinivå, den kontext vi befinner oss i.

Som fysioterapeut är du inställd på att förstå tonåringens problematik och finna en väg med hjälp av olika tillvägagångssätt och metoder, som kan hjälpa henne på vägen mot tillfrisknandet. Hur skall du gå till väga för att stöda och lindra, öka läkningsprocessen och medverka till att övervinna den mångfacetterade sjukdomen, anorexin?

Någon konsensus, inom hälso- och sjukvården, gällande på vilket sätt man mest framgångsrikt och effektivt vårdar finns inte, däremot används olika vårdformer och metoder, olika riktlinjer beroende på var vården ges.

Ätstörningspatienter har i många år vårdats inom Västra Nylands sjukvårdsområde, både inom psykiatrien och somatiken. De senaste åren har en klar ökning skett, framför allt i antalet insjuknade barn och ungdomar, som vårdas inom pediatriken, polikliniskt och på barn- och ungdomsavdelningen. Ätstörningsvården i Finland har ofta kritiserats av anhöriga och patienter och har ansetts befinna sig i barnaskor. Man har sökt information och uppgifter om behandlingsprinciper och vårdprogram i Sverige, där det satsats rätt mycket för att utveckla ätstörningsvården. En orsak till att man forskat och utvecklat ätstörningsvården i Sverige, som lyfts fram, är att kronprinsessan Victoria har lidit av anorexi.

Synen på hur man på bästa sätt vårdar ätstörningspatienter varierar och varierande behandlingsprogram används på olika instanser. Vårdrekommendationer finns, men någon enhetlig syn på hur vården skall gestaltas som helhet finns tillsvidare inte. Som grund till detta behövs ännu mycket forskning. Faktum är att anorexi betraktas som en psykiatrisk diagnos, men de somatiska besvären är påtagliga och allvarliga, vilka i sin tur påverkar hjärnans och kroppens funktioner. Det är således klart frågan om en sjukdomsbild där människan som helhet kraftigt påverkas, på flera olika sätt, och där vården också behöver vara mångskiftande. Teamarbete, med flera yrkesgrupper inblandade, är en allmän vårdlinje och fysioterapeuterna är ofta en del av denna helhet. Såsom allmänt känt är, är rätten och möjligheten att få vård på sitt modersmål synnerligen viktig, speciellt då det är frågan om barn, ungdomar och unga med en allvarlig sjukdom och där tiden för tillfrisknandet är lång, ofta flera år.

Det förekommer stora brister i möjligheten till svenskspråkig vård för anorexipatienter i huvudstadsregionen. Detta har lett till att trycket på Västra Nylands sjukhus har ökat och att allt flera vårdats där. Samtidigt har det funnits ett genuint intresse inom sjukvårdsområdet att utveckla och förbättra vårdmetoderna och fortsätta utarbeta ett fungerande och läkande vårdkoncept. Personalen har deltagit i externa utbildningar och delvis har utbildningar också ordnats lokalt. Man har gjort studiebesök till övriga vårdenheter för att erhålla mera kunskap om olika modeller för förverkligandet. Även samarbetet mellan psykiatrik och somatiken har ökat.

Eftersom jag under flera år har behandlat denna patientgrupp, strävat till att fördjupa mig i ätstörningsproblematiken och behandlingsmetoder, speciellt gällande fysioterapin, har jag erfarit att det också inom vår profession finns flera synsätt och olika tillvägagångssätt då fysioterapin förverkligas. Metoderna är ofta i linje med varandra, men tyngdpunkten och innehållet kan variera. En fysioterapeut, för vilken anorexipatienter är en relativt obekant sjukdomsgrupp, kan känna sig rätt handfallen och osäker inför uppgiften att förverkliga fysioterapin. Dessa faktorer har bidragit till strävan att undersöka vad aktuell forskning har kunnat påvisa om detta tema.

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med detta examensarbete är att göra en forskningsöversikt på basis av ett urval artiklar som berör olika behandlingsformer för patienter med sjukdomen anorexia nervosa. Jag gick in för att genomföra en systematisk litteraturstudie och enligt Forsberg & Wengström 2008 innebär det att söka, kritiskt granska och sammanställa litteraturen inom ett valt ämne eller ett problemområde och få till stånd en syntes av data ur tidigare gjorda empiriska studier. Studien bör fokusera på aktuell forskning inom det valda området och syfta till att hitta beslutsunderlag för klinisk verksamhet. (Forsberg & Wengström 2008 s. 34) I urvalet av artiklarna har jag strävat till att välja artiklar som berör fysioterapi vid behandling av tonåriga flickor och unga kvinnor som insjuknat i anorexi. Vid Västra Nylands sjukhus vårdas ett stort antal olika patientgrupper, som behöver fysioterapi enligt områdesspecifika mål. Det är utmanande och i praktiken svårt att kunna besitta ingående

kunskaper i samtliga delområden. Avsikten är att möjligen finna kunskap som utvecklar erbjudandet av sakkunnig fysioterapi för anorexipatienter, för att stöda och hjälpa tillfrisknandet. Fysioterapi utgör en del av den mångprofessionella vården vid ätstörningar, till exempel anorexia nervosa. Följaktligen är det av stor vikt att finna forskningsresultat som påvisar effekten av olika behandlingsformer och rekommenderade tillvägagångssätt då det gäller fysioterapeutiska aspekter såsom rörelseträning, förhållandet till kroppen, beröring, avslappning och livssituationen. Samtidigt finns det ett behov av att presentera kunskap och information om faktorer, som är viktiga att känna till, för att förstå problematiken i vården av anorexipatienter. För ett bärande vårdresultat och motverkan av en splittring i vårdförfarandet, är det av stor betydelse att fysioterapeuten i sin handledning av patienterna har samma förhållningssätt, helhetslinje och principer, som de övriga yrkesgrupperna i vårdteamet har.

Frågeställning: Vilka fysioterapeutiska behandlingsmetoder och riktlinjer rekommenderas för tonåriga flickor och unga kvinnor med anorexi?

Inom ramen för ätstörningar förekommer flera olika slag av sjukdomsbilder, olika undergrupper. Detta examensarbete avgränsar sig till att ta upp fysioterapi vid diagnosticerad anorexi eller ospecifik ätstörning. Lindrig depression är ofta kombinerad med ätstörningsproblematik. Enligt Lindsay George 1997 uppkommer depressiva symptom under sjukdomstiden och ett signifikant sammanband mellan utsvältning, låg kroppsvikt och depressiva symptom existerar hos anoreksipatienter. (George 1997 s. 901) Detta arbete behandlar inte vården av ätstörningar i kombination med grava depressionsdiagnoser. Eftersom majoriteten av patienterna är tonåriga flickor eller unga kvinnor, begränsas arbetet till att handla främst om behandling för denna målgrupp.

En viktig förutsättning, för att komma till insikt om möjligheten att hjälpa, handleda och stöda den unga patienten mot tillfrisknandet, är att man känner till hur komplex sjukdomen anorexi är. Av denna orsak kommer jag även att beskriva bakgrundsorsaker som är väsentliga för förståelsen av sjukdomens uttrycksformer, individuella skillnader samt gemensamma faktorer hos insjuknade.

3 DEN MÅNGFACETTERADE SJUKDOMEN ANOREXIA NERVOSA

3.1 Problematik vid anorexia nervosa

Följande definition har gjorts av Fairburn & Walsh, 2003: Med ätstörning avses en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd allmänmedicinsk åkomma (t.ex. en hypotalamisk tumör) eller någon annan psykisk störning (t.ex. ångestsyndrom). (Norrning & Clinton 2009 s. 27)

Ätstörningar är psykosomatiska problem som kretsar kring en stark rädsla för viktuppgång, försök att begränsa ätandet och den centrala betydelsen av vikt och kroppsform för självkänslan. Trots att patienterna har en viktig gemensam nämnare i sina ätstörningssymptom kan de också vara mycket olika med avseende på faktorer som bakgrund, övriga symptom och personlighet (Norrning & Clinton 2009 s. 31-39). Skall inte vara i kombination med depression, men lätt depression kan finnas med ändå. George beskriver i sin forskning att anorektiska patienters profil karakteriseras av fobi att öka i vikt och att mista kontroll, alexitymi (emotionell dysfunktion) och saknad av introceptiv medvetenhet (omfattar förmågan att känna och identifiera signaler gällande hunger och emotioner), oförmåga att lita på sig själv och andra, kognitiv dysfunktion, låg självkänsla samt ofta av depression som orsakats av svält. (George 1997 s. 899)

Många olika vårdinrättningar, på olika håll i världen, har under många års tid behandlat anorexipatienter. Trots detta finns det inte ännu någon behandling som konstaterats ha mycket goda effekter för flertalet anorexipatienter. Bra utförd vetenskaplig forskning gällande olika behandlingsmetoder saknas i stor utsträckning. En del riktlinjer finns det dock att utgå ifrån om vissa centrala aspekter, såsom att första steget i behandlingen är att bryta svälten och normalisera vikt och ätvanor. (Ghaderi & Parling 2007 s. 75-76)

Min erfarenhet är att man måste upprepa många saker och principer gång på gång, hålla kvar den röda tråden, målsättningen, trots slingrande väg mot tillfriskning. Viktigt är att

ha vårdplaneringsmöten regelbundet, både i fråga om enskilda patienter och också personalen emellan för att hålla samman vårdhelheten och för att var och en bättre skall känna till de olika delarna som vården är uppbyggd av. I följande punkter lyfter jag fram sådant som hjälpt mig själv under de år jag behandlat ätstörningspatienter, sådant som jag själv känt mig villrådig inför, fakta som hjälpt att förstå sjukdomsbilden hur man skall förhålla sig till patienterna och problematiken.

3.2 Diagnostik och förekomst

Två diagnostiska system används, det ena är Världshälsoorganisationens, WHO:s internationella ICD-system, International Classification of Diseases och av den version 10 (ICD-10), det andra är det amerikanska DSM-systemet, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, publicerat av American Psychiatric Association. Av det gäller version 4 (DSM-IV). DSM-systemet har en mer utbredd användning, framförallt inom forskningen, Inom det betonas den centrala betydelsen av vikt och kroppsform för patientens självkänsla samt den starka rädslan för viktuppgång som är utmärkande för ätstörningar. I den nuvarande versionen indelas anorexia nervosa i två undertyper; enbart självsvält eller självsvält i kombination med hetsätning/självrensning (framkallad kräkning eller laxering). (Norrning & Clinton 2009 s. 29)

De utmärkande kriterierna vid anorexi är att personen vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd, har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig. Därtill störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten. Dessa kriterier inkluderar även amenorrée (minst tre på varandra följande menstruationer uteblir). (Clinton & Norring 2009 s. 249)

En stor grupp av patienterna erhåller diagnosen ätstörning utan närmare specification (UNS) eller den motsvarande benämningen atypisk ätstörning. Diagnostiska kriterier saknas, men till dessa hänförs ätstörningar som kliniskt sett är tillräckligt allvarliga, men inte uppfyller kriterierna för anorexi eller bulimi. När det gäller personer med konstaterad självsvält kan kriteriet om utebliven menstruation vara ouppfyllt. (Norrning & Clinton 2009 s. 30-31) Detta arbete inkluderar förutom personer med diagnosen anorexia nervosa

även dem med atypisk ätstörning, när det gäller personer med starka anorektiska tankar och beteende. Däremot exkluderas här närmare behandling av personer med ätstörningsvarianten bulimia nervosa.

Fairburn och Harrison presenterar schematiskt mycket belysande hur bred sjukdomsbilden vid ätstörningar kan vara, hur personerna kan variera mellan de olika varianterna av ätstörningar, hur de kan övergå från en till en annan och vilka vägar som är de vanligast eller ovanligast förekommande. En person med anorexi (självsvält) kan tillfriskna eller övergå till bulimi (hetsätning) eller till atypisk ätstörning medan det är ovanligare med en ändring i motsatt riktning. Vanligare är också att en bulimipatient går mot tillfrisknande eller till atypisk ätstörning, än tvärtom. En person med atypisk ätstörning tillfrisknar vanligtvis och övergår mera sällan till anorexi eller bulimi. (Fairburn & Harrison 2003 s. 409)

Antalet insjuknande, incidenstalet, i anorexia nervosa gällande unga kvinnor förefaller vara 10-40 nya fall/100 000 kvinnor/år. Andelen sjuka vid en viss tidpunkt, prevalensen, ligger sannolikt på nivån 0,2- 0,4 procent bland unga kvinnor. Risken att drabbas av anorexi är cirka 1 procent hos tonårsflickor och 0,3 procent hos tonårspojkar. Ospecifika, atypiska, ätstörningar är klart vanligare än specifika (anorexia eller bulimia nervosa) och antas vara åtminstone tre till fyra gånger så vanligt förekommande. Bantning anses vara normalt i tonåren, speciellt hos flickor. Många är kritiska till sin kropp och anser sig vara för tjocka. Det är relativt utbrett bland befolkningen, speciellt bland tonårsflickor, att man har ett problematiskt förhållande till sin kropp. För det allmänna välbefinnandet och för en bra självkänsla är det viktigt att man trivs med sin kropp. (Engström 2009 s. 47-50)

Debuten för anorexia nervosa infaller oftast under tonåren (Clinton & Norring 2009 s. 52) Anorexi börjar oftast i de tidiga tonåren. (af Sandeberg et al. 2005 s. 23) Det finns betydlig variation i åldern för insjuknandet i en ätstörning. Oftast debuterar den under de senare tonåren, det vill säga vid 16-19 års ålder, men ibland redan vid 7-8 års ålder. Även senare debuter förekommer. I början är sjukdomen oftast av självsvältande typ, som anorexia nervosa, men en del utvecklar senare ett hetsätningsbeteende. Mera sällan är utvecklingen den motsatta. Med tiden blir symptommönstret mera likt atypisk ätstörning (ätstörning UNS). (Norrning & Clinton 2009 s. 31)

Samsjuklighet, komorbiditet, förekommer ofta, till exempel depression kan förekomma. Även normalt orsakar svält ofta nedstämdhet. En annan bidragande faktor kan också vara det starka självförakt som patienterna känner då de inte lyckas leva upp till sina viktminskningsmål. Ångest är en annan vanlig form av komorbiditet. Det finns ofta en stark oro för att gå upp i vikt, rädsla för viss sorts mat och för sociala situationer som har samband med mat, samt även oro för hur andra uppfattar den egna kroppen. Även social fobi är vanligt förekommande. Tvångsmässighet är ofta förknippat med anorexi, också det är ett normalt symptom vid svält. Dessutom förekommer missbruk med alkohol och droger hos patienter med ätstörningar. Waller, G. (1993) framför att det som förenar patienter med olika former av ätstörningar är "den allmänna upptagenheten med kontroll över mat, vikt och kroppsform". (Norrning & Clinton 2009 s. 32-36) Vikten skall vara minst 15 procent lägre än det som förväntas av ålder och kön – i DSM-IV. Speciellt yngre personer kan under en tid ha samma vikt och sedan plötsligt väga 15 procent mindre än förväntat. (Hägglöf 2009 s. 96)

3.3 Bakgrund och faktorer för uppkomst och utveckling

Bakgrundsorsakerna är här beskrivna för att möjliggöra en förståelse av mekanismen som ligger bakom, hurdana individuella skillnader som finns mellan varje anorektiker och att det samtidigt finns mycket som de har gemensamt. Det är en viktig förutsättning att man känner till hur komplex helhet det är frågan om, för att komma till insikt om hur det är möjligt att handleda och stöda den unga patienten mot tillfrisknandet. Samtidigt behöver man förstå och acceptera den enormt långa väg den insjuknade har för att bli frisk, samt hur värdefullt varje litet steg i den riktningen är.

Indelning 1. Uppkomst- och utvecklingsmekanismerna för ätstörningar kan grupperas enligt specifika orsakssamband och utgörs av en komplex interaktion av biologiska, socio-kulturella och psykologiska faktorer som samspelar under en längre tid.

De *biologiska faktorerna* som man fokuserat på är det genetiska arvet, fysiologiska och endokrinologiska processer samt bantningens roll. Vid bantning effektiviserar kroppen hanteringen av näringsämnen och försöker i första hand lagra dem i stället för att förbränna. Enbart bantning leder inte till utveckling av en ätstörning, utan det behöver dessutom finnas en sårbarhet hos personen. Sårbarheten kan utgöras av olika kombinationer

av de ovannämnda faktorerna, vilka leder bantningsbeslutet in i en patologisk process. (Clinton et al. 2009 s. 68-73)

De *sociokulturella faktorerna* lägger ofta speciell tyngd på värderingar och förändringar i fråga om kvinnans roll, och i dagens värld är relationen till kvinnoideal i estetiskt och politiskt-socialt avseende betydelsefull. Slankhetsidealet ger mening och form till ätstörningar och förekomsten av dessa har ökat under de senaste femtio åren. Vi övertygas om att idealkroppen är möjlig att uppnå, att det är något man väljer, något kontrollerbart. Misslyckas man får man skämmas över brist på motivation och vilja. Kroppen strävar däremot till att motverka viktnedgången, och vill försvara den nuvarande nivån. Vårt förhållningssätt till detta har en avsevärd betydelse för risken att utveckla anorexi. Nutidens värderingar är motsägelsefulla; samhället är fullt av överflöd och viktökning och samtidigt råder ett slankhetsideal och en uppfattning om att det är självklart att kunna nå det idealet, starkt förknippat med föreställningar om lycka och framgång. Personen med ätstörning strävar därmed efter en omöjlig dröm. (Clinton et al. 2009 s. 73-75)

Katzman (1997) och Stiegel-Moore (1995) konstaterar att kvinnorna har i vår kulturhistoria haft ett uppfostringsansvar, vilket kan öka utvecklingen av en symbiotisk relation framför allt mellan mor och dotter. Den kan vara grogrund för den bristfälliga autonomin som anses förekomma hos flickor. Det verkar somom mödrar projicerar sina egna behov på sina döttrar, framom att sätta sig in i döttrarnas verkliga behov och känslor. För att hävda den egna autonomin blir självsvält en utväg. Genom detta blir autonomin sammanlänkad med kontroll av den egna kroppen samt med den psykosociala närmiljön. Uppfattningen av kvinnor som aktiva deltagare i kulturen, i stället för passiva mottagare av kulturella värderingar och sålunda offer för slankhetsideal, har stärkts och man har börjat intressera sig för kvinnors upptagenhet av sina egna kroppar. Katzman (1997) anser att man bör lyfta fram maktaspekten, det vill säga hur matmissbruk används som ett tillvägagångssätt för att öka kontrollen av en livssituation som präglas av maktlöshet. (Clinton et al. 2009 s. 75-76)

De *psykologiska faktorerna* som kan ha betydelse utgörs av ett brett fält.

Trauma, såsom sexuella, fysiska övergrepp, mobbning, försummelse kan utgöra riskfaktorer och vara bidragande orsaker till uppkomsten av ätstörningar. Betydelsefullt är också på vilket sätt ett trauma samverkar med andra faktorer. (Clinton et al. 2009 s. 78-79) De individuella variationerna är stora, ofta finns som grund en negativ självbild och överdriven noggrannhet, perfektionism, höga ambitioner och tvångsmässighet. Personerna har svårt att hantera och stå ut med negativa affekter, som till exempel ilska och frustrationer. (af Sandeberg et al. 2005 s. 21)

Familjemönster, såsom interaktionsmodeller, vilket avser hur människorna i familjer kommunicerar, samspelar och förmedlar budskap, spelar en roll i ätstörningsproblematiken. Minuchins (1978) teori lyfter fram hierarki, delsystem och gränser inom familjen. Hans studier visar på insnärjdhets, överbeskydd, rigiditet och brist på konfliktlösningsförmåga i familjer där det finns en person med anorexi. Dessutom är den anorektiska flickan i familjen ofta delaktig i olösta konflikter föräldrarna emellan. Vid överbeskydd offras autonomin och i stället präglas relationen av beskydd och vård av varandra, det finns en märkbar känsla av sårbarhet hos familjemedlemmarna. Problemen tilltar ytterligare då ett barn börjar avleda konflikter mellan föräldrarna genom att utveckla egna symptom, vilka sedan kommer att bilda ett gemensamt fokus för föräldrarna. Detta möjliggör ett undvikande av andra känsliga ämnen, som utgör hot för familjens sammanhållning och leder sedan till djupare känslor av oro och ångest. En följd här av är ett system där det blir svårt att reagera adaptivt på den utmaning som en ätstörning för med sig. Familjen är involverad i alltför hög grad och anorektikern fokuserar på andras problem och behov, i stället för på sina egna. Gällande problematisk kommunikation har Smolak med medarbetare (1999) funnit att föräldrarnas, främst moderns, kommentarer om barnens vikt inverkar på hur barnen, främst döttrarna, upplever sina egna kroppar och deras försök att minska vikten. (Clinton et al. 2009 s. 79-81)

En medfödd känslighet för att drabbas av ätstörningar samt psykologiska mekanismer anses vara faktorer, som har betydelse för insjuknandet. Bilder av tråds mala fotomodeller som lockar unga flickor att börja banta inverkar också. Varje persons livshistoria är unik, men en gemensam nämnare för många är ångest, oro och en känsla av ensamhet, som man försöker dämpa med ett stort matbeteende. När det normalt livsnödvändiga och helt

naturliga beteendet blir förvrängt, leder det bland annat till dålig självkänsla, ångest och skamkänslor. (Uvnäs Moberg 2000 s. 167-168)

Kognitiva och beteendemässiga orsaker som bidragande faktorer har också presenterats. Aylon med medarbetare (1964) och Bacharach (1965) ansåg att anorexia nervosa är ett inlärt beteende som vidmakthålls av positiv förstärkning. Bantning inleds i avsikt att er hålla en slank kropp, och de påföljande positiva reaktionerna förstärker en fortsatt viktminskning. Leitenberg och medarbetare poängterade på 1960-talet vikten av negativ förstärkning och ansåg att anorexia nervosa utvecklas i avsikt att undgå den ångest, som är kombinerad med ätande och viktökning. Genom en känsla av kontroll, som patienten upplever vid bantning, får hon via detta beteende en positiv förstärkning. Garner och Bemis (1982) har påstått att maladaptiva tankar ("Om jag går ner i vikt, blir jag mycket speciell", "Om jag inte har total kontroll, har jag ingen kontroll", "Jag misslyckades i går, så jag kommer att misslyckas i dag också", "Om jag njuter av att äta kommer det att slå tillbaka mot mig", "När de skrattade, skrattade de åt mig") i frågan om vikt, kroppsform och matintag, fungerar predisponerande och vidmakthållande av anorexi. Bantning förstärks positivt genom att den ger en känsla av kontroll över vikten och ätandet, dessutom genom social bekräftelse. Detta passar bra in på betydelsen av det rådande slankhetsidealet. (Clinton et al. 2009 s. 81-82)

Den tidiga, psykologiska, utvecklingen är en aspekt som anses inverka. Enligt Dare & Croxther (1995) lägger den grunden för hur personen tar till sig bantningsbudskapet, och gör det till sitt "totala mål". På detta vis framkommer både det omedvetna "behovet" av anorexin och den roll som sjukdomen kan få i patientens inre värld. Ofta har denna funktion att göra med hanteringen av obehagliga eller odifferentierade affekter. Burch (1985) anser att det har att göra med moderns svårigheter att tolka barnets signaler rätt, samt dels också av otillräcklig separation och självutveckling. Följden är att barnet får svårt att identifiera sina egna kroppsliga signaler, till exempel hunger, och börjar överkontrollera sina behov. Via viktminskningen försöker personen få kontroll över kroppen och poängtera den egna autonomi. Johnson (1991) menar att anorektikerns självsvält bottnar i moderns överengagemang. Lawrence (2001) anser att det handlar om kontroll av patientens inre värld, inte den externa interpersonella världen. En negativ självbild har enligt Hill och Pallin (1998) samband med ett ökat bantningsintresse. Sharpe och kolleger (1998)

har rapporterat om att problematik med otrygg anknytning ökar graden av viktbekymmer. Haudek och medarbetare (1999) har kommit till att attityder gällande mat, bantning och kropp påverkas av upplevelsen av bristande omvårdnad eller emotionell värme från modern. (Clinton et al. 2009 s. 83-85)

Indelning 2. En annan indelning grundar sig på den kronologiska utvecklingsprocessen; *predisponerande faktorer*, såsom händelser, tidiga utvecklingsprocesser, faktorer som skapar en sårbarhet för ätstörningar, *utlösande faktorer*, det vill säga händelser som anses resultera i att sjukdomen debuterar till exempel i bantning, viktminskning eller ett trauma, och slutligen *vidmakthållande faktorer*, vilka är psykologiska eller biologiska processer som samspelar för att hålla kvar ätstörningsmönstret. (Clinton et al. 2009 s. 67-68)

Ätstörningarna skall ses som multifastställda fenomen där biologiska, psykologiska och sociala processer samspelar som predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer. Som fenomen där samspellet mellan faktorerna kan vara i olika långa perioder; några månader - större delen av livet (Clinton et al. 2009 s. 86) Orsaken består således av en mängd olika faktorer som samspelar och inverkar under en kortare eller längre period av personens liv. Mycket i förklaringarna är ännu diffust, splittrat och fragmenterat. Här har forskningen ännu mycket som behöver klarläggas.

3.4 Sjukdomsbild och symptom

Efter att bantningen påbörjats, med mindre portioner, mindre fett, eventuellt övergång till vegetarisk kost, börjar all tid, energi och alla tankar att övergå till att kretsa kring mat, vikt och kroppsform. Ju mindre personen äter desto värre blir fixeringen på kropp och vikt. Vanligt är att personen börjar motionera allt mera och dessutom på ett tvångsmässigt sätt. Hur mycket hon lyckas kontrollera sitt ätande inverkar direkt på självkänslan och varje måltid blir en pina med ångest och rädsla. Att kunna avstå från att äta höjer självkänslan, trots att hungerkänslan är stor. Småningom blir anorektikern allt mer självupptagen, tvångsmässig och socialt isolerad. (af Sandeberg et al. 2005 s. 13)

Till problematiken hör vanligtvis sömn- och koncentrationssvårigheter, ångest och även depression samt amenorré (menstruationsbortfall). Som följd av låg vikt blir personen

trött och frusen samt får perifer cyanos och hudsprickor. I de fall, då patienten förnekar sitt sjukdomstillstånd, försvårar det motivationen till att få vård. (af Sandeberg et al. 2005 s. 13-14) Sömnproblem består oftast så länge som ätstörningen finns. Det kan vara svårt att somna, sömnen kan vara orolig, man kan vakna flera gånger under natten, man vaknar tidigt. Eftersom kroppen svälter, ger den signaler om att energiförråden måste fyllas. (van der Ster 2005 s. 77) Småningom känner personen inte hunger mera, eller kan inte känna, uppfatta symptomen i sin kropp. Såsom vid flera andra sjukdomar, sker också i detta fall en regrediering, den ätstörda patienten är emotionellt på en lägre nivå än sin verkliga ålder.

af Sandeberg et al. 2005 menar att faktorer, som har stor betydelse för möjligheten att tillfriskna från anorexin, är att insjuknandet sker i låg ålder, samt att upptäckten och behandlingen av ätstörningen sker tidigt. Prognosen för tillfrisknande är sämre om viktförlusten är extrem, sjukdomstiden lång, insjuknandet sker vid hög ålder, personen har personlighetsdrag med benägenhet för osäkerhet och ängslan, samt hon har varit med om långa vistelser inom slutenvård. Anorexi är en allvarlig sjukdom och dödsorsakerna, som vanligast förekommer, är hjärtrytmrubbningar, akut hjärtsvikt och hjärtinfarkt. Avmagringen förorsakar en reducering av underhudsfettet, vilket småningom försvinner helt om svältbeteendet fortsätter. Efter hand minskar även muskelmassan, i synnerhet i extremiteterna varpå skelettet framhävs. Huden blir torr och sprucken, skavsår uppträder på ryggkotorna, hudtemperaturen sjunker och patienten får kalla händer och fötter. Håret blir tunt på grund av hårlossning, men till exempel i ansikte, nacken och på ryggen kan en fin behåring uppkomma (lanugohår). Magsmärtor, spänningar i magen, förstoppning och diarré förekommer ofta. Ibland ses perifera ödem och osteoporos kan utvecklas. Blodtrycket och pulsen är oftast låga, hjärtrytmstörningar kan förekomma, den kardiovaskulära funktionen försämras och muskulaturen i vänster kammare minskar. (af Sandeberg et al. 2005 s. 24-30)

Undernärdhet orsakar att man orkar allt mindre, trots att man vanligtvis anser att man borde orka mer. Typiskt är att man tvingar kroppen till träning trots att kroppen säger ifrån. De kompenserande reserverna räcker inte hur långt som helst. Det kan bli en ond cirkel av ökad träning i tron att det avhjälper den fysiska svagheten. När kroppen inte

orkar utföra all träning som den pressas till, ökar ångesten och man tror att den inte kommer att klara av att förbränna det man ätit. När kroppen blir utan den näring den behöver och den inte får ersatt den energi som den förbrukat, använder den reserver såsom muskelvävnad och isoleringsmaterial, vilka den bryter ned för att hjärnan skall klara sig. Den viktiga insikten är att mat är den livsviktiga medicinen, den behöver alla. (van der Ster 2005 s. 77-78)

3.5 Tonåriga flickor insjuknar

De bakomliggande orsakerna till insjuknandet kan variera mellan olika personer. Det är flera faktorer som samspelar och utgör orsaken. Det kan finnas en biologisk och/eller psykologisk sårbarhet. Den sociala kontexten i familjen och kulturen inverkar också. Det är vanligt att debuten är relaterad till missnöje med kroppens vikt och form eller påfrestningar på den unga eller på familjen. (Thurfjell 2003 s.134-135)

Bantning föregår ofta insjuknandet i en ätstörning, och anses utgöra en klar riskfaktor. Patton et al, 1990, konstaterar att man uppskattar att tonårsflickor som bantar löper åtta gånger högre risk att utveckla en ätstörning än de som inte gör det. I puberteten har flickorna högre krav på sig själva jämfört med pojkar och de är ofta missnöjda med sin vikt och kroppsform när de börjar menstruera. Riskfaktorer är också personlighetsdrag som till exempel perfektionism, tvångsmässighet, negativ självbild och extrem lydnad. Om större livshändelser inträffar vid pubertetens känsliga period kan det finnas större risk att drabbas av en ätstörning. Pubertetstiden innebär en psykologiskt omvälvande process och samtidigt en tid för normal oro kring de kroppsliga förändringarna i samband med utvecklingen från barn till vuxen. (Clinton & Norring 2009 s. 51-52)

Det finns flera sociala normer och värderingar angående kroppens form och utseende, som kan göra det svårare för flickor att acceptera sin normala kroppsliga utveckling. Enligt social inlärningsteori kan förebilder i media bli modeller för ungdomar, i fråga om hur man bör vara, för att bli accepterad och kommer sålunda att inverka på könsidentitetens etablering under tonårsperioden. Smalhetsidealen är omöjliga att uppnå för de flesta flickor och kvinnor och som en följd av detta kan missnöje med den egna kroppen uppstå.

Samhällsidealen påverkar växande ungdomar och orsakar missnöje med det egna utseendet och potentiella hälsoriskbeteenden. Det förefaller som om personer med medicinskt diagnosticerade ätstörningar influeras mera av sociala ideal och förebilder än andra. (Thurfjell 2003 s. 135-143)

Ett flertal studier påvisar att speciellt flickor utsätts för social påverkan med kroppsmissnöje som följd. Kroppsidealet som står för kvinnlighet är inriktat på att vara smal, vilket kan leda till ett bristfälligt näringsintag. Det manliga kroppsidealet lyfter däremot fram vikten av en stark kropp, vilket kan fungera förebyggande för pojkar gällande bristfälligt näringsintag. Förväntningarna på flickors beteende kan påverka deras självkänsla. Den traditionella synen på kvinnlighet har inneburit att hon skall rätta sig och anpassa sig efter andra, vara mottaglig för andras behov och definiera sig själv genom mannen. Däremot har det ansetts att psykologiska redskap för att få sina egna behov tillfredsställda, såsom självständighet, kompetens och förmåga att lyfta fram sina egna intressen, innebär manlighet. (Thurfjell 2003 s. 136-148)

Missnöje med den egna kroppen kan böttna i traumatiska sexuella händelser, som oftare drabbar flickor. Dessa erfarenheter kan orsaka motvilja att växa upp till kvinna och sexualitet. Ätstörningar är också vanligare förekommande då döttrar förväntas göra andra val än sina mödrar, vilket kan vara relaterat till motstridiga eller negativa känslor för utvecklingen till kvinna. Det är konfliktfyllt att känna krav på att prestera yrkesmässigt, vara attraktiv och effektiv och samtidigt vara bra mamma, hustru och älskarinna. En bakgrundsfaktor för utvecklingen av en ätstörning kan vara rädslan att inte klara av detta och strävan att uppnå någon form av kontroll. Flickorna förväntas bli mera självständiga i tonåren. Om självständighetsutvecklingen uppfattas innebära ett krav på att bli oberoende med samtidig risk för att känna sig avskild och ensam, så kan det upplevas som en förlust. Då en smal kropp och bantning associeras med oberoende och förnekande av relationsbehov, kan det finnas ett samband med att en ätstörning utvecklas som en följd av flickornas normala utveckling. (Thurfjell 2003 s. 137-145)

Under uppväxttiden, speciellt pubertetstiden, då menstruationen kommer igång, sker en enorm förändring i den unga flickans liv. Hon utsätts för många utmaningar till exempel via kulturen, vänner, föräldrar och skola. Flickor riktar också aggressioner oftare inåt mot

sig själv än utåt såsom pojkar. Tanken om att förenkla allt till endast en utmaning ter sig lockande. I stället för att vara tvungen att oro sig för varje förvirrande faktor i att växa upp i en osäker värld, är det mycket lättare att sätta fokus på ett område som är hanterbart, kroppen. (Padulo & Rees 2006 s. 66) I samband med tillväxtpurten i puberteten förändras kroppssammansättningen så att andelen kroppsfett minskar hos pojkar från 16 procent till 10 procent, medan den ökar från 16 procent till 24-28 procent hos flickor. Det hör samman med att pojkar ökar sin muskelmassa medan ökningen av kroppsfett hos flickor är en förutsättning för normala menstruationer. Det finns undersökningar som tyder på att puberteten innebär ett större hot mot flickors självkänsla jämfört med pojkars (Thurfjell 2003 s. 135).

3.6 Förändringar i fysiologi och tänkande

Clinton et al. refererar Kaye, 1995, har forskat kring serotonin, en av hjärnans neurotransubstanser. Serotonin har en hämmande funktion på nervsystemet och hämmar vissa beteenden såsom ätande, upptäckande, reaktionsförmåga, aggression och sexuell aktivitet. Man har kommit fram till att anorektiker kan ha för mycket serotonin (och bulimiker för lite), vilket har samband med minskad aptit och återhållet ätbeteende. Flera av de fysiologiska och endokrinologiska förändringarna kan tolkas som följd av kroppens anpassning till svält. Förändringarna samspelar med andra faktorer och bidrar därigenom till vidmakthållandet av ätstörningen. Svält ökar serotoninproduktionen, vilket hämmar de kroppsliga signalerna, som vanligtvis stimulerar ätandet. Detta blir destruktivt då det kombineras med den stora psykologiska betydelsen som ätande, bantning och viktnedgång utgör för anorektikerns självkänsla. (Clinton et al. 2009 s. 71)

Jämfört med personer med normalvikt har anorektiker nedsatt utsöndring av magsafter och långsammare magtömning. Det bidrar till en onaturlig mättnadskänsla, som i sin tur förstärker den störda kroppsuppfattningen och ett minskat ätande. Även detta kan ses som ett sätt för kroppen att anpassa sig till svält. Den långsammare magtömningen kunde eventuellt öka kroppens möjlighet att ta till godo näringsämnen. För den ätstörda uppstår problem då hon skall försöka förstå de här kroppssignalerna utifrån sin centrala önskan att minska vikten. (Clinton et al. 2009 s. 72)

Vissa patienter använder laxeringsmedel i avsikt att gå ner i vikt. Detta tillvägagångssätt är helt ineffektivt för att hindra kroppen från kaloriupptagning, på grund av att laxeringsmedel tömmer tjocktarmen och närings- och kaloriupptagningen sker i tunntarmen, där laxeringsmedel endast har en mycket marginell effekt. Viktnedgången är orsakad av vätskeförlust, inte fett eller kalorier. Dessutom resulterar detta i att kroppen, så snart det är möjligt, igen börjar lagra vätska, vilket av den ätstörda däremot uppfattas som högre vikt på grund av fettökning. Följden kan då bli att personen grips av panik och hamnar i en ond cirkel, där hon upplever att hon måste bli ytterligare bättre på att utnyttja ineffektiva metoder för att få ner sin vikt. (Clinton et al. 2009 s. 72)

Det är inte helt känt vad som orsakar den felaktiga kroppsuppfattningen gällande sig själv, men troligtvis är det frågan om en felkoppling av aminosyror i hjärnan, vilket orsakats av näringsbrist. När kroppen återfått de behövliga råvarorna och viktuppgången, skett försvinner den felaktiga kroppsuppfattningen. Andras kroppar och föremål beskriver de ofta helt realistiskt. Paradoxalt är att personerna, efter viktuppgång, uppfattar sig som smalare än förut, de ser att de i verkligheten är smala, fast det kan vara svårt att erkänna. En annan felaktig uppfattning är också, att de tror att kroppen inte behöver mat. Om de ätit något som de anser är onyttigt eller förbjudet, eller de äter bara obetydligt lite mer än tidigare, så tror de att kroppen direkt blivit större, kanske fördubblats. Det är vanligt att anorektikerna använder stora lösa kläder för att gömma sin kropp. Förändringar i kroppen sker dock inte fort. Många är övertygade om att de har en gen som gör dem runda, eller de tror att de inte har förbränt tillräckligt kalorier, borde ha motionerat mera för att äta lite extra, eller de är övertygade om att mat med pasta gör att vikten går upp. (van der Ster 2005 s. 36-37)

Vägning skall inte ske ofta, tvångsmässigt. Förändringar i kroppen kan inte ske snabbt. En platt mage är ofta det som skattas högst. I klädbutiken går många direkt till kläder av stora storlekar, eftersom de är övertygade om sin stora övervikt. Det är alltså till hjälp att prova riktiga, passliga storlekar och även olika klädesplagg för att se hur de sitter. Det kan hjälpa personen att börja uppfatta sin kroppstorlek mera korrekt, oberoende av att de känner sig tjocka då de skall prova. Känslan av att vara tjock är inte detsamma, som att man är tjock. Man kan till exempel tro att ont i knäna är tecken på övervikt trots att det är frågan om vätskebrist eller att ojämn hjärtrytm och andfåddhet är bevis på övervikt

trots att det orsakas av att hjärtat skall arbeta lika mycket, trots mindre energimängd. Här leder svälten igen till feluppfattning. (van der Ster 2005 s. 38-39)

Den anorektiska personen har oftast behov av att ha total kontroll och har därför också svårt att bryta sitt matmönster. Hon är noga med mattiderna, blir snabbt tvångsmässig i sin svält. Genom kontrollerat ätande vill hon försäkra sig om att inte gå miste om den trygghet som skapats genom ritualerna kring ätandet. Kontrollen har en magisk innebörd, nästan religiös. För att det skall synas att personen mår dåligt, är hon tvungna att hålla vikten under det normala, vilket kräver en otrolig kontroll. Fokuset i kontrollen består främst av fett och vikt. Genom kontrollen strävar hon också till att skapa ordning i det kaos, som finns inombords samt till att få tiden att stanna. Vår tids förvridna kroppsuppfattning ger sken av att smal betyder det samma som framgångsrik, disciplinerad och kontrollerad. Man vill vara smalast, det blir tävlan om vem som äter minst, antingen för att man vill påvisa att man mår sämst eller att man är duktigast på att ha kontroll. En del av anorexipatienterna bedyrar att de mår bra och förklarar på olika sätt varför de äter så lite, sannolikt för att de vill behålla sitt kontrollbeteende, som representerar den enda trygghet de upplever att de har. (van der Ster, 2005 s. 55-56)

Hos den som har anorexi kretsar tankarna oavbrutet på vad, när, var och hur man får äta. Upplevelsen av att hjärnan går på tomgång eller på högvarv är vanlig. Överlevnadsinstinkten aktiveras eftersom kroppen svälter, oberoende av om den gör det på frivillig eller ofrivillig bas. Tankarna kretsar obönhörligt kring mat och ätande, vad som är tillåtet och vad som inte är det, eftersom kroppen hela tiden strävar till att återfå balansen. Endast en del av den intellektuella kapaciteten utnyttjas. Dessutom leder fettbrist till långsammare tankeöverföring och järnbrist till sämre koncentration. (van der Ster 2005 s. 71)

Humöret blir instabilt. Svält orsakar irritation och lättretlighet. Ilska och aggressivitet förekommer och kan göra det svårt till exempel för vännerna att veta hur de skall förhålla sig till den svältande. Vanligt är att sinnet för humor förloras. Förmågan till att skratta blir låg eftersom hela systemet ställer sig in på att överleva, hjärnan tvingas in i ett stress-tillstånd. Anorektikern kan tycka att det är enklare att låta bli att umgås med andra på grund av att de inte förstår hur svårt hon har det. Isoleringen ökar och blir allt djupare. Det blir svårt att fatta beslut. Valsituationer är svåra då hjärnan är svältande och stressad,

lättast är då att dela in världen i svart och vitt, antingen eller, allt eller inget. (van der Ster 2005 s. 72)

Tvångstankar är vanliga vid svält. De kan te sig som ett anoreximonster, som viskar vad man får och inte får göra eller äta, till exempel tvätta händerna ett visst antal gånger, gå en viss rutt, ha maten på ett specifikt sätt på tallriken, begränsa antalet sovtimmar eller att något katastrofalt kommer att ske om man äter fett. Dessa tvångstankar är oavbrutet närvarande och ökar känslan av att vara annorlunda än andra och förorsakar nedstämdhet, ibland också depressiva symptom. Monsterrösterna, de tvångsmässiga tankarna, kan inte fördrå mat och de avtar allt mer då vikten ökar. Trots inre röster, demoner och övrigt otäckt är risken för bestående hjärnskador mycket låg. I längden fungerar hjärnan allt trögare och de orubbliga tankarna ökar, antingen-eller-tänkandet förstärks. Svårigheterna att lyssna på andra personers förslag och argument blir allt svårare efter hand, hjärnan upptas av tvångsmässigheten. Ju längre tid svälten pågår desto svårare är det att lämna isoleringen. Därför måste svälten avbrytas så tidigt som möjligt. (van der Ster 2005 s. 73-74)

4 VIKTIGA FAKTORER FÖR FYSIOTERAPINS FÖRVERKLIGANDE

Historiskt sett har det förekommit varierande synsätt på bakgrund, orsaker och behandling av anorexipatienter. De första beskrivningarna härstammar från slutet av 1600-talet. De utvecklingsprocesser som har format uppfattningarna av ätstörningar som idag råder hade sin början kring 1990-talet. (Norrington & Clinton 2009 s. 19-23)

Under utvecklingen av ätstörningsområdet kan man se hur vissa specifika idéer och teorier – gällande både orsak och behandling – periodvis dominerar synen på ätstörningar. Detta anses vara typiskt för unga och relativt utforskade områden, och när områdets mognadsprocess har gått vidare kommer man till insikt, att det inte finns enkla förklaringar och åtgärder utan många olika perspektiv och att goda krafter behövs för att nå målen. (Norrington & Clinton 2009 s. 24) Prepubertala och pubertala barn blir snabbare svältpåverkade på grund av att de har mindre underhudsfett och större energibehov på

grund av snabb tillväxt, därför kan det hos dem snabbare uppkomma allvarliga tillstånd. Om ätstörningen utvecklas långsamt, kan man upptäcka det av att barnens längdtillväxt avstannar och pubertetsutvecklingen hämmas. (af Sandeberg et al. 2005 s. 32)

Ätstörningar är komplicerade och innehåller en mängd faktorer av olika karaktär och på olika nivåer. Dessa faktorer samspelar och leder till den varierande bild, som man kan se hos patienterna. Det finns inte en metod eller en teori, som är tillräcklig för att läka alla olika patienters problematik. Man strävar idag i riktningen att nå en större förståelse för olika metoders för- och nackdelar och hur man genom behandlingen kan nå de mål man eftersträvar. (Norrning & Clinton 2009 s. 24) Det saknas idag konsensus om vilket tillväggångssätt som är det bästa och effektivaste. Olika kliniker och vårdinrättningar både inom den offentliga och den privata hälso- och sjukvården i Finland och utomlands förverkligar olika vårdprogram och scheman, som till en del kan sammanfalla gällande principer och praktik, men som på andra punkter ser helt olika ut.

I God medicinsk praxis-rekommendationerna (Käypä hoito-suositus), för vården av barn och ungdomar med ätstörning, konstateras att man i allmänhet strävar till poliklinisk vård, men vid behov även intagning på avdelning. Enligt lokala möjligheter sker den somatiska vården inom primärvården eller specialsjukvården, på ett ställe där den koncentreras. Man höjer efterhand viktmålet till att motsvara medelvikten i förhållande till kroppslängden, men då helhetssituationen förbättrats beaktas även det psykiska och det sociala väl måendet. Samarbete mellan flera yrkespersoner, patient och familj behövs. (Ebeling et al. 2002 s. 859)

Serotonin, dopamin och noradrenalin är signalsubstanser i hjärnan. Serotonin stimulerar frisättningen av oxytocin, vilket kan vara förklaringen till att läkemedel som ökar serotoninhalten kan ha en effekt på sinnesstämning och ångest. Låg ångestnivå är betydelsefull för den sociala interaktionen. En tillfällig ökning av oxytocin höjer blodtryck och puls samt stimulerar utsöndringen av stresshormon, vilket har betydelse bland annat för att ta initiativ till socialt samspel. Dopamin har en viktig roll när det gäller att kontrollera rörelser och koncentration samt har också en stor betydelse i kroppens eget belöningssystem. Även dopamin orsakar en ökad frisättning av oxytocin. (Uvnäs Moberg 2000 s. 81-109)

4.1 Begränsningar för fysik aktivitet

BMI (Body Mass Index) – värdet anger vikten i relation till längden. Det räknas ut på följande sätt: Vikten (kg) dividerad med längden (m) upphöjd i kvadrat. $BMI = \text{kg}/\text{m}^2$. (Hägglöf 2009 s. 96) I fysioterapin bör man beakta de begränsningar som sätts upp av vårdande läkare, till exempel pediatriker. Riktgivande är följande indelning av behandlingsmoment, som presenterats av fysioterapeuter och som utgår från BMI indexet.

BMI 13-15

Avslappningsträning och lätta andningsövningar, kort manuell behandling, övningar som stärker kroppsmedvetandet (exempelvis övningar med sinnesbilder) lätt gång.

BMI 15-17 – Träning 2x/vecka

Funktionella och stabiliserande övningar i bålen, andningsövningar, balansträning, lätt individuellt träningsprogram, lätt promenad.

BMI 17-18 – Träning 2-3x/vecka

Funktionella bålövningar med ökande ansträngningsgrad, övningar i koordination, stabilitet och balans, konditionssalsträning, individuellt träningsprogram för ökad muskelstyrka, uthållighetsträning.

BMI >18 – Träning 3x/vecka

Rådgivning om motion och hälsotion, individuellt träningsprogram med mångsidig rörelseträning, stärkande träning för musklfunktion, benbyggnad och kondition.

(Pelto-Vasenius 2010)

Enligt muntlig information av Rissanen 2009 utgör följande tillstånd riktgivande kontraindikationer för fysisk träning; en markant förändring i blodbilden, instabil kardiovaskulär status, elektolytinstabilitet, hypoglykemi, infektioner och feber samt $BMI < 13$. (Pelto-Vasenius 2010)

Anorektikern anser att endast om man tränar så mycket att man får marginal, så har man tillåtelse att äta. Vanligt är att anorektikern får panikkänslor om hon inte kan träna. Om man inte äter regelbundet eller tillräckligt mycket, så används muskelvävnaden som bränsle och blir delvis till urin. Muskelkapaciteten minskar när kroppen bryter ner dem för att bilda ny energi. Om man tränar trots att man inte har ätit, kan inte musklerna byggas upp, utan de bryts ner istället. För att bygga upp dem är det nödvändigt att man har ätit cirka två timmar före träningspasset. (van der Ster 2005 s. 79)

Man bör vänta tills BMI är minst 16 innan man belastar de inre organen samt skelettet mera än nödvändigt. Risken är annars bristande ork, dålig syresättning och osteoporos. I samband med anorexi förlorar man stora mängder kalcium och eventuella frakturer läker då långsamt, då det inte finns tillräckligt näring för uppbyggnad. Har patienten ett BMI under 16 är hennes dagliga maximala träning två halvtimmespromenader. Det ger en skelettbelastning som stöder förebyggandet av ett svinn av viktiga mineralämnen ur det. Trots att det är ångestfyllt för patienten att klara av att gå upp i vikt utan att få träna, är hon tvungen att anpassa motionerandet till vikten och näringsintaget. Då BMI-värdet blir över 16 kan träningsintensiteten ökas en aning, men näringsintaget måste då även öka. I takt med att patienten orkar mera så ökar också livskvaliteten. Meningen är att man skall äta för att orka träna, inte träna för att få äta. (van der Ster 2005 s. 79-80)

4.2 Elva riktgivande mål

Elva mål att fokusera på i preventivt arbete, för att minska förekomsten av ätstörningar hos barn och ungdomar, är enligt Runi Börresen, som forskat inom ämnesområdet, följande:

1. Utveckling av ett bredare emotionellt register och stärkning av kontakten med de egna känslorna.
2. Främjande av sunda strategier för coping (hantering av olika livssituationer) och stresshantering.
3. Stärkande av självkänsla och självrespekt.
4. Främjande av autonomi och funktionella relationer i familjen.
5. Utveckling av förmågan att uttrycka egna behov och känslor.
6. Utveckling av förmågan att ställa realistiska krav på sig själv.
7. Främjande av möjligheten till en positiv kroppsupplevelse.
8. Kombinerad av självkänsla med andra saker än kropp, vikt och utseende.
9. Stärkande av en kritisk hållning till övergripande kulturella kroppsideal.
10. Främjande av sunda mat- och motionsaktiviteter.
11. Främjande av kunskap om biologisk och psykologisk utveckling hos barn och ungdomar. (Edlund 2003 s. 122)

4.3 Tillfrisknandet och behandlingsprocessen

En behandlingsprocess som baserar sig på ett tankesätt med tre faser presenteras av Ulf Wallin. Behandlingen innehåller en intensiv fas, en terapeutisk fas och en avslutningsfas och dessa tillämpas enligt hur situationen är för det ätstörda barnet och familjen. Under *den intensiva fasen* är hänsyn till det medicinska tillståndet viktigast. Då är det vanligt frågan om poliklinisk vård med familjesamtal. Det inledande steget är att häva svälten. Fokuseringen ligger på maten. Viktigt är att skapa ett nära samarbete med föräldrarna och att bringa tillbaka deras tro på sig som föräldrar. Det är betydelsefullt att de är samspelade i sitt förhållningssätt till barnet. Man strävar till snabb viktuppgång för att undvika kroppsliga men, såsom benskörhet och försämrade tillväxt. Information om sjukdomen ges och man poängterar att det inte finns grund för skuld känslor. Följande fas, *den terapeutiska fasen* tar ofta längst tid. Svälten är då inte det dominerande problemet och nu strävar man till att förstärka och stabilisera föräldrarnas ansvar för patientens ätande. Fokuseringen ligger nu på det psykosociala fungerandet. Det är ofta svårt att återgå till en tillvaro utan anorexi, tillvaron tyngs av ängslan och rädsla. Sedan följer *den avslutande fasen*, då patienten återtar kontrollen av sitt liv på ett sätt som motsvarar hennes ålder. Familjen finner nya interaktionsmönster, patientens vikt är på normal nivå och den psykiska hälsan är relativt bra. Uppföljningen fortsätter ännu för att bland annat försäkra att patientens normala kroppsliga mognad och tillväxt framskrider. (Wallin 2009 s. 114-115)

En modell med fyra skeden har presenterats av George Downing. *Skede 1*; Centralt är att skapa motivation, man motiverar patienten till att förbinda sig till behandlingen och bearbeta nackdelar och fördelar med stort ätbeteende, riskgenomgång. *Skede 2*; Planering av regelbundna måltider, ombesörjning av lämpligt näringsintag, det ökas småningom, matdagbok uppgörs. Kroppsliga övningar, reflektion över känslor och kroppsupplevelser, hur och var en känsla känns. Finna konkreta tillvägagångssätt som hjälper att reglera känslor. Kroppsliga strategier där man medvetet ändrar ställningar, rörelser eller andningen. Fantisera en besvärlig situation, känna efter hur den känns samt hitta hur man via kroppen kan ändra situationen. *Skede 3*; Reflektera över tanke- och funktionsmodeller som ligger bakom ätstörningen, såsom tankar på ätandet, observerandet av kroppen och attityder i förhållande till självkritik och perfektionism. I kroppslig träning koncentrerar

man sig på stärkning av känsloreglering, komma till rätta med besvärliga känslor, förstärkning av positiva känslöerfarenheter. *Skede 4*; Ökning av färdigheter i växelverkan, lära sig komma i kontakt och dra sig bort med hjälp av kroppsliga metoder, komma samman och sätta gränser, samt begära och motta hjälp. (Mannila & Sormunen 2011 s. 26-27)

Följande fyrfasiga behandlingsmodell används även allmänt: *Fas 1*; Man hakar tag i patienten och bygger upp motivationen, man erbjuder något som hon vill ha, strävar till att inte upprepa tidigare misslyckanden, man vill möta patienten där hon är i sitt tänkande, man följer och leder, lär ut nytt och strävar till förändring. *Fas 2*; Man bryter destruktiva mönster, bygger upp konstruktiva modeller istället, startar praktiska förändringar. *Fas 3*; Man bearbetar psykosociala mekanismer som bibehåller störda ätbeteenden, man stärker patientens positiva självkänsla och ett nytt konstruktivt beteende. *Fas 4*; Man befäster självkänslan och bygger upp positiva förändringar, generaliserar effekter och förebygger återfall, betonar skyddsnetet. (Carlsson & Eriksson 2009 s. 225-227)

5 DELOMRÅDEN VID FYSIOTERAPEUTISK BEHANDLING AV ANOREXIPATIENTER

Under årens lopp har jag deltagit i ett stort antal utbildningar, träffat kolleger, tagit del av diskussioner och erfarit att de fysioterapeutiska metoderna, behandlingarna skiljer sig från varandra, det inte finns något entydigt fysioterapiprogram eller -mönster att följa. De metoder som används består oftast av avslappning, andning beröring, värme, kroppskännedom- och motionsträning samt rörelsebehandling. Hur man förverkligar dessa delar varierar och någon entydig modell, som för alla insjuknade skulle vara effektivast, saknas.

Patientens funktion spelar en central roll i det fysioterapeutiska förhållningssättet i fråga om problematiken, samt likaså identifiering av utgångspunkter och möjligheter för behandlingen, både före och under processens gång. Patientens möjligheter till utveckling och förändring är kopplad till hennes närvaro och kontakt med kroppen, vilket bland annat innebär förmågan att finna stabilitet i förhållande till gravitationen, möjligheten till liv, rörelse och spontanitet i kroppen samt speciellt förmågan att sänka ner sin tyngd och ta

emot stöd, något som sammankopplas med den existentiella tilliten. De kroppsliga förhållningssätten ses som en samverkan mellan individuell livshistoria och historiska, sociokulturella faktorer. En bristande kontakt med kroppen hämmar patientens förmåga att skapa mening i sin relation till sitt liv. Övriga betydelsefulla faktorer är patientens självbild, hennes förmåga att utveckla reflexion, samt utrymmesmöjlighet och motivation, till ändring av livssituationen. Primärt är att hjälpa patienten att förankra sig i sin kropp, att känna sig hemma i sin egen kropp, vilket öppnar möjligheten för henne att skapa mening på basen av det hon upplever. (Rosberg 2000 s. 264-267)

I aspekten gällande fysioterapeuternas förståelse kan man se den fysioterapeutiska behandlingen som en social, meningsskapande process, där behandlingsrelationen är central. Strävan är att vidga och fördjupa patientens relation till världen genom att leda och återföra patienten till kontakt med sina dagliga sammanhang. Förmågan till kontakt med kroppen är kopplad till den grundläggande tilliten till livet och rätten att existera. Det kan skönjas i det kroppsliga mönstret i varandet och i relationen till gravitationen. (Rosberg 2000 s. 269)

Problem som framkommer vid fysioterapibehandling är, enligt min erfarenhet, bland annat att personerna ofta har en nedsatt hållning, rör sig försiktigare, håller ibland händerna framför magen. Medrörelserna är sparsamma inomhus, men ute vid kraftig promenad, kan de tas ut extra mycket, så att armarna svänger överdrivet mycket, kroppen roteras kraftigt, i avsikt att förbruka så mycket energi som möjligt. Det är inte ovanligt att patienterna har långvariga och kraftiga spänningar i nacke, axlar och rygg, ofta också huvudvärk tidvis. Muskelstyrkan är ofta nedsatt eftersom energimängden varit alltför liten en längre tid, muskelceller har brutits ned. Tankarna rullar på i samma banor, negativa känslor för varje kalori, tankarna blir som förvrängda eftersom också hjärnan svälter och inte fungerar på vanligt sätt. Det är väldigt svårt för flickorna att inse detta, eftersom anorexi-spöket inom dem säger det motsatta. Det finns en kraftig tudelning: å ena sidan finns den friska flickan och å andra sidan sjukdomen, de anorektiska tankarna, som vill styra. Nordbo et al. skriver 2008 att anorexi-patienterna tenderar att vara kraftigt ambivalenta i frågan om förändring. (Nordbo et al. 2008 s. 636) Kroppsuppfattningen kan ofta vara förvrängd, dock inte hos alla. Vanligast är att de upplever att magen och låren har ovanligt stora proportioner.

De olika delområdena och faktorerna som tas upp i detta kapitel är kommunikation, undersökning och mätare, kroppskännedom, beröring, avslappning, andning, motion, rörelse- och muskelträning, fysikalisk behandling samt psykopedagogik och handledning.

5.1 Relation, psykopedagogik och kommunikation

Vid den första kontakten är det önskvärt att fysioterapeuten kort redogör om syftena och ramarna för fysioterapin. Undersökningen består både av intervju och observation. Den riktar sig på att få uppgifter både om patientens motorik, funktioner, kroppsupplevelser, spänningar och smärta. Till stöd kan olika mätare användas. Det är bra att skapa en uppfattning om vilka förhoppningar, förväntningar och rädslor patienten har. En fråga man kan använda är: "Hur var det att komma hit idag?" Svaret på den kan innehålla blandade känslor. För att förtydliga målen för behandlingen kan man fråga: "Vad vill du ha hjälp med?" Intervjun kan väcka många känslor. Det är bra att reflektera över sina egna reaktioner för de kan ge viktiga ledtrådar om andra personers reaktioner på patienten, samt uppgifter om patientens egna upplevelser. Det är vanligt att man kan få en stark känsla av att man måste kunna hjälpa på något vis. Den känslan kan avspegla panik- och hjälplöshetskänslor som patienten själv har eller som övriga i hennes närhet har. Man skall inte lova något som inte kan uppfyllas. (Norrington & Clinton 2009 s. 39)

Tilliten, som skapas i relationen mellan fysioterapeut och patient, är hjärtat och pulsen i behandlingsprocessen. Den ligger som grund till i hur stor grad patienten öppnar sig i sitt varande, vad som blir synligt och som kan skapas mening om. Ju större tillit patienten har till sitt existensberättigade och mod till att vila i sitt kroppsliga varande, desto mera vågar hon öppna sig för sitt förnimmande i kroppen. (Rosberg 2000 s. 270) Fysioterapin är inte enbart en behandlingsmetod utan är också en socialt konstituerad meningsskapande process, i vilken mening skapas då patienten får tillfälle att uppleva sig själv på nya sätt i samfunktion med fysioterapeuten. Fysioterapin är främst nutids- och framåtriktad med målsättning att förbättra funktionen och bredda patientens sätt att förhålla sig till sig själv och sin livskontext. Livshistorien kan komma fram under behandlingen bland annat som kroppsminnen. (Rosberg 2000 s. 272-273)

Expertgrupper och kommittéer har i riktlinjer som föreslås för anorexivård konstaterat att behandlingen måste innehålla psykopedagogiska inslag. På grund av komplexiteten i sjukdomsbilden är det också nödvändigt att möta problematiken från flera olika håll. (Ghaderi & Parling 2007 s. 76) Psykopedagogisk handledning innehåller bland annat sociokulturella, somatiska, fysiska, psykiska, näringsmässiga och behandlingsmässiga aspekter. (af Sandeberg 2005 s. 47) Min erfarenhet är att det är betydelsefullt att påminna patienten om att den kostuppläggning, som planerats för henne, är riktig och hjälper henne att tillfriskna. Kostuträknningen och -planeringen ändras och byggs på enligt hennes egna framsteg i viktutvecklingen. I takt med att kroppens alla celler småningom ges möjligheter att börja fungera på ett normalt sätt, påverkar det också de egna tankarna och uppfattningen om sig själv, kroppsformen, självkänslan och sömnen. Koncentrering på mat vid ätandet och släppa tankarna om mat och ätande övriga tidpunkter. Koncentrering på sådant som ger glädje, sådant som hjälper att njuta av livet och koppla av från tvångstan- kar och ångest.

I arbetet med anorexipatienter har jag kunnat konstatera, att väsentligt genom hela be- handlingen är tålamod och målmedvetenhet hos fysioterapeuten att hålla fast vid princi- perna i läkningsprocessen och en mjuk människonära medkänsla i förmedlandet av olika motoriska och sensoriska, samt övriga fysiologiska och anatomiska fakta, till patienten. Samma gäller även i strävan att hjälpa patienten att få kontakt med sitt inre, sina innersta känslor och upplevelsen av sig själv. Småningom kan man lyckas gå vidare, ofta med små steg i taget. Varje framsteg är värdefullt trots att det kan te sig bagatellartat för en utom- stående. För den unga är det fråga om en kraftansträngning.

I ett äkta möte mellan fysioterapeut och patient är gränsen mellan dem flexibel och rörlig, men den försvinner inte. Tillfrisknande och ökat välmående kräver närvaro i mötet, endast på detta sätt kan personerna ge varandra en verklig mening. Det är viktigt att den som skall hjälpa, kan känna sig själv som den hon är i förhållande till patienten, inte enbart en person som arbetar i sin yrkesroll. Patienten blir bekräftad först då den som hjälper, på ett äkta sätt, kan identifiera sig med patientens behov. För tillfrisknandet är det också väsent- ligt att patienten märker att terapeuten är en annan närvarande människa och inte vem som helst ur mängden. (Martin et al. 2010 s. 91)

5.2 Kroppskännedom

Vi uppfattar oss själva och världen genom medvetandet. Det har en upplevande förmåga; mottagning av sinnesintryck och förnimmelse av känslor, och en reflekterande förmåga; observering och reflektering av upplevelserna. En inre värld och en ”jag”-känsla skapas. Medvetandet sammanbinder människans existensnivåer (den fysiska, den fysiologiska, den psykiska och den existentiella nivån), det tar emot och avger information samt samordnar upplevelser och stimuli. Med hjälp av den gemensamma förståelsegrunden, som finns bland människorna, kan omgivningen få en uppfattning om vad vi känner genom att avläsa vårt kroppsspråk inklusive ansiktsuttryck. (Roxendal & Winberg 2002 s. 35-42) Jag har erfarit att anorexipatienternas kroppsuppfattning ofta är störd på så sätt, att personen inte ser sin egen magerhet. Det finns ofta en tvångsmässig fixering vid enstaka kroppsdelar, till exempel magen eller höften, vilka framstår som feta, hur smal kroppen än är. Hon kan visserligen uttrycka sin smalhet, men inte inse allvaret i den extremt låga kroppsvikten. Hon är skräckslagen för att gå upp i vikt, fastän påtaglig undervikt föreligger. Man kan lägga märke till att störningen i verklighetsuppfattningen, i detta avseende, är betydande, och att rädslan för viktökning ökar i takt med att personen går ner i vikt.

Kroppskännedom ses som huvudterm för ”body awareness”, men benämningen kroppsmedvetande används även synonymt. Människan utgör en integrerad helhet i fråga om kropp, själ och medvetande. Kroppen utgör basen för våra upplevelser, i den känner vi våra emotioner och behov. Kroppskännedom/-medvetande innehåller en upplevelsdimension, bestående av kroppsupplevelse, -gränser, -minne, -erfarenhet och -uppfattning samt en rörelsedimension, bestående av kroppsbehärskning, -kontroll och rörelsemönster. Olika metoder finns för att träna kroppsmedvetandet, till exempel Feldenkreis, psykodynamisk kroppsterapi samt basal kroppskännedom. För att bli medveten om de känslor som väcks, fokuserar man i träningen på emotionerna. Fysioterapeuten kan ha en vägledande funktion och bekräfta patientens upplevelser. Man noterar både verbala och icke verbala uttryck och fysioterapeuten kan stöda patienten att observera och acceptera de emotioner som uppkommer under behandlingen. Ett varmt, respektfullt och förstående förhållningssätt är betydelsefullt för ett gott resultat. (Lundvik Gyllensten & Gard 2008 s. 39-41)

Kroppsuppfattningen är av stor betydelse för rehabiliteringsresultatet och den är vanligtvis kopplad till självförtroendet och självkänslan. Om personen har en negativ kroppsbild redan före insjuknandet, kan prognosen för rehabiliteringen vara sämre. Bedömningen av kroppsstorleken påverkas av hur tillfredsställd personen är med sin kropp, såsom exempel kan nämnas att personer som är missnöjda med sin kropp, ofta överskattar sin kroppsstorlek. Det har visat sig att det är vanligt att anorexipatienter har försämrade kontakt med sina känslor jämfört med friska personer. (Lundvik Gyllensten & Gard 2008 s. 42) Alla anorexipatienter har dock inte en orealistisk kroppsbild där gestaltningen och uppfattningen av kroppen skulle vara avvikande, eller uppfattningen om den fysiologiska storleken och gränserna skulle vara felaktig. Detta tyder på att den störda kroppsbilden i större utsträckning skulle vara kopplad till det verbala förhållningssättet, än till en felaktig gestaltning av storleken. (Ebeling et.al. 2002 s. 861) Kroppsmedvetenheten tränas genom rörelser och övningar för att lära sig urskilja olika sensationer i kroppen och sätta ord på dem. Genom detta kan man nå ett meningsskapande mellan den kroppsliga upplevelsen av att vara i kroppen och hur man förhåller sig till det man upplever. (Rosberg 2000 s. 270)

5.3 Motion, rörelse- och muskelträning

När sport, motion och träning fungerar som bäst ger den positiva upplevelser, förbättrar självkänslan och kroppsbilden samt lär den unga koncentration, målinriktad träning och grupparbete. Min erfarenhet är att anorexipatientens behov av kontroll är stort; kontroll av intag och förbränning av energi. Även Karpowicz et al. skriver 2009 att kvinnor med anorexi har en signifikant högre viktfobi och kontrollbehov än normalt, samt en nedsatt självkänsla. (Karpowicz et al. 2009 s. 319) Lindsay George för också 1997 fram att Bruch 1982 har konstaterat, att anorektiska personer använder kontroll av mat och kroppen som substitut för den avsaknade kontrollen gällande övriga områden i livet. (George 1997 s. 900) Överaktivitet i avsikt att förbränna så mycket energi som möjligt är typiskt och metoderna för det är många. Man får ofta i praktiken utgå från att den information, som anorektikern ger på frågor som är kopplade till mat, vikt och motion, vanligtvis är förvrängd och inte överensstämmer med verkligheten.

Kravnivån på motionerandet skall med fördel vara låg. En anorexipatient kan känna sig förvånansvärt energisk, fastän hon svälter sig. Hon lägger eventuellt inte märke till, alternativt inte vill uppmärksamma, att hon rör på sig alldeles för mycket. Om en ätstörd person rör på sig tvångsmässigt eller betydligt mera än andra jämgamla, kan man definiera det som oproportionerligt mycket. Typiskt är då, att hon inte kan lämna bort eller minska på motionen utan att bli ångestfylld, eller att hon inte kan äta lika fritt på vilodagar som under träningsdagar. En anorektiker kan fortsätta motionera fast hon är utmattad, sjuk eller skadad, eller fast hon skulle ha blåsor, muskelskador eller belastningsfrakturer. Hon ignorerar kroppssignaler gällande överansträngning och smärta, eftersom det inre tvånget är alltför stort. Hon har svårt att koppla av och ge sig tillåtelse att vila, hon rör på sig konstant, står hellre än sitter, hon har en stram motionstidtabell. Motionerandet dominerar tillvaron och går före människorelationer och studier. (Keski-Rahkonen & Charpentier 2008 s. 133-134)

Det finns många olika motionsformer att välja mellan, det som är viktigt är att motionen och rörelseträningen skall ge en positiv upplevelse, ett äkta välmående och öka livsglädjen. Relaterande till Keski-Rahkonens & Charpentiers konstaterande, skall inte motionerandet medföra en känsla av tvång eller föda automatiska tankar i förhållande ätande - tränande. Sådana tvångsmässiga kontrollerande tankemönster skadar de välgörande processerna i kroppen. Naturligt är att en högre nivå av motionerande kräver en högre mängd energiintag för att balansen skall bibehållas. Enligt Keski-Rahkonen & Charpentier 2008 kan motion lindra ångest och depressivitet samt öka stresståligheten. Sinnesstämningen förbättras till exempel av en halv timmes promenad. (Keski-Rahkonen & Charpentier 2008 s. 133-134)

Trots att vi inte alltid själva är medvetna om det, strävar vi kontinuerligt efter balans, såsom i förhållandet vila – aktivitet, lugn – ansträngning. Vi uppnår många positiva effekter av träning och motionerande, hälsoeffekterna är välkända, såsom förbättrad syreupptagningsförmåga, aktiverad ämnesomsättningen, ökad aptiten och förbättrad fysisk styrka. Vi blir dessutom lugnare inom oss och vårt välmående ökar, blodtrycket sänks och halterna av stresshormon minskar. Motion aktiverar på något sätt kroppens lugn och ro-system. Aktiveringen av sensoriska nervfibrer i musklerna frisätter oxytocin i hjärnan.

Oxytocintillförseln ökar sekretionen och produktionen av endel endorfiner. Det finns sannolikt ett samband mellan oxytocin- och endorfinsystemen; oxytocinet utgör en länk mellan träning och endorfiner. Träningen frisätter oxytocin, som därpå leder till frisättning av endorfiner. (Uvnäs Moberg 2000 s. 184)

5.4 Avslappning och andning

Det finns flera olika tekniker för mental träning, som kan öka erhållandet av lugn och avkoppling. Sannolikt är att de aktiverar avsöndringen av oxytocin. Det är exempelvis troligt att de olika kroppsställningarna och andningsteknikerna som används i yoga, en erfarenhetsbaserad teknik som har tusenåriga traditioner för att förbättra hälsan, har ett samband mellan kroppens lugn och ro- system. Genom avslappning reduceras aktiviteten i det sympatiska nervsystemet och ökas i det parasympatiska, och ett förändrat mönster i hjärnans aktivitet följer. Med hjälp av hjärnfilmsregistrering har man observerat en ökning av de långsamma alfavågorna, i likhet med vad som förekommer i djup sömn. Man har också konstaterat en minskad nivå av stresshormoner och en reduktion i upplevelse av smärta. (Uvnäs Moberg 2000 s. 186-188)

För att uppnå fysisk och psykisk avslappning, stilla tankeverksamheten, finns meditationstekniker där man koncentrerar sig på monotona stimuli, såsom mantran (ord som tyst upprepas), betraktar något under en längre stund eller koncentrerar sig på andningsrytmen. Med hjälp av de här teknikerna minskar man den utåtriktade uppmärksamheten och koncentrerar sig i högre grad på de inre, känslomässiga processerna. Användning av avslappnings- och meditationstekniker kan medföra att aktiviteten i vänster hjärnhalva minskar och ökar i den högra. I takt med att man upprepar träningen ökar färdigheterna att nå ett tillstånd av inre klarhet och lugn. Inom forskning har man kommit till resultat som påvisar att man med hjälp av långtidsmeditation kan erhålla en mera permanent stimulans av höger hjärnhalva och därmed ett ökat intuitivt, känslorelaterat och helhetsinriktat tankemönster. Man antar att detta sker genom att aktiviteten mellan höger och vänster hjärnhalva blir mera synkroniserad. (Uvnäs Moberg 2000 s. 186-188)

Man kan observera sambandet mellan rytmen i andningen och hjärtats pulsslag. Vid andning aktiveras det sympatiska nervsystemet vilket ökar pulsen. I utandningsskedet

aktiveras vagusnerven, som hör till den parasympatiska delen av det autonoma nervsystemet, och pulsfrekvensen minskar. Flera metoder för självkänedom, avslappning och läkning bygger på olika andningstekniker. Det är inte klart bevisat vilka fysiologiska reaktioner i kroppen som uppkommer vid utövandet av dessa. Effekten av andningsterapier kan till en del grunda sig på den ökade syresättningen av blodet och till en del på lugn och ro-systemets aktivering, som orsakas av signaler från vagusnerven till följd av lungrörelserna. (Uvnäs Moberg 2000 s. 188-189) Via andningen kan man reglera känslor. Genom att hålla andan eller hyperventilera kan man från medvetandet undanhålla känslor, som man inte kan stå ut med. En lugn andning skapar utrymme att bli medveten om affektationer, samt ge uttryck för dem. Normalt använder människan cirka 20-30 olika sätt att andas. Även vid lugn andning används många muskler samtidigt koordinerat. Det kommer bland annat fram i den förmåga, som andningskapaciteten har, att förändras i enlighet med reaktioner som uppkommer på grund av olika känslor eller rofylld rörelseaktivitet. (Martin et al. 2010 s. 16)

Andningsfunktionen är ofta ojämn hos en ångestfylld person, andningen pendlar mellan att hålla andan och att hyperventilera. Efter ett akut hyperventilationsanfall följer vanligtvis en andningspaus, vilket fysiologiskt balanserar koldioxidhalten. Symptom på hyperventilation är bland annat domningar, stickningar, en känsla av kyla i extremiteterna, svindel, olika synrubbingar, hjärtklappning, känsla av en klump i halsen, oro och stelhet. Störning i andningsfunktionen, såsom hyperventilation, innebär mycket mer än bara avvikelse i gasutbytet och därför har man allt mera gått in för att använda termen dysfunktionell andning, obalanserad andning eller funktionell störning i andningsfunktionen. (Martin et al. 2010 s. 28-32)

Inandningen påbörjas genom att diafragman kontraherar. Som en framåtrullande våg sprider sig andningsrörelsen från diafragman neråt mot bäckenet och uppåt mot bröstkorgen. Luften sugas in i lungorna när diafragman kontraherar och dras neråt. Bröstkorgens volym ökar i längdriktning neråt mot bukhålan och samtidigt skjuts magen utåt och framåt. Därefter sammandras revbensmuskulerna och lyfter revbenen så att nedre delen av bröstkorgen utvidgas i sidled. I vila eller lätt rörelse sker utandningen passivt när diafragman och de övriga andningsmuskulerna slappnar av och återgår till ursprungsläget. Bröstkorgens och

lungornas volym minskar och lufttrycket i alveolerna överstiger lufttrycket i luften utanför. Därmed flödar luften ut ur lungorna. Andning sker även på cellnivå (gaser byts), vilket benämns som cellandning. I lugnt tillstånd är utandningsfasen längre än inandningsfasen. Andningsträningen kan underlättas genom att använda sinnesbilder, rörelser eller ljud. Hjälpandningsmusklerna tas automatiskt i bruk då man förbereder sig för ökat energibehov. Det kan vara frågan om en verklig fysisk ansträngning eller en tanke på ett händelseförlopp som kräver en funktion, såsom när en människa förbereder sig för ett framträdande, eller för att berätta om sina känslor som lett till att man blivit arg. Muskelspänningen försvårar användningen av diafragman och om diafragman hela tiden är kontraherad förminskas lungvolymen. (Martin et al. 2010 s. 17-23) Enligt min erfarenhet lönar det sig, att ta vara på alla olika alternativ till avslappning, som kan finnas till hands, eftersom varje patient är en unik individ med personliga val och intressen. Strävan är att finna ett behandlingsformulär som på bästa sätt kan fungera som en helande länk.

5.5 Beröring

Beröring har, via det autonoma nervsystemets funktion, en lugnande inverkan och samtidigt hämmas kroppens stressreaktioner. Hypofysen avsöndrar oxytocin, ett hormon som ger välmående och lugn, vilket leder till långsammare och djupare andning, lägre puls och blodtryck, avspänning i musklerna och lugnare funktion i de inre organen. Känslan av anknytning till andra ökar, tilliten stärks och rädslan minskar. Beröring medför vila till kroppen, bringar mentalt utrymme och föder mod att ta itu med nya utmaningar. Öm och mjuk beröring gör andningen lugnare. När beröringen fungerar som bäst ger den trygghet, lugn, ro och tröst samt minskar olustighet, spänning och smärta. Alltid är beröring inte möjlig eller lämplig och förståelsen av situationen kan därför innebära att man avstår från att beröra. Beröring är en faktor i god växelverkan och ett uttryck för omtanke. Till exempel kan kroppen, på en person med ätstörning, synas skrika efter helande beröring. Med hjälp av trygg och lugnande beröring kan man skapa en ny sorts kroppsbild och ett nytt förhållningssätt till sig själv. Vid sidan av konkret beröring behövs även en erfarenhet av att bli symboliskt berörd, det vill säga förstådd genom blickar, leenden, röst och ord. Tillammans ger den konkreta och symboliska beröringen välmående: hjärnan växer, nervbanorna skapar bättre förbindelser, kroppen och andningen blir lugna. (Martin et al. 2010 s. 74-76)

Vid massage sänks ångestnivån och den sociala interaktionen stimuleras. Fysioterapeuten definieras som en tillförlitlig person, som man kan tänkas lätta sitt hjärta för. En antistresseffekt uppkommer efter upprepade behandlingar. (Uvnäs Moberg 2000 s. 112) I forskning har man påvisat att nivåerna av stresshormonet kortisol, samt ångestnivån sjunker, hos personer som får massage. Lugn och ro-systemet aktiveras, speciellt vid seriebehandlingar. En studie på över hundra barn påvisar att massage gör oroliga barn lugnare och socialt mer mogna, de fungerar bättre tillsammans med andra och ger uttryck för mindre kroppsliga besvär. Det ser ut att finnas en fysiologisk visdom, som gör att lugna barn inte påverkas ytterligare av massage, utan just de barn som verkar ha behov av mera lugn och ro, reagerar på behandlingen. (Uvnäs Moberg 2000 s. 148-149)

Beröring, i synnerhet massage, frisätter oxytocin, som gör oss avslappnade och lugna. Då vi äter aktiveras lugn och ro-systemet och ätandet kan ses som en inre massage. Mag-tarmkanalen, huden och nervsystemet utvecklas alla från ekodermet, det vill säga samma groddblad. Därmed finns det funktionella likheter mellan hud och mag-tarmkanal, bland annat i frågan om hur informationen från känselnerv registreras och förmedlas vidare. Mag-tarmkanalen, med matstrupe, magsäck och tarmpaket är som en inbuktning av huden. Då man äter aktiveras insidan på ett massageliknande sätt. (Uvnäs Moberg 2000 s.161) Eftersom anorektikern inte vill unna sig något gott eller välgörande blir följden, förutom näringsbrist, även att den inre massagen blir inskränkt.

Ögonkontakt är symbolisk beröring, ett möte och närvaro. Den är vägen till empatin, som är kopplad till funktionen i hjärnans spegelceller. I hjärnan finns flera system, som är specialiserade på att spegla känslor. De egentliga spegelcellerna är visuomotoriska nervceller, som framför allt reagerar på våra syn- och hörselupplevelser. De transformerar våra reaktioner till rörelsemönster som är adekvata för den aktuella situationen. Vi förnimmar i våra kroppar andras avsikter, rörelser, andningssätt och känslor eller de följer dessa eventuellt kan ha för oss. Spegelcellernas funktion ligger som grund för växelverkan, härmande, empati och för skapandet av sinnesbilder. Våra tidiga sinnesbilder grundar sig till stor del på den respons, återspeglings, som vi fått via andra personers ansikten och kroppsspråk. (Martin et al. 2010 s. 78) Relationer och möten fungerar som beröring på ett psykologiskt plan. En person som lyssnar koncentrerat på oss ger en känsla av

trygghet och kontakt, lik en vänlig beröring. Upplevelsen av en relation kan sätta igång vår kamp- och flykt- reaktion eller vår lugn- och ro- reaktion. Relationen kan följaktligen präglas av vasopressin eller oxytocin. (Uvnäs Moberg 2000 s. 141) Balans är nödvändig för att må bra i tillvaron. I lugnet laddar vi upp och läker, fyller på energi, bearbetar intryck och känslor. Öppenheten och nyfikenheten tilltar, speciellt då det gäller kontakten till andra personer. Tillståndet är kopplat till njutning, både i fråga om ätande, beröring och sexualitet. Det ger oss möjlighet till återhämtning. (Uvnäs Moberg 2000 s. 43)

5.6 Fysikalisk behandling

Ytvärmebehandling, med olika slags utrustning, är en välbeprövad fysikalisk metod som traditionellt har använts inom fysioterapin. Effekten är välkänd och användningen är allmänt godtagen. Värmebehandling minskar spänning och smärta, samt ökar kroppstemperaturen, vilket är viktigt för anorexipatienten. Dessutom ger inpackningen en stärkning av kroppskonturerna.

6 MATERIAL OCH METOD

För att erhålla relevant material som tjänar examensarbetets syfte att besvara forskningsfrågan, gjordes en systematisk litteratursökning. Intresseområdet bestod av att finna svar på vilka behandlingsmetoder och riktlinjer som används inom fysioterapin för att lindra symptomen, samt stöda och öka läkningsprocessen, hos tonåriga flickor och unga kvinnor med anorexi.

6.1 Litteratur samt sökord och sökmetoder

En systematisk litteraturstudie förutsätter att det går att finna tillräckligt många studier av god kvalitet, som kan utgöra underlag för bedömningar och slutsatser. Genom dessa är det möjligt att besvara flera kliniska frågeställningar såsom vad som fungerar bäst, vad som är effektivast, samt om det finns vetenskapligt stöd för att rekommendera en speciell åtgärd eller behandling. (Forsberg & Wengström 2008 s. 30)

Avsikten med litteratursökningen var att finna forskningsartiklar, som gällde delområden, som används inom fysioterapi. Sökningen gjordes i databaserna PEDro, Cinahl, Pubmed under april månad år 2013. Sökorden som användes var *Anorexia Nervosa and physiotherapy, physical therapy, basic body awareness, relaxation, massage, body treatment, anxiety and relaxation* samt *eating disorder and physiotherapy*.

I urvalet av studier skulle följande kriterier uppfyllas: Forskningsartiklarna skulle som regel vara publicerade år 2000 eller senare, möjliga att erhålla i fulltextform, samt de skulle vara relevanta i fråga om behandlingsmetoder, som används inom fysioterapin.

Följande resultat erhöles i litteratursökningen: *Anorexia nervosa and physiotherapy*, 46 träffar. *Anorexia nervosa and physical therapy*, 10 träffar. *Anorexia nervosa and basic body awareness*, 0 träffar, men vid användning av smarttext searching 2674 träffar av vilka 260 kontrollerades. *Anorexia nervosa and relaxation*, 3 träffar. *Anorexia nervosa and massage*, 4 träffar. *Anorexia nervosa and body treatment* 3 träffar. *Anxiety and relaxation*, 157 träffar. *Eating disorder and physiotherapy*, 1 träff. Av dessa studier fyllde 16 artiklar ovannämnda kriterier och valdes för närmare granskning och värdering. En av studierna var gjord strax innan 2000, men inkluderades på grund av avgörande betydelse i fysioterapiprocessen.

För den teoretiska referensramen har jag även valt att samla material och kunskap ur ämnesrelaterad litteratur, föreläsningar samt erfarenheter från praktiskt arbete med ätstörningspatienter och samarbete med personer som representerar olika yrken i vårdteamen. Som huvudsakligt material i denna kategori har jag valt: *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, ett verk som anses vara som mest framstående då det gäller anorexi och andra former av ätstörningar samt beskrivning av sjukdomsproblematiken och behandlingen. *Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar* presenterar Birgitta Edlund bakomliggande orsaker till varför framför allt flickor i vårt samhälle är den största gruppen av de insjuknade.

Uppgifter om begränsningar som måste beaktas vid fysioterapibehandlingen är hämtade ur de nationella riktlinjerna i *God medicinsk praxis – Käypä hoito* av Ebeling et al. Eftersom anorexi som diagnos och de individuella orsakssammanhangen innehåller en mångfacetterad problematik, har också fysioterapin ett brett antal alternativa sätt att

närma sig på. Vanliga tyngdpunkter ligger på kroppskänedom, beröring, avslappning, andning och psykopedagogisk handledning. Huvudsakligt material för detta är *Levande människa. Basal kroppskänedom för rörelse och vila* av Getrud Roxendahl och Agneta Winberg, *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen* av Kerstin Uvnäs Moberg, som presenterar de fysiologiska aspekterna i beröring, både på ett fysiskt och ett psykiskt plan samt *Hengitys. Itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena*, av Martin et al. som beskriver djupet och betydelsen av andningsfunktionen ur ett bredare användningsperspektiv.

I urvalet av litteratur har jag fokuserat på trovärdigt, teoretiskt material som professionella yrkespersoner och forskare rekommenderat och som är i samklang med den kunskap som har framkommit på utbildningar i ämnet som jag har deltagit i. I mitt mångåriga arbete med tonåriga flickor och unga kvinnor med anorexi, har jag erhållit erfarenhet och insikt om sjukdomens problematik, samt förhållningssätt och behandlingar. Uppgifter, som jag erhållit via ätstörningspatienter och som framkommer i detta arbete, har jag behandlat konfidentiellt och beskrivit på ett sätt, som utesluter möjligheter att igenkänna någon enskild person. Det som genomsyrar hela fysioterapiprocessen är den stora betydelsen av en terapirelation, som bygger på förtroende och äkta medkänsla.

7 RESULTAT

Forskningen som ingår i detta examensarbete, som utförts på basen av en systematisk litteratursökning, presenteras i följande tabeller. Kvantitativa forskningsartiklar beskrivs i tabell 1 och kvalitativa i tabell 2.

Kvantitativa studier. Tabell 1.

Författare, titel, år	Syfte	Metod och urval	Resultat	Eventuell behandlings- rekommendation
1. Catalan-Matamoros, D. et al., A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial, 2011.	. Primärsyfte: Analysera den Basala Kroppskännedomsterapiens utförbarhet hos personer med ätstörning. Hypotes: BBAT bringar en positiv effekt hos patienter med ätstörning jämfört med en kontrollsituation. Sekundärt: Undersöka effekten av BBAT i fråga om visa typiska symptom vid ätstörningar (t.ex. kroppsmissnöje, tvångsmässighet, mental hälsa).	En randomiserad kontrollerad studie. 28 patienter (testgrupp 14 patienter, kontrollgrupp 14 patienter). Utvärderarna var ej blinda inför gruppindelningen. Huvudsakliga mätinstrument: Eating Disorder Inventory, Eating Attitude Test, Body Attitude Test och Quality of Life Scale SF-36. 28 polikliniska patienter som haft en ätstörning (i mindre än fem år) erhöll poliklinisk standardbehandling. Interventionsgruppen fick dessutom basal kroppskännedomsterapi i sju veckor, 12 sessioner.	Studien visade viss positiv effekt av Basal Kroppskännedomsterapi. Behandlingen förbättrade några symptom. Litet sampel. Samtliga 14 personer i testgruppen deltog i slutgranskningen, men endast 8 i kontrollgruppen	Basal kroppskännedomsterapi är utförbar för polikliniska patienter, förbättrar endel symptom som tvångsmässighet, kroppsmissnöje, kroppsatityd och livskvalitet. Viktigt att vara medveten om att denna terapi ev. inte är lika lämplig för alla patienter. Det finns inte en behandlingsform som är bäst för varje patient och endel kan ha mera nytta av gruppterapi medan individuell terapi lämpar sig bättre för andra.
2. Ng, L.W.C. et al., Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis, 2013.	De har undersökt effekten av övervakad rörelseträning hos anorexipatienter.	Studier som undersökte effekterna av integrerad övervakad träning i den kliniska vården inkluderades. Fem databaser genomfördes med sökorden anorexi och övningar. Fallstudier exkluderades.	Grupperade undersökningar påvisade ingen significant effekt av övervakad träning men single-group-studier visade en significant förbättring i vikt och kroppsfett. Förvrängda känslor gällande mat och övningar reducerades. Den kardiovaskulära hälsan förbättrades utan viktminskning.	Det verkar vara säkert/tryggt att inkludera integrerad övervakad träning i behandlingsprogrammet för AN patienter. Även styrkan och den kardiovaskulära hälsan förbättras av träningen.
3. Fernández del Valle, María et al., Does Resistance Training Improve the Functional Capacity and Well Being of Very Young Anorexic Patients? A Randomized Controlled Trial, 2010.	De undersökte effekten av ett styrketräningsprogram med låg-medel-intensitet på den funktionella kapacitet, muskelstyrka, kroppssammansättning och livskvalitet hos unga AN patienter.	De valde ut 22 unga (12-16 år) patienter som insjuknat i AN och delade in dem på måfå i tränings- och kontrollgrupper. De lät patienterna utföra ett träningsprogram med låg intensitet, 2x/vecka i 3 mån. Testmätningarna för den funktionella kapaciteten utfördes med TUG (Timed Up and Go) och TUDS (Timed Up and Down Stairs) test. Muskelstyrkan med 6RM, sittande bänk- och benpress. Kroppens fettprocent och muskelmassa bedömdes. Livskvaliteten med QOL (Quality Of Life)-kort formulär.	Interventionen tolererades bra, hade ingen skadlig effekt på patienternas hälsa och förorsakade inte någon significant förlust i kroppsmassan. I variabeln för roddtestet påvisades signifikant interaktionseffekt. Ingen större nytta för konventionell psykoterapi eller refeeding-behandling för unga anorektiska patienter.	Styrketräning med intensitet av låg-medel-nivå verkar inte tillföra en större nytta. Denna uppsättning av träning hade ingen negativ effekt på patienternas tillfrisknande, men ingen direkt positiv heller.

4. Thien, V. et al., 2000. Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa.	Fastställa om ett graderat träningsprogram i vården av anorexi-patienter förbättrar livskvaliteten men inte försämrar mängden erhållit kroppsfett.	15 kvinnor och 1 man som uppfyllde DSM-IV kriterierna för anorexi randomiserades för en studie där ett graderat, fastställt träningsprogram användes i behandlingen.	Följande mätresultat anges i artikeln: Förändringar i kroppens fettprocent, i BMI och resultat i den kortare versionen av frågeundersökningen om livskvalitet. Ett graderat träningsprogram kan öka tillmötesgåendet för behandlingen men det ökade inte fettprocenten eller BMI på kort sikt.	I ett träningsprogram som utförs utan övervakare i vården av AN patienter måste strukturen, de gradvisa momenten, flexibiliteten och uppföljningen vara klart fastställda. Om strukturen fattas kan patienten träna på potentiellt skadliga sätt. Avsaknad av gradering kan resultera i att AN patienten tränar med en mycket hög intensitet, vilket kan förorsaka ytterligare viktminskning.
5. Rain Carei T. al., Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders, 2010.	De har testat hurdan effekt yoga har på tillfrisknandet hos patienter med ätstörning.	De valde ut 50 flickor och 4 pojkar i åldern 11-21 år och delade på måfå in dem i två grupper, varav patienterna i den ena behandlades med standard vård och den andra med yoga som tillägg till behandlingsprogrammet (8 veckor; uppföljning 1 månad).	Den grupp som även utövade yoga kontinuerligt som en del av behandlingsprogrammet visade mindre AN symptom än gruppen som följde standardprogrammet (kontinuerliga träffar med läkare och näringsterapeut).	Individualiserad yoga terapi borde ingå i behandlingsprogrammet för AN patienter. Patienten kunde gärna utöva yoga före och efter maten, eftersom yoga i forskningsundersökningar har visat sig minska AN patienters fixering gällande mat.
6. da Silva, Tricia Ravindran, Lakshmi & Ravindran, Arun, Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review, 2008	De har gjort en litteraturstudie över all forskning som gjorts gällande yogans effekter på tillfrisknandet från sjukdomar som medför humör- och ångestrelaterade symptom.	De har sökt igenom databaserna PubMed, Medline och PsycInfo och valt ut alla artiklar som har behandlat yogans positiva effekter på sjukdomar eller hälsotillstånd med depressiva eller ångestrelaterade symptom. 34 studier inkluderades (15 RCT, 14 open trials, 3 non-randomized och 2 case studies)	När det gäller sjukdomar med depressiva symptom är yoga jämförbar med mediciner eller som ett komplement till medicinering för att uppnå bättre resultat. Resultat inom forskning indikerar allmänt att yoga kan vara till hjälp vid ångestfyllda tillstånd.	Yoga borde utnyttjas som ett komplement till behandlingen gällande sjukdomar med depressions- eller ångestrelaterade symptom.
7. Thörnberg, Ulla & Mattsson, Monica, Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study, 2010.	De har undersökt hur fysioterapeutens observationer och patientens egen beskrivning av kroppsliga uttryck överensstämde med varandra när det gäller patienter med ätstörning. Av intresse var också karakteristiska specifika kroppsliga uttrycksformer och innebörden av dessa för klinisk praxis.	87 ätstörningspatienter utvärderades. 26 hade anorexi, 20 bulimi och 41 patienter ätstörning utan vidare specification. Två utvärderingsskalor användes; the Body Awareness Scale-Health (BAS-H) och the Interview Scale Body Ego (ISBE).	Kroppskännedomsterapi visade sig öka den realistiska kroppsmvetenheten. Fynden skall ses som preliminära och vidare forskning behövs.	Kroppskännedomsterapi kan väl erbjudas som ett verktyg i skapandet av en realistisk kroppsbild hos patienter med en ätstörning.

8. Key Adrienne et al., Body Image Treatment Within an In-patients Program for Anorexia Nervosa: The Role of Mirror Exposure in the Desensitization Process, 2001.	De har undersökt betydelsen av att kontinuerligt utsättas för att se sig själv och sin kropp i spegeln under processen avsedd för att minska ömtåligheten/känsligheten i vårdprogrammet för AN patienter.	De undersökte kvinnliga AN patienter intagna för vård i två olika grupper. Patienterna i den ena gruppen (6 kvinnor i åldern 19-31 år) vårdades enligt det vanliga behandlingsprogrammet och patienterna i den andra gruppen (9 kvinnor i åldern 19-45 år) exponerades dessutom kontinuerligt för sin egen spegelbild som en del av behandlingsprogrammet. (8 veckor, 90 min session varje vecka; uppföljning 6 mån). Använda mätinstrument: EDI (Eating Disorder Inventory), PASTAS (the Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale och BIAQ (the Body Image Avoidance Questionnaire).	Den grupp som kontinuerligt konfronterades med sin egen spegelbild som en del av behandlingsprogrammet visade en significant och ihållande förbättring gällande kroppsmisnöje, ångest och undvikande beteende.	Det lönar sig att inkludera upprepade övningar, i vilka patienten konfronteras med sin egen spegelbild i behandlingsprogrammet, för att uppnå bättre resultat gällande kroppsmisnöje, ångest och undvikande beteende. Men bör dock anta särskild försiktighet i dylika övningar bland patienter som har utsatts för sexuellt utnyttjande.
9. Laird Birmingham C. et al., Randomized Controlled Trial of Warming in Anorexia Nervosa, 2004.	De har undersökt om värme kan bidra till att öka BMI hos patienter med AN.	21 kvinnor med AN randomiserades i två olika grupper och lät dessa två olika grupper av bära en värmeväst tre timmar per dag i 21 dagar. Patienterna i den ena gruppen bar västen med värmen påslagen, patienterna i den andra gruppen med västen oppvärmad.	Det fanns ingen skillnad mellan grupperna gällande förändring i BMI. Studien visade att värme inte har någon effekt på BMI bland AN patienter, men värmen visade sig däremot ha positiva effekter i form av förbättrad matsmältning, ökad känsla av lugn hos patienterna samt minskad parotis storlek.	Användning av värme, exempelvis i form av värmeväst, kan förbättra AN patienters matsmältning, öka patienternas känsla av lugn samt minska parotis storlek hos patienterna och kan därför gärna utnyttjas i vård av AN patienter.

Kvalitativa studier. Tabell 2.

Författare, titel, år	Syfte	Metod och urval	Resultat	Eventuell behandlings- rekommendation
10. Nordbo, Ragnfrid et al., Expanding the Concept of Motivation to Change: The Content of Patient's Wish to Recover from Anorexia Nervosa, 2008.	De har gjort en kvalitativ studie gällande innehållet i motivationen för tillfrisknande hos patienter med AN. De har endast fokuserat på motivationens kvalitet och omfattning utan även på innehållet, med andra ord vad det är som gör att personerna vill tillfriskna.	De har djupintervjuat 18 kvinnor med AN i åldern 18-39. De har använt en fenomenologisk studiedesign. Intervjuerna har bandats in, transkriberats och analyserats genom att använda sig av mjukvaruprogramet QSR-N*Vivo.	Önskan att bli frisk karaktäriserades av fyra motivationsområden: 1.Känslan av vitalitet, 2.Känslan av autonomitet, 3.Känslan av insikt och 4.Negativa konsekvenser. Motivationen kan beskrivas med hjälp av tre dimensioner; Innehåll, kvalitet och kvantitet. Studien har visat att det är mycket viktigt för slutresultatet att terapeuter som arbetar med patienter med AN kan identifiera och sammanbinda patientens motiv för tillfrisknande: vad är det som föder en önskan att tillfriskna hos patienten.	I behandlingen av en AN patient är det avgörande att patientens egna motiv för tillfrisknande tas i beaktande. För att göra detta ska fyra olika innehåll eller aspekter beaktas hos patienten: vitalitet (glädje, energi, spontanitet, koncentration), autonomi (nya metoder till självkontroll, välja att tillfriskna), inblick (medvetenhet, självkänedom) och negativa konsekvenser (känner sig sjuk, inser konsekvenser för anhöriga). Terapeutens förmåga att identifiera och alliera sig med patientens motiv för att tillfriskna är avgörande för kontinuerlig fortsatt terapeutisk framgång.

<p>11. Shapiro, J. et al., Exploratory Study to Decrease Postprandial Anxiety: Just Relax!, 2008.</p>	<p>De har undersökt inverkan av progressiv muskelavslappning, handlett bildspråk (bildverk), självstyrd avslappning och kontrollen av att minska postprandial (efter måltid) ångest.</p>	<p>64 kvinnor med anorexi erhöll avslappningsträning efter lunchen i 15 dagar. Ångestnivån och behandlingsacceptansen (godtagbarhet) mättes dagligen före och efter träningen. Studien påbörjades vid inskrivningen av patienterna.</p>	<p>Hos patienterna märktes en märkbar minskning av ångest och patienterna kände sig lugnare tack vare avslappningsträningen. Avspänningsnivån ökade, ångestnivån minskade, fullhetskänslan och tankarna kring vikten minskade.</p>	<p>Avslappningsträning kan vara ett värdefullt komplement till behandlingen för att minska postprandial ångest.</p>
<p>12. Karpowicz, Ewa, Skärsäter, Ingela, Nevoenen, Lauri, Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa, 2009.</p>	<p>De har undersökt hur ett tre månader långt behandlingsprogram, där det centrala var användningen av ett kognitivt och mångfacetterat arbetssätt bestående av mångprofessionellt samarbete, inverkade på självkänslan hos AN patienter. Varje yrkesgrupp hade fastställda fokusområden. Fysioterapeutens fokus låg främst på rörelseträning, kroppskänedom, avslappning.</p>	<p>En kvantitativ pre- och postvärdering gjordes med hjälp av två självvärderingsfrågemetoder (RSE-S och EDI-2) och patienternas BMI undersöktes. 38 kvinnliga AN patienter (16-28 år) valdes ut för undersökningen. 87% bodde med sina föräldrar, 13% på egenhand. Supporten och behandlingsperioden var designad för att ändra tankemönstren och indirekt stärka självkänslan. Ett visst mått av motivation förutsattes finnas hos patienterna. Multiprofessionellt vårdteam. Tre zoner: röd, gul, grön. För att flyttas vidare skall patienten uppfylla fastställda mål. Ett kognitivt förhållningssätt användes.</p>	<p>Resultaten visade att patienternas självkänsla, MBI, viktfohi och kroppsmisnöje förbättrades signifikant enligt mätningarna före och efter behandlingsprogrammet med kognitiv och mångfacetterad arbetsmetod. Behandlingen var effektiv; både självkänslan och BMI ökade.</p>	<p>Behandlingen bör vara mångfacetterad med olika yrkeskunniga och specialister involverade trots att tyngdpunkten ligger på vårdandet. Fokus bör ligga på ångesthantering och det är mycket viktigt att vården är effektiv för att lyckas behålla eller skapa energi hos patienten för att upprätthålla den positiva utvecklingen. Självkänslan hos patienten spelar en mycket stor roll för tillfrisknandet. Viktigt att skapa en terapeutisk relation till patienten. En välplanerad specialistvård är avgörande för en framgångsrik behandling. Även patientens viljestyrka och motivation, liksom behandlingsplanen, spelar en viktig roll.</p>
<p>13. Zunker, Christie, Mitchell, James Wonderlich, Stephen, Excercise Interventions for Women with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature, 2011.</p>	<p>De gör en litteraturstudie i vilken de strävat efter att identifiera träningsintervention som förs fram i empirisk litteratur för att underlätta delgivandet för kliniskt beslutsfattande i fråga om behandling av underviktiga personer med AN.</p>	<p>De har utnyttjat sökmotorer på internet samt artiklar som refererats till i de funna artiklarna. Sex studier med träningsinterventioner i kliniska sammanhang granskades, tre av dem förverkligades på sjukhus.</p>	<p>Några studier uppvisade i viss mån bevis som underöder implementerandet av måttlig fysisk aktivitet under behandlingstiden. De flesta inkluderade inte någon beskrivning av något specifikt träningsprogram.</p>	<p>Få studier har systematiskt undersökt rörelseträning såsom en del av behandlingen av patienter med AN. För närvarande kunde man på fältet ha nytta av standardiserade riktlinjer vid behandlingen av tvångsmässigt tränande patienter med AN. De hittade sex studier som undersökte den fysiska aktivitetens betydelse för tillfrisknande. Fyra av dessa studier såg en positiv utveckling till följd av den fysiska aktiviteten.</p>
<p>14. Davies, S. et al., The inpatient Management of Physical Activity in Young People with Anorexia Nervosa, 2007</p>	<p>De undersöker anordnandet av fysisk aktivitet för unga intagna patienter med AN. Undersökningen handlar om nedskrivna dokumentation gällande hur man förhåller sig till eller klarade av den fysiska aktiviteten, åsikter i fråga om hälsofrämjande träning, erbjudandet av skolning och stöd i fråga om fysisk aktivitet samt aktivitetsbegränsning</p>	<p>Patientenheter för avdelningsvård av unga personer (upp till 18 år) som haft diagnosen AN tvärs över Storbritannien intervjuades via telefon eller via postat undersökningsmaterial.</p>	<p>Det fanns endast begränsad konsensus mellan de olika enheterna. På de flesta enheterna fanns någon form av restriktioner. Få dokument innehöll information om hur man ska gå tillväga i praktiken och dokumenten innehöll många olika tolkningar av hälsofrämjande träning.</p>	<p>Behov av att utveckla och utvärdera kliniska behandlingsprotokoll för AN beträffande överdriven fysisk aktivitet. Komplicerande aspekt: Två olika synsätt i frågan hur aktivitet och överaktivitet uppfattas. 1. Aktivitet = hinder för viktökning → centralt mål = att återställa vikten → aktivitetsbegränsning. 2. Fokus på patientens kamp att klara svåra emotioner inkl. viktuppgång → beh. baserad på att igenkänna och klara av emotionerna, utvecklande av alternativa strategier osv. Spänning mellan att kontrollera + underlätta viktuppgång versus att hjälpa förbättrandet av bemästrandet av svåra emotioner och ångest.</p>

15. Fischer, Beth Anne & Schenkman, Margaret. Functional Recovery of a Patient With Anorexia Nervosa: Physical Therapist Management in the Acute Care Hospital Setting, 2012.	Genom studien strävar de till att beskriva fysioterapins kliniska beslutsprocess och interventionen för en person med allvarlig anorexi. Dessutom att göra en analys över evidens och kliniskt resonemang som föranledde valet av behandlingen	En fallstudie av en kvinnlig patient, 48 år, med allvarlig anorexi, inbegripande medicinska komplikationer. Fysioterapeutens undersökning och intervention fokuserade på funktionell testning och träning, förstärkning samt postural stabilitetsträning för att möjliggöra för patienten att igen klara sig självständigt. Mätinstrument: FIM (Functional Independence Measure), POMA (Performance-Oriented Motor Assessment), TUG (Timed Up and Go) test.	Efter behandlingen kunde patienten återvända till självständigt boende och dagliga göromål. I behandlingen låg fokus på att öva funktionella aktiviteter och att minimera kaloriförbränningen.	Vid allvarlig AN med medicinska komplikationer: Fokusering på återställande av funktionella aktiviteter, grundmotoriken. Interventionsintensiteten styrs av den fysiologiska responsen hos patienten. Traditionell aerobisk träning och uthållighetsträning är oönskvärda för att minimera kaloriförbrukningen. Viktigt att beakta faktorer gällande den medicinska stabiliteten och psykosociala aspekter.
16. George, Lindsay, The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship, 1997.	Undersökning om skapandet av en terapeutisk relation med AN patienter, beaktande den psykologiska profilen dessa patienter har.	George grundar sig på tidigare forskning om AN. Hon undersöker sjukskötarens roll på basis av forskningslitteratur.	Det är mycket viktigt att sjukskötare får rätt och tillräcklig utbildning samt upprepade utbildningar och handledning för att erbjuda rätt terapeutisk vård för AN patienter och hantera dem på rätt sätt. Även sjukskötarens inställning till AN patienter måste ändras, då dessa patienter ofta upplevs som "svåra" eller manipulativa av sjukskötare.	AN patienter kan vara mycket känsliga för andra människors uppfattningar om dem och negativa attityder mot dessa patienter kan ha en mycket negativ effekt på deras tillfrisknande. En positiv attityd mot patienten är nödvändig för att skapa en fungerande terapeutisk relation och för att kunna göra detta behöver sjukskötare tillräcklig utbildning och handledning. Kontinuerliga möten och öppen kommunikation mellan de anställda är även mycket viktigt för att de berörda ska kunna hantera patienten och det terapeutiska förhållandet rätt.

7.1 Kvalitetsgranskning

Forskningsartiklarna har delats in i två grupper beroende av forskningens art. Kvalitetsgranskningen av dem har gjorts med hjälp av checklistor med separata kriterier. Enligt Forsberg & Wengström 2008 finns det ingen enhetlig process för detta, men varje studie bör värderas i flera steg. Det finns olika bedömningsmallar för systematisk granskning av studier. (Forsberg & Wengström 2008 s.122) För att granska studierna i detta arbete är den ena tabellen (tabell 3) i enlighet med rekommendationer av Finlands Fysioterapeuter r.f. (Wikström-Grotell & al. 2006 s. 44) och den andra (tabell 4) en modifierad version av Forsberg & Wengström. (Forsberg & Wengström 2008 s. 206-210) Studiernas evidensgrad har uppdelats enligt principen: högt, medel och lågt bevisvärde. Sju studier hörde till kategorin för hög evidens och nio till kategorin för medelhög evidens. Ingen av studierna fick resultatet låg evidens.

Kvantitativa studier. Kvalitetsbedömning enligt Finlands Fysioterapeuter 2006. Tabell 3.

Studie nummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Räknades nödvändiga antalet patienter innan forskningen påbörjades	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Randomiserades patienterna i olika grupper	+	+	+	+	+	-	-	-	+
Analysades patienterna i respektive grupper	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Var alla patienter med i slutresultaten och vid slutledning (bortfall)	+	+	+	-	-	-	+	+	-
Var patienterna och ft blindade (dubbelblindade)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Var grupperna lika i början	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Fick grupperna lika ft utom forskningsinterventionen	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Var bedömningen av effekten noggrann	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Poäng sammanlagt	7/8	7/8	7/8	6/8	6/8	5/8	4/8	6/8	6/8
Kvalitetsnivå (Hög 7-8, Medel 4-6, Låg 1-3)	H	H	H	M	M	M	M	M	M

Kvalitativa studier. Modifierad ur Forsberg & Wengström 2008 s. 206-210). Tabell 4.

Studie nummer	10	11	12	13	14	15	16
Är designen av studien relevant för att beskriva frågeställningen	+	+	+	+	-	+	+
Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna	-	+	+	-	+	+	-
Är undersökningsgruppen lämplig	+	+	+	-	+	+	+
Är fältarbetet tydligt beskrivet	+	+	+	+	+	+	-
Är data systematiskt samlade	+	+	+	+	+	+	-
Är analys och tolkning av resultat diskuterade	+	+	-	-	+	+	+
Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan	+	+	+	+	+	+	+
Har resultaten klinisk relevans	+	+	+	+	-	+	+
Poäng sammanlagt	7/8	8/8	7/8	5/8	6/8	8/8	5/8
Kvalitetsnivå (Hög 7-8, Medel 4-6, Låg 1-3)	H	H	H	M	M	H	M

7.2 Beskrivning av forskningsartiklarna

Forskningsartiklarna beskrivs här indelade delområdesvis enligt fysioterapeutiska behandlingsområden. Största gruppen av de undersökta artiklarna i denna studie, sammanlagt åtta, behandlar motion, rörelseträning eller muskelträning, som en del av behandlingen. Därefter följer kroppskännedom, med tre studier och följande behandlar den terapeutiska relationen, tre studier. Med en studie var följer slutligen avslappning och värme.

7.2.1 Motion, rörelse- och muskelträning

L.W.C. Ng, D.P. Ng och W.P. Wong för fram träningens positiva effekt. De har undersökt effekten av övervakad rörelseträning hos anorexipatienter utgående från forskningslitteratur som beskrivit detta. De genomsökte fem databaser med sökorden anorexi och övningar. Fallstudier exkluderades och studier som undersökte effekterna av integrerad övervakad träning i den kliniska vården inkluderades. Den integrerade övervakade träningen har enligt denna undersökning lett bland annat till förbättrad styrka och kardiovaskulär hälsa samt förbättring i vikt och kroppsfett. Därtill reducerades förvrängda känslor gällande mat och övningar. Forskarna hävdar att det ter sig säkert/tryggt att inkludera integrerad övervakad träning i behandlingsprogrammet för anorexipatienter. (L.W.C. Ng et al. 2013 s. 1-11)

En del av forskningsartiklarna hävdar emellertid att motion inte har en betydande positiv effekt på tillfrisknandet hos anorexipatienter. Forskningsteamet bestående av María Fernández del Valle, Margarita Pérez, Elena Santana-Sosa, Carmen Fiuza-Luces, Natalia Bustamante-Ara, Christian Gallardo, Angel Villaseñor, Montserrat Graell, Gonzalo Morandé, Gabriel Romo, Luis López-Mojares, Jonatan Ruiz och Alejandro Lucía har testat hur fysisk träning inverkar på anorexipatienters tillfrisknande. De valde ut 22 unga (12-16 år) patienter som insjuknat i anorexia nervosa och delade in dem på måfå i tränings- och kontrollgrupper. De lät patienterna utföra ett styrketränningsprogram på låg-medelintensitetsnivå (2 gånger per vecka i 3 månaders tid). De mätte patienternas funktionella kapacitet med TUG (Timed Up and Go) och TUDS (Timed Up and Down Stairs) tester,

muskelstyrkan med 6RM sittande bänk- och benpress, kroppens fettprocent och muskelmassa bedömdes och livskvaliteten mättes med QOL (Quality Of Life) -kort version. Interventionen tolererades bra och hade ingen skadlig effekt. Träningen hade emellertid ingen direkt positiv effekt på patienternas tillfrisknande, men i roddtestet framkom signifikant interaktionseffekt. Forskarna konstaterar att den använda träningsammansättningen inte hade någon större nytta för konventionell psykoterapi eller återuppfödningss- behandling för unga anorektiska patienter. (Fernández del Valle et al. 2010 s. 352-358)

Fernández del Valle et al. framför att ett viktigt hälsoproblem förknippat med anorexi, ofta undernoteerat, är metabolisk myopati vilket sannolikt uppstår sekundärt efter grav proteinbrist och karaktäriseras av selektiv atrofi av typ-2 och reducerad styrkenivå. Följaktligen ter sig träning med resistans som den kliniskt sett mest användbara formen av träningsprogram för anorektiska patienter. Vid denna träningsform kontraherar musklerna mot ett externt motstånd med avsikten att öka styrka, tonus, massa och uthållighet. Som förmåner kan ses att kaloriätgången i allmänhet är lägre och att man erhåller högre effekt på bentätheten än vid aerobisk träning. (Fernández del Valle et al. 2010 s. 353)

Vincent Thien, Alison Thomas, Donna Markin och Carl Laird Birmingham hävdar däremot att ett graderat, fastställt träningsprogram kan öka tillmötesgåendet för behandling av anorexipatienter. De har i sin forskning strävat till att fastställa om ett graderat träningsprogram i vården av anorexipatienter förbättrar livskvaliteten utan att försämra mängden erhållet kroppsfett. För att undersöka detta randomiserades 15 kvinnor och 1 man som uppfyllde DSM-IV kriterierna för anorexi, för en studie där ett graderat träningsprogram användes i behandlingen. Mätresultat som anges i artikeln är förändringar i kroppens fettprocent, förändringar i BMI och resultat i den kortare versionen av frågeundersökningen om livskvalitet. Enligt denna studie kan ett graderat träningsprogram öka tillmötesgåendet för behandlingen men det framkom emellertid att träningsprogrammet inte ökade fettprocenten eller BMI på kort sikt. I ett träningsprogram som utförs utan övervakare måste de gradvisa momenten, flexibiliteten och uppföljningen vara klart fastställda. I fall strukturen fattas kan resultatet vara att patienten tränar på potentiellt skadligt vis. Följden av saknad gradering kan bli att patienten tränar med mycket hög intensitet med därpå följande ytterligare viktminskning. (Thien et al. 2000 s. 101-106)

T. Rain Carei, Amber Fyfe-Johnson, Cora Breuner och Margaret Brown för fram yogans positiva effekter för ätstörda patienters tillfrisknande. De rekommenderar att individbaserad yogaterapi ingår i behandlingsprogrammet. Patienterna kunde enligt dem gärna utöva yoga före och efter maten, eftersom yoga i forskningsundersökningarna visat sig minska fixering i fråga om mat. Rain Carei, Fyfe-Johnson, Breuner och Brown baserar sina rekommendationer på en undersökning för vilken de valde ut 50 flickor och 4 pojkar med ätstörning i åldern 11-21 år och delade in dem på måfå i två grupper. Patienterna i den ena behandlades med standardvård och den andra med yoga som tillägg till behandlingsprogrammet, som pågick i 8 veckor, varefter patienterna följdes upp under en månads tid. Den grupp som även utövade yoga kontinuerligt, som en del av behandlingsprogrammet, visade mindre symptom än gruppen som följde standardprogrammet, som innebar kontinuerliga träffar med läkare och näringsterapeut. Yogan sänkte inte heller BMI indexet hos anorektiska patienter. (Rain Carei et al. 2010 s. 346-351)

Även Tricia da Silva, Lakshmi Ravindran och Arun Ravindran har undersökt yogans effekter på anorexipatienter. De hävdar att yoga har en positiv effekt på sjukdomar med ångest, vilket är typiskt i fråga om anorexipatienter. Enligt dem reducerar yoga ångest och depression och de rekommenderar att yoga utnyttjas som ett komplement till behandlingen vid sjukdomar med depressions- eller ångestrelaterade symptom. De baserar sin rekommendation på en litteraturstudie över all forskning som gjorts om yogans effekter på tillfrisknandet från sjukdomar, som medför humör- och ångestrelaterade symptom. De har sökt igenom databaserna PubMed, Medline och PsycInfo och valt ut alla artiklar som har behandlat yogans effekter på sjukdomar eller hälsotillstånd med depressiva eller ångestrelaterade symptom. I deras forskning inkluderades sammanlagt 34 studier (15 RTC, 14 open trials, 3 non-randomized och 2 case studies). På basis av denna undersökning hävdar de att yoga är jämförbar med medicinering eller fungerar som ett komplement till medicinering för att uppnå bättre resultat när det gäller sjukdomar med depressiva symptom. (da Silva et al. 2008 s. 6-16)

Christie Zunker, James Mitchell och Stephen Wonderlich har gjort en litteraturstudie i vilken de strävat efter att identifiera träningsintervention som förs fram i empirisk litteratur för att underlätta delgivandet för kliniskt beslutsfattande i fråga om behandling av

underviktiga personer med anorexi. De har utnyttjat sökmotorer på internet och granskat sex studier med träningsinventioner som utfördes i kliniska sammanhang, tre av dessa förverkligades på sjukhus. Några undersökningar uppvisade endel bevis, som understöder implementering av måttlig fysisk aktivitet under behandlingstiden. Fyra av studierna såg en positiv utveckling till följd av den fysiska aktiviteten. De flesta inkluderade däremot inte någon beskrivning av något specifikt träningsprogram. Endast några studier har systematiskt undersökt rörelseträning som en del av anorexipatienters behandlingsupplägg. De menar dock att det inte finns några klara riktlinjer för hurdana träningsprogram som kunde rekommenderas som säkra, med säker positiv effekt, för patienter med anorexia nervosa. I kliniskt arbete kunde man dock ha nytta av standardiserade riktlinjer vid behandlingen av tvångsmässigt tränande anorexipatienter. (Zunker et al. 2011 s. 579-584)

Sarah Davies, Komal Parekh, Kaisa Etelapaa, David Wood och Tony Jaffa har gjort en undersökning om nedskrivna dokumentation, gällande hur man förhållit sig till eller klarat av den fysiska aktiviteten, samt åsikter i fråga om hälsofrämjande träning och erbjudandet av skolning och stöd i fråga om fysisk aktivitet och aktivitetsbegränsning. Patientenheter för avdelningsvård av unga personer (upp till 18 år), som haft diagnosen anorexia nervosa tvärsöver Storbritannien, intervjuades via telefon eller via postat undersökningsmaterial. Resultatet av undersökningen var följande: Det fanns endast begränsad konsensus mellan de olika enheterna; på de flesta enheterna fanns dock någon form av restriktioner. Få dokument innehöll information om hur man ska gå tillväga i praktiken och dokumenten innehöll många olika tolkningar av hälsofrämjande träning. Behov finns att utveckla och utvärdera kliniska behandlingsprotokoll för patienter med anorexi. Två olika utgångslinjer kan skönjas beroende av om man anser det centrala i behandlingen vara viktökningen eller bemästrandet av svåra emotioner och ångest. (Davies et al. 2007 s. 334-340)

Beth Anne Fischer och Margaret Schenkman har strävat till att beskriva fysioterapiens kliniska beslutsprocess och intervention gällande en person med allvarlig anorexi, samt beskriva fysioterapibehandlingen och analyserat bevis och kliniska resonemang som lett till behandlingsbesluten i ett specifikt fall. De har gjort en fallstudie där forskningsobjek-

tet var en 48-årig kvinnlig patient med allvarlig anorexi, inbegripande medicinska komplikationer. Fysioterapeutens undersökning och intervention fokuserade på funktionell testning och träning, förstärkning samt postural stabilitetsträning, med syfte att patienten skulle lära sig att åter klara sig självständigt. I behandlingen låg fokus på övning av funktionella aktiviteter och minimering av kaloriförbrukningen. Följande mätinstrument användes: FIM (Functional Independence Measure), POMA (Performance-Oriented Motor Assessment) och TUG (Timed Up and Go). Efter behandlingen kunde patienten återvända till självständigt boende och hon klarade normala dagliga göromål på egenhand. Vid fall av allvarlig anorexi med medicinska komplikationer hålls behandlingsfokus på grundmotoriska färdigheter med noggrant beaktande av faktorer gällande medicinsk stabilitet och psykosociala aspekter. (Fischer & Schenkman 2012 s. 595-604)

7.2.2 Kroppskännedom

Daniel Catalan-Matamoros, Liv Helvik-Skjaerven, Teresa Labajos-Manzanares, Alma Martínez-de-Salazar-Arboleas, och Eduardo Sánchez-Guerrero har analyserat den basala kroppskännedomsterapins effekt hos personer med ätstörning. 28 polikliniska patienter (som haft en ätstörning i mindre än fem år) erhöll poliklinisk standardbehandling. Interventionsgruppen fick dessutom basal kroppskännedomsterapi i sju veckor. Resultaten visade att basal kroppskännedomsterapi har en viss positiv effekt, behandlingen förbättrade några symptom hos patienterna. De skriver att dagens basala kroppskännedomsterapi används i flera kliniska sammanhang, vanligast inom primärvård, tvärvetenskaplig smärtehabilitering och mental hälsovård. Med rötterna i humanistisk och holistisk tradition, strävar den till att aktualisera hälsan och de mänskliga resurserna. Den fokuserar på det egna utforskandet och upplevelsen av rörelsekvalitet i samspelet mellan medvetet varande, görande och relaterande. Utforskandet och upplevandet bygger på postural stabilitet, frigjord andning och mental medvetenhet. I sin studie konstaterar de att basal kroppskännedomsterapi är utförbar för polikliniska patienter, förbättrar endel symptom som tvångsmässighet, kroppsmissnöje, kroppsattityd och livskvalitet. Viktigt är däremot att vara medveten om att denna terapiform eventuellt inte är lika lämplig för alla patienter. Det finns inte en behandlingsform som är bäst för varje patient och en del kan ha mera nytta av gruppterapi medan individuell terapi lämpar sig bättre för andra. (Catalan-Matamoros et al. 2011 s. 617-626)

Ulla Thörnberg och Monica Mattsson konstaterar att kroppskännedomsterapi väl kan erbjudas som ett verktyg i skapandet av en realistisk kroppsbild hos patienter med en ätstörning. De har undersökt hur fysioterapeutens observationer och patientens egen beskrivning av kroppsliga uttryck överensstämmer med varandra när det gäller patienter med ätstörning samt karakteristiska specifika kroppsliga uttrycksformer och innebörden av dessa för klinisk praxis. 87 ätstörningspatienter undersöktes, varav 26 hade anorexi, 20 bulimi och 41 ätstörning utan vidare specification. Två utvärderingsskalor användes, BAS-H (the Body Awareness Scale-Health) och ISBE (the Interview Scale Body Ego). Patienterna förmodas utveckla sina fördigheter att uttrycka kroppsliga förmimmelser, behov och känslor under en terapiperiod. Medan behandlingsprocessen pågår rör sig patienten mellan att inte alls känna något till att gradvis bli medveten om avsaknaden av rörelsekaraktär. Kroppskännedomsterapi ökade den realistiska kroppmedvetenheten hos patienterna i undersökningen. Fyndet skall ses som preliminära och vidare forskning behövs. (Thörnberg & Mattsson 2010 s. 24-34)

Adrienne Key, Louise George, Desley Beattie, Kate Stammers, Hubert Lacey och Glenn Waller har undersökt hur det påverkar anorexipatienter att kontinuerligt utsättas för att se sig själv och sin kropp i spegeln under behandlingsperioden. De undersökte kvinnliga anorexipatienter, som var intagna för vård, i två olika grupper. De var valbara till undersökningen då de uppnått sin målvikt. Patienterna i den ena gruppen (6 kvinnor i åldern 19-31 år, med en sjukdomstid på 6-10 år), vårdades enligt det vanliga behandlingsprogrammet, samt exponerande övningar och hemuppgifter. Patienterna i den andra gruppen (9 kvinnor i åldern 19-45 år, med en sjukdomstid på 3-20 år) konfronterades dessutom kontinuerligt med sin egen spegelbild som en del av behandlingsprogrammet, som pågick under 8 veckor och bestod av en 90 minuter lång session varje vecka. Patienterna testades och följdes upp i 6 månaderstid efter behandlingen. Följande mätinstrument användes: EDI (Eating Disorder Inventory), PASTAS (the Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale) samt BIAQ (the Body Image Avoidance Questionnaire). Den grupp som kontinuerligt konfronterades med sin egen spegelbild, som en del av behandlingsprogrammet, visade en klar förbättring gällande kroppsmisnöje, ångest och undvikande beteende. Key et al. hävdar på basis av dessa resultat att det lönar sig att inkludera upprepade

övningar, i vilka patienten konfronteras med sin egen spegelbild, i behandlingsprogrammet för anorexipatienter, för att uppnå bättre resultat gillande kroppsuppfattning, ångest och undvikande beteende. Men de poängterar att man dock bör anta särskild försiktighet i dylika övningar när det gäller patienter som har utsatts för sexuellt utnyttjande. (Key et al. 2001 s. 185-190)

7.2.3 Terapeutisk relation och motivation

Ragnfrid Nordbo, Kjersti Gulliksen, Ester Espeset, Finn Skårderud, Josie Geller och Arne Holte har gjort en kvalitativ studie gällande innehållet i anorexipatienternas motivation för tillfrisknandet. De har inte endast fokuserat på motivationens kvalitet och omfattning, utan även på innehållet, med andra ord vad det är som gör att personerna vill tillfriskna. De har intervjuat 18 kvinnor med anorexia nervosa i åldern 18-39. Intervjuerna har bandats in, transkriberats och analyserats. Studien har visat att det är mycket viktigt för slutresultatet att terapeuter, som arbetar med patienter med anorexia nervosa, kan identifiera och sammanbinda patientens motiv för tillfrisknande: Vad är det som föder en önskan att tillfriskna hos patienter? Nordbo et al. menar att det i behandlingen av en anorexipatient är avgörande att patientens egna motiv för tillfrisknande tas i beaktande. För att göra detta ska fyra olika innehåll eller aspekter beaktas hos patienten: 1. vitalitet (glädje, energi, spontanitet, koncentration), 2. autonomi (nya metoder till självkontroll, välja att tillfriskna), 3. inblick (medvetenhet, självkänedom) och 4. negativa konsekvenser (känner sig sjuk, inser konsekvenser för anhöriga, inser att deras framtid kan tas ifrån dem). Denna studie ökar kunskapen om vilka delområden i motivationen, som formar patienternas önskan att tillfriskna. Konkretiserat vad det är frågan om när patienterna både har en önskan att bli friska, men innehållet i deras önskan varierar (vilket överensstämmer med tidigare forskning). Dessutom att patienterna kan önska bli friska utan att ha någon intention att förändra sitt beteende. I stället för att ha fokus på 'patientens motivation till förändring', kan man fokusera på 'patientens önskan att bli frisk'. (Nordbo et al. 2008 s. 635-642)

Lindsay George har undersökt skapandet av en terapeutisk relation med anorexipatienter, samt de psykologiska karaktäristika de har. Hon har utgått från tidigare forskning om anorexia nervosa och undersöker sjukskötarens roll på basis av forskningslitteratur. Hon drar slutsatsen att den terapeutiska relationen är central i vårdandet av anorexipatienter

och avgörande är att den är empatisk, positiv, accepterande, varm, tillitsfull samt att den inte är kritiserande. George menar att anorexipatienter kan vara mycket känsliga för andra människors uppfattningar om dem och att negativa attityder mot dessa patienter kan ha en mycket negativ effekt på patienternas tillfrisknande. Anorexipatientens psykologiska karaktäristika och vårdarens negativa attityder för patienten kan försvåra skapandet av en sådan relation som beskrivits. Inställning till anorexipatienter som "svåra" eller manipulativa kan påverkas med hjälp av ökad kunskap. Lindsay George för fram i sin artikel att det är mycket viktigt med rätt och tillräcklig utbildning, samt upprepad fortbildning och handledning, för att erbjuda rätt terapeutisk vård för anorexipatienter och hantera dem på rätt sätt. En positiv attityd mot patienten är nödvändig för att skapa en fungerande terapeutisk relation och för att kunna göra detta, behövs tillräcklig utbildning och handledning. För att de berörda ska kunna behandla och hantera patienten och det terapeutiska förhållandet rätt behövs kontinuerliga möten och öppen kommunikation mellan de anställda. (George 1997 s. 899-908)

Ewa Karpowicz, Ingela Skärsäter, och Lauri Nevonen har undersökt hur ett mångfacetterat, multiprofessionellt, specialdesignat behandlingsprogram inverkar på självkänslan hos anorexipatienter. Centralt var användningen av ett kognitivt koncept där man strävar till att förändra tankemodellerna hos patienterna och indirekt stärka självkänslan. Viktigt är att skapa en terapeutisk relation till patienten. De betonar betydelsen av en välplanerad specialistvård och menar att denna är avgörande för en framgångsrik behandling. De har undersökt självkänslan före och efter det tre månader långa behandlingsprogrammet. Undersökningen gjordes med hjälp av olika typer av frågeformulär (RSE-S och EDI-2) och patienternas BMI kontrollerades. 38 kvinnliga anorexipatienter (16-28 år) valdes ut för undersökningen. Ett visst mått av motivation förutsattes av patienterna. Resultaten visade att både självkänslan och MBI hos patienterna ökade märkbart, enligt mätningarna utförda före och efter behandlingsprogrammet. De hävdar att behandlingen av anorexipatienter bör vara mångfacetterad med olika ykeskunniga och specialister involverade. Fokus bör ligga på ångesthantering och det är mycket viktigt att vården lyckas behålla eller skapa energi hos patienterna, för de skall kunna upprätthålla den positiva utvecklingen. Självkänslan hos patienten spelar en mycket stor roll för tillfrisknandet. Även patientens viljestyrka och motivation, liksom behandlingsplanen, spelar en viktig roll. (Karpowicz, Skärsäter & Nevonen 2009 s. 318-325)

7.2.4 Avslappning

Jennifer Shapiro, Emily Pisetsky, Wen Crenshaw, Shanna Spainhour, Robert Hamer, Maureen Dymek-Valentine och Cynthia Bulik har i sin studie undersökt inverkan av progressiv muskelavslappning, handlett bildspråk (bildverk), självstyrd avslappning och kontrollen av att minska postpranial (efter måltid) ångest hos anorexipatienter. I undersökningen erhöll 64 kvinnor med anorexi avslappningsträning efter lunchen i 15 dagars tid. Studien påbörjades vid inskrivningen av patienterna. Ångestnivån och behandlingsacceptansen (godtagbarhet) mättes dagligen före och efter träningen. Hos patienterna märktes en klar minskning av ångest och patienterna kände sig lugnare tack vare avslappningsträningen. Avspänningsnivån ökade, ångestnivån minskade, fullhetskänslan och tankarna som kretsade kring vikten minskade. Shapiro et al. visar därmed att avslappningsträning kan vara ett värdefullt komplement till behandlingen för att minska postpranial ångest. (Shapiro et al. 2008 s. 728-733)

7.2.5 Värmebehandling

C. Laird Birmingham, Emilio Gutierrez, Lee Jonat och Peter Beumont har undersökt huruvida värme kan bidra till att öka BMI hos patienter med anorexia nervosa. 21 kvinnor med anorexia nervosa randomiserades i två olika grupper och fick bära en värmeväst tre timmar per dag i 21 dagar. Patienterna i den ena gruppen bar västen med värmen påslagen, patienterna i den andra gruppen med västen ouppvärmad. Värmen hade inte någon effekt på BMI bland patienterna det vill säga, det fanns ingen skillnad mellan grupperna gällande någon förändring i BMI, men värmen visade sig däremot ha positiva effekter i form av förbättrad matsmältning, ökad känsla av lugn hos patienterna samt minskad parotis storlek. Laird Birmingham et al. för därmed fram att användning av värme, exempelvis i form av värmeväst, kan förbättra anorexipatienternas matsmältning, öka patienternas känsla av lugn samt minska spottkörtelstorleken, och kan därför gärna utnyttjas i behandlingen av anorexipatienter. (Laird Birmingham et al. 2004 s. 234-238)

7.3 Centrala fynd för kliniskt arbete

I följande kapitel följer ett sammandrag av rekommendationer samt motiveringar, som framkommit i forskningsartiklarna. Principer och rekommendationerna är även uppställda i tabell 5.

Fysioterapin utgör en del av en större helhet i vården och rehabiliteringen av anorexipatienter. I forskningen (12) har man kommit fram till, att det är centralt är använda sig av ett mångfacetterat behandlingskoncept med kognitivt arbetssätt, med vilket man strävar till att förändra tankemönstren hos patienterna och indirekt stärka självkänslan. En välplanerad specialistvård, där varje yrkesgrupp har sin klara roll, är avgörande för en framgångsrik behandling. Vidare konstateras (10) att för ett bra slutresultat, är det viktigt att terapeuter som arbetar med anorexipatienter, kan identifiera och sammanbinda patientens motiv för tillfrisknandet. En viktig kärnfråga är, vad det är som föder en önskan hos patienten att bli frisk. Avgörande är att ta patientens egna motiv för tillfrisknande i beaktande. Den terapeutiska relationen är central för en framgångsrik behandling (16) och betydelsefullt är att den är empatisk, positiv, accepterande, varm, tillitsfull, samt att den inte är kritiserande.

En av behandlingsformerna, som används vid rehabilitering av anorexipatienter är kroppskännedomsterapi och en av studierna påvisade också, att basal kroppskännedomsterapi har en viss positiv effekt på så vis, att behandlingen förbättrade några symptom hos patienterna (1). Man förmodar att patienterna utvecklar sina färdigheter att uttrycka kroppsliga förmågor, behov och känslor under terapiperioden. Under pågående behandlingsprocess rör sig patienten mellan att inte alls känna något, till att gradvis bli medveten om avsaknaden av rörelsekaraktär. Erhållna resultat (7) har också visat att kroppskännedomsterapi ökar den realistiska kroppmedvetenheten hos patienterna. En annan behandlingsform (8), genom vilken man erhöll en klar förbättring gällande kroppsmisnöje, ångest och undvikande beteende, är konfrontering med sin egen spegelbild. Forskningsresultaten påvisar att det i behandlingsprogrammet för anorexipatienter, lönar sig att inkludera upprepade övningar, i vilka patienten konfronteras med sin egen spegelbild.

Reducering av förvrängda känslor gällande mat och övningar, förbättrad styrka och kardiovaskulär hälsa samt ökning i vikt och kroppsfett, har man bevisligen kunnat erhålla med hjälp av integrerad övervakad träning (2). Man har också kommit fram till att det kan anses vara tryggt och säkert att inkludera övervakad träning i behandlingen. Även enligt en annan studie tolererades intervention av fysisk träning bra och förorsakade inte någon skadlig effekt (3). Ett graderat träningsprogram kan även öka tillmötesgåendet för behandlingen, trots att det inte ökar fettprocenten eller BMI på kort sikt (4). Anmärkningsvärt är att i träningsprogram, som utförs utan övervakare, måste de gradvisa momenten, flexibiliteten och uppföljningen vara klart fastställda. Saknas graderingen kan följden bli att patienten tränar med mycket kraftig intensitet med en ytterligare viktminskning som följd och att träningen utförs på potentiellt skadligt vis (4).

Implementering av måttlig fysisk aktivitet kan rekommenderas och kan anses bringa en positiv utveckling (13). Någon beskrivning av specifika träningsprogram har man inte och därmed saknas klara riktlinjer för hurdana program, som kan anses ha säker positiv effekt. Standardiserade riktlinjer vid behandling av bland annat tvångsmässigt tränande anorexipatienter efterlyses. Även en annan studie (14) lyfter fram behovet av att utveckla och utvärdera kliniska behandlingsprotokoll för patienter med anorexi. Olika tolkningar finns om vad som anses vara hälsofrämjande träning. De poängterar att det framkommer två olika utgångslinjer beroende av om man anser att det centrala i behandlingen är viktökningen eller bemästrandet av svåra emotioner och ångest. Vid fall av allvarlig anorexi med medicinska komplikationer (15) hålls behandlingsfokus på grundmotoriska färdigheter, med samtidig noggrann uppmärksamhet i fråga om den medicinska stabiliteten och psykosociala aspekter.

Sjukdomar med ångest, vilket är typiskt vid anorexi, påverkas positivt av yoga (6). Det rekommenderas därmed att yoga utnyttjas som ett komplement till behandling av depressions- och ångestrelaterade symptom, eftersom den träningsformen reducerar dessa besvär. Ur en annan av forskningsartiklarna har nyttan med yoga också framkommit då man kunnat konstatera att testgruppen, som förutom standardprogrammet, även utövade yoga som en del av behandlingsprogrammet, uppvisade mindre symptom än kontrollgruppen, som enbart följde standardprogrammet, innehållande regelbundna träffar med läkare och näringsterapeut (5).

Tack vare avslappningsträning postprandialt (efter måltid) har man erhållit klart minskad ångest hos anorexipatienterna och samtidig ökning i deras känsla av lugn (11). Avslappningsmetoderna som användes var progressiv muskelavslappning, bildspråk och självstyrd avslappning. På grund av avslappningsträningens positiva inverkan, med ökad avspänningsnivå, minskad ångestnivå, reducerad fullhetskänsla och minskade tankar om kroppsvikten, anses den vara ett värdefullt komplement till behandlingen. Positiva effekter i form av förbättrad matsmältning, ökad känsla av lugn och minskad spottkörtelstorlek, men dock ingen inverkan på BMI, har man fått genom användning av värmeväst (9). I studien förs därför fram att värmebehandling gärna kan utnyttjas för anorexipatienterna.

Rekommenderad behandling enligt forskningsartiklarna. Tabell 5.

OMRÅDE INOM FYSIOTERAPI	BEHANDLING SOM REKOMMENDERATS
<p>TERAPEUTISK RELATION OCH KOMMUNIKATION</p>	<p>I behandlingen av en AN patient är det avgörande att patientens egna motiv för tillfrisknande tas i beaktande. För att göra detta ska fyra olika innehåll eller aspekter beaktas hos patienten: vitalitet (glädje, energi, spontanitet, koncentration), autonomi (nya metoder till självkontroll, välja att tillfriskna), inblick (medvetenhet, självkänedom) och negativa konsekvenser (känner sig sjuk, inser konsekvenser för anhöriga). Terapeutens förmåga att identifiera och alliera sig med patientens motiv för att tillfriskna är avgörande för kontinuerlig fortsatt terapeutisk framgång.</p> <p>AN patienter kan vara mycket känsliga för andra människors uppfattningar om dem och negativa attityder mot dessa patienter kan ha en mycket negativ effekt på deras tillfrisknande. En positiv attityd mot patienten är nödvändig för att skapa en fungerande terapeutisk relation och för att kunna göra detta behövs tillräcklig utbildning och handledning. Kontinuerliga möten och öppen kommunikation mellan de anställda är även mycket viktigt för att de berörda ska kunna behandla och hantera patienten och det terapeutiska förhållandet rätt.</p> <p>Behandlingen bör vara mångfacetterad med olika yrkeskunniga och specialister involverade trots att tyngdpunkten ligger på vårdandet. Fokus bör ligga på ångesthantering och det är mycket viktigt att vården är effektiv för att lyckas behålla eller skapa energi hos patienten för att upprätthålla den positiva utvecklingen. Självkänslan hos patienten spelar en mycket stor roll för tillfrisknandet. Viktigt är att skapa en terapeutisk relation till patienten. En välplanerad specialistvård är avgörande för en framgångsrik behandling. Även patientens viljestyrka och motivation, liksom behandlingsplanen, spelar en viktig roll.</p>
<p>KROPPSKÄNNEDOM</p>	<p>Basal kroppskänedomsterapi är utförbar för polikliniska patienter, förbättrar endel symptom som tvångsmässighet, kroppsmissnöje, kroppsattityd och livskvalitet. Viktigt att vara medveten om att denna terapi eventuellt inte är lika lämplig för alla patienter. Det finns inte en behandlingsform som är bäst för varje patient och endel kan ha mera nytta av gruppterapi medan individuell terapi lämpar sig bättre för andra.</p>

	<p>Kroppskännedomsterapi kan väl erbjudas som ett verktyg i skapandet av en realistisk kroppsbild hos patienter med en ätstörning.</p> <p>Det lönar sig att inkludera upprepade övningar, i vilka patienten konfronteras med sin egen spegelbild i behandlingsprogrammet, för att uppnå bättre resultat gällande kroppsmisshöje, ångest och undvikande beteende. Men bör dock anta särskild försiktighet i dylika övningar bland patienter som har utsatts för sexuellt utnyttjande.</p>
MOTION, RÖRELSE- OCH MUSKEL-TRÄNING	<p>Det verkar vara säkert/tryggt att inkludera integrerad övervakad träning i behandlingsprogrammet för AN patienter. Även styrkan och den kardiovaskulära hälsan förbättras av träningen.</p> <p>Styrketräning med intensitet av låg-medel-nivå verkar inte tillföra en större nytta. Denna uppsättning av träning hade ingen negativ effekt på patienternas tillfrisknande, men ingen direkt positiv heller.</p> <p>I ett träningsprogram som utförs utan övervakare i vården av AN patienter måste strukturen, de gradvisa momenten, flexibiliteten och uppföljningen vara klart fastställda. Om strukturen fattas kan patienten träna på potentiellt skadliga sätt. Avsaknad av gradering kan resultera i att AN patienten tränar med en mycket hög intensitet, vilket kan förorsaka ytterligare viktminskning.</p> <p>Få studier har systematiskt undersökt rörelseträning såsom en del av behandlingen av patienter med AN.</p> <p>För närvarande kunde man på fältet ha nytta av standardiserade riktlinjer vid behandlingen av tvångsmässigt tränande patienter med AN.</p> <p>De hittade sex studier som undersökte den fysiska aktivitetens betydelse för tillfrisknande. Fyra av dessa studier såg en positiv utveckling till följd av den fysiska aktiviteten.</p> <p>Behov finns att utveckla och utvärdera kliniska behandlingsprotokoll för AN beträffande överdriven fysisk aktivitet. Komlicerande aspekt: Två olika synsätt i frågan hur aktivitet och överaktivitet uppfattas. 1. Aktivitet = hinder för viktökning → centralt mål = att återställa vikten → aktivitetsbegränsning. 2. Fokus på patientens kamp att klara svåra emotioner inkl. viktuppgång → beh. baserad på att igenkänna och klara av emotionerna, utvecklande av alternativa strategier osv. Spänning mellan att kontrollera + underlätta viktuppgång versus att hjälpa förbättrandet av bemästrandet av svåra emotioner och ångest.</p> <p>Vid allvarlig AN med medicinska komplikationer: Fokusering på återställande av funktionella aktiviteter, grundmotoriken. Interventionsintensiteten styrs av den fysiologiska responsen hos patienten. Traditionell aerobisk träning och uthållighetsträning är oönskvärda för att minimera kaloriförbrukningen. Viktigt att beakta faktorer gällande den medicinska stabiliteten och psykosociala aspekter.</p> <p>Yoga borde utnyttjas som ett komplement till behandlingen gällande sjukdomar med depressions- eller ångestrelaterade symptom.</p> <p>Individualiserad yogaterapi borde ingå i behandlingsprogrammet för AN patienter. Patienten kunde gärna utöva yoga före och efter maten, eftersom yoga i forskningsundersökningar har visat sig minska AN patienters fixering gällande mat.</p>
AVSLAPPNING	<p>Avslappningsträning kan vara ett värdefullt komplement till behandlingen för att minska postprandial ångest.</p>
FYSIKALISK BEHANDLING	<p>Användning av värme, exempelvis i form av värmeväst, kan förbättra AN patienters matsmältning, öka patienternas känsla av lugn samt minska parotis storlek hos patienterna och kan därför gärna utnyttjas i vård av AN patienter.</p>

8 DISKUSSION

För att finna svar på frågan om vilka fysioterapeutiska behandlingsmetoder och riktlinjer som rekommenderas för tonåriga flickor och unga kvinnor med anorexi, gick jag in för att göra en systematisk litteraturstudie med hjälp av elektroniska databaser, med avsikt att finna aktuella, i regel från år 2000 eller nyare, forskningsartiklar i detta ämne. En inkluderad studie var dock tre år äldre. Denna metod lämpar sig för ändamålet och det största antalet forskningsartiklar, som uppfyllde kriterierna, kom att gälla fysisk aktivitet och rörelseträning. Till antalet på andra plats kom de, som handlade om kroppsmedvetenhet eller terapeutisk relation och kommunikation och slutligen de som undersökte inverkan av avslappning och värme. Kvalitetsgranskning med samma antal kriterier valde jag att utföra i två grupper, på grund av det separata forskningsupplägget. Den kunde dock ha varit mera ingående, med ett större antal faktorer för att erhålla en mera heltäckande kvalitetsgranskning.

I urvalet av forskningsartiklar valde jag att endast beakta sådana som var tillgängliga i heltextformat, vilket uteslöt flera ämnesrelaterade forskningsartiklar. Det gjorde fynden klart snävare och sannolikt uteblev flera användbara fysioterapeutiska behandlingsaspekter från detta examensarbete. Tänkbart är att ytterligare studier som behandlar avslappning och värme eller övriga fysikaliska behandlingar eller till exempel massage, beröring, andningsterapi, vattenterapi, stärkning av kroppsgränser, akupunktur samt förslagsvis gestaltning och uppskattning av kroppsstorlek, skulle ha gått att finna. I denna situation blev resultaten avsevärt färre och ensidigare än vad min intension och ambition ursprungligen var.

I resultatdelen, i kapitel 7, är forskningsartiklarna inledningsvis presenterade i tabellform (tabell 1 och 2). Därefter är de beskrivna i mera utförlig textform, samt grupperade behandlingsområdesvis, ordningsföljden beroende av antalet forskningsartiklar och kvalitetsnivå. Slutligen är de, för den kliniska fysioterapins förverkligande, centrala fynden komprimerade och även sammanställda i tabellform (tabell 5), för att åskådliggöra rekommenderade tillvägagångssätt. Först noteras fysioterapibehandlingens inledande aspekter, såsom skapandet av en terapeutisk relation, kontakten med patienten, vilket är grundläggande för hela rehabiliteringen. Därefter följer kroppskännedom, som hade en

mera unison beskrivning i artiklarna. Följande är motion, rörelse- och muskelträning, som hade mera variande förverklingssätt och till sist följer avslappning och fysikalisk behandling, med endast en studie som grund. Den fysioterapi som rekommenderas för tonåriga flickor och unga kvinnor med anorexi är *kroppskännedomsterapi, konfrontering med sin egen spegelbild, övervakad träning* samt om den inte är övervakad så bör de gradvisa momenten, flexibiliteten och uppföljningen vara klart definierade, *grundmotorisk träning, yoga, avslappningsträning* och *värmebehandling*. Genomgripande är ett *mångfacetterat behandlingskoncept* med specialister ur olika yrkesgrupper samt grundläggande för resultaten är en *god terapeutisk relation*. I arbetet med anorexipatienterna är det av avgörande betydelse att sträva till att stärka självkänslan, reducera ångesten, öka kroppsvikten samt fokusera på vad det är hos patienten, som föder en önskan att bli frisk. Klara riktlinjer och behandlingsprotokoll efterlystes. Detta examensarbets forskningsfråga kunde därmed besvaras.

Den terapeutiska relationen är avgörande för tillfrisknandet från anorexi (16). För att som terapeut lyckas med skapandet av en läkande relation på ett framgångsrikt sätt, behövs kunskap om anorexipatienternas psykologiska karaktäristika och problematik. Terapirelationen är ofta krävande och långvarig. Kontinuerlig utbildning om ätstörningsproblematiken samt handledning är betydelsefullt i detta sammanhang. En empatisk, accepterande och tillitsfull attityd påverkar patientens självkänsla på ett positivt sätt. En svag självkänsla ligger ofta som grund för att en person skall utveckla anorexi och därför är det centralt, att sträva till att stöda en positiv utveckling av självkänslan. De personer som oftast har kontakt med patienten har lättare att skapa en terapeutisk relation.

Med vilken frekvens skulle det vara optimalt att förverkliga fysioterapibehandlingarna för anorexipatienterna? Är det möjligt att också övrig än "ansikte-mot-ansikte"-session kan ha betydelse för skapandet av en bra relation, till exempel hålla dagbok om olika kroppsrelaterade upplevelser eller strategier och lösningar, som fungerat lindrande vid ångestfyllda situationer? Patientens önskan och motivation att förändra sin situation och sina attityder gentemot sig själv spelar sannolikt en viktig roll (10). Eftersom patientens viktfohi och kroppsmisshöje ebbat ut i takt med tiden, skulle man sätta mera vikt vid

bemästringen av ångest, än man tidigare gjort. En förbättrad självkänsla är ett kärnelement i vården och rehabiliteringen av anorexidrabbede, enligt forskningsresultat (12), personal och patienter.

Man har kunnat konstatera, att det att unga håller diet, inte är avgörande för att få anorexi i samma utsträckning som en låg självkänsla är. Den verkar däremot vara nyckeln bakom deras drivkraft att bli smala. Med självkänsla avses generellt självrespekt. Personer med bra självkänsla ser sig inte som bättre än andra, men inte heller sämre. Är självkänslan låg, blir situationen den omvända. En av de aktuella forskningsartiklarna (8) undersökte betydelsen av att kontinuerligt konfronteras med sin egen spegelbild. Det är något som inte alltid upplevs som lätt för patienterna och enligt vad jag har erfårit, anser en del i personalen, att man borde undvika det. Intressant är att spegelkonfrontationen visade sig vara så effektiv och hade så tydlig positiv inverkan, både i fråga om kroppsuppfattning, ångest och undvikande beteende. Mera forskning om detta skulle vara givande.

Multiprofessionell vård är effektiv skriver Karpowicz et al. om (12). Ett kognitivt förhållningssätt, där man stöder patienterna att förändra sitt invanda tankemönster och finna nya sätt att klara av olika problemfyllda situationer, har visat sig vara av stor vikt. Det rekommenderas att man går igenom symptomen och utmanar dem. Stegvis lyckas patienterna ta mera ansvar över sina matsituationer, klara av sin ångest (utan att kräkas till exempel) samt träna att uttrycka sig tydligare för andra. Viktigt är att stöda patienterna i ångestfyllda situationer. Fysioterapeutens roll i vårdhelheten består bland annat av att tala om träning och kroppskännedom, avslappningsträning samt individuell fysioterapi med innehåll enligt aktuella behov. I viss mån kan man eventuellt även tänka sig gruppbehandling. Klar vårdplanering rekommenderas, där hela det mångprofessionella teamet deltar med sin specifika sakkännedom, för att fullfölja en effektiv anorexivård. Om tillfälle finns kunde man utveckla standardvården även till att inbegripa förslagsvis drama, hushåll/matlagning, deltagande ute i det sociala livet, äta på restaurang/café, och göra kläduppköp. Tanken kunde vara att nå olika delmål, nå högre nivåer (förslagsvis med olika färger som kännetecken) utveckla nya möjligheter till exempel genom att erbjuda dagsvård. Min tanke är att det skulle vara motiverat att utveckla ett sådant koncept vidare, men man kunde göra en studie, för att försöka få svar på, hur man kunde koncentrera behandlingen

till enbart vissa ställen och ändå göra det möjligt för patienterna att vara i närheten av hemmet, kunna delta i skollektioner, samt erhålla behandling på sitt modersmål?

Resultatet i studien av Catalan-Matamoros et al. (1), som undersöker kroppskännedomsterapiens utförbarhet för ätstörningspatienter, samt har som hypotes att den ger en positiv effekt jämfört med en kontrollsituation, påvisar en viss positiv effekt av basal kroppskännedomsterapi, en förbättring i några symptom. Studien förverkligades så att testpersonerna erhöll både standardbehandling och dessutom kroppskännedomsterapi. Undersökningsgruppen fick alltså totalt sett mera behandling än de som var i kontrollgruppen. Sannolikt är att det i sig påverkade resultatet i positiv riktning. I studien deltog sammanlagt 28 personer (14 i testgruppen och 14 i kontrollgruppen), samtliga i testgruppen deltog i sluttestet, medan endast 8 personer i kontrollgruppen deltog. En relevant fråga är hur resultatet skulle ha påverkats, i det fall att kontrollgruppen totalt sett skulle ha erhållit samma mängd behandling, det vill säga ytterligare standardbehandlingssessioner.

Fysisk träning eller inte, i vilken utsträckning, med vilken intensitet och frekvens, är frågor som man inom fysioterapi får ta ställning till. Undersökningsresultat, som ökar denna kunskap, är värdefull och underlättar ett välanpassat fysioterapiupplägg. En av studierna (14), som jag har refererat, beskriver ett tre månader långt träningsprogram för unga anorexipatienter. Resultaten visade att programmet tolererades bra, man använde främst låg-medelintensitetsträning, men man kunde inte konstatera någon större nytta av det med de mätinstrument som användes. Man kan dock förmoda att ett dylikt träningsprogram kan anses ha rehabiliterande aspekter, eftersom ifall patienterna får tillstånd att utföra träning, kan det hjälpa patienterna att koncentrera sig på annat än mat. Samtidigt får de uppleva att det inte enbart finns restriktioner i fråga om fysisk aktivitet. Patienterna, som oftast har ett starkt träningsbehov, får en möjlighet att röra på sig utan skadlig verkan. Det är bra att finna evidensbaserad kunskap om träningsformer, som inte förbränner alltför mycket kalorier eller som kroppens vävnader tar skada av. Intressant skulle vara att veta vad resultatet skulle bli vid användning av kraftigare motstånd, större intensitet och en längre träningsperiod. Testmetoderna som användes i studien var rätt så grova, med ett mera finkänsligt instrument kunde även annat av värde ha framkommit.

Vanliga sympton hos anorektiska patienter är ångest, nedstämdhet, depression, sömnproblem, spänning, även smärtor, sociala kontaktsvårigheter, nedsatt kontakt med sina känslor och en otydlig uppfattning om sina kroppsgränser. I litteratursökningen hittades inte någon studie som tog upp beröringens/massagens inverkan på anorexipatienter. Min erfarenhet är dock att den kan underlätta spänning, konkretisera kroppsgränserna och patienterna får uppleva en trygg beröring och kroppslig kontakt. Massage är traditionellt en metod som används inom fysioterapin och intressant skulle vara att erhålla forskningsresultat, som skulle beskriva effekten av den, när det gäller patienter med ätstörningar.

Litteratursökningen resulterade inte heller i någon undersökning där man hade forskat kring övriga fysikaliska behandlingar och anorexi, än studien om användning av värmeväst (9). Värmebehandlingar är allmänt erkända inom fysioterapin och används även inom den kliniska behandlingen av anorexipatienter. Studien som handlade om användning av värmeväst påvisade en klar positiv effekt och forskarna ansåg att värmebehandling, som har en lugnande inverkan och förbättrar matsmältningen, gärna kan utnyttjas i vården av anorexipatienter. Med tanke på de behandlingar, som vanligtvis erbjuds åt ätstörningspatienter hos oss, var studierna om yoga intressanta (5,6). Vardera studien stöder och rekommenderar användning av yoga som komplement till övrig behandling av ätstörningspatienter. Eventuellt borde fysioterapeuter sätta sig närmare in i denna metod för att kunna utnyttja element därifrån.

Användningen av andningsterapi saknades även i studierna. Allmänna kroppsliga symptom och upplevelser hos anorexipatienter och det fysiska och emotionella förhållandet i samband med detta, beskrivs av Liv-Jorunn Kolnes 2011, och hon tar även upp den fria andningen. Hon strävar till att presentera fysioterapeutiska tillvägagångssätt för att hjälpa anorexipatienterna och menar att kroppsmedvetenhet kan hjälpa den mentala och kroppsliga stabiliseringen samt att upptäcka kroppsliga resurser hos patienten. Hos patienten bör emellertid först skapas kroppskännedom och kontakt med kroppen, för att göra det möjligt för dem, att skapa en samstämmighet emotionellt och mentalt, såsom även med världen omkring. Hennes rekommendation baserar sig på hennes kliniska observationer och patienters testresultat i kombination med teorin i NPMP (Norwegian Psychomotor Physiotherapy). Hon valde ut sex områden för fysioterapibehandling: kroppskännedomsterapi, kroppslig stabilitet, begränsad andning, muskelspänning, störning i hållning och

postural kontroll samt tvångsmässig fysisk aktivitet. Genom ett förhållningssätt som baserar sig på kroppskänedom kan man bidra till nya sätt att känna och uppfatta kroppsliga signaler, uppleva sin kropp på ett mera differentierat sätt samt integrera sin kropp som en del av sig själv, bli en förkroppsligad person. Ökad kroppskänedom och ett fritt andningsmönster kan öka emotionell medvetenhet. Fysioterapeutiska metoder kan på detta vis skapa en väg till utforskade känslor, associationer och upplevelser. (Kolnes 2011 s. 281-288) Hon lyfter upp andningens betydelse för emotionell medvetenhet, vilket inte framkommit i här använda forskningsartiklar. Denna infallsvinkel kunde i fortsatt fysioterapeutisk forskning vara av värde att anta.

Allmänt känt är att motivationen är en viktig faktor i rehabiliteringen. Nordbo et al. har i sin studie (10) fokuserat, inte enbart på motivationens kvalitet och omfattning, utan även på motivationens innehåll och rekommenderar användningen av frågan om vad som ligger bakom patientens önskan att tillfriskna. Även Elisabeth Rieger och Stephen Touyz har 2006 undersökt vilka faktorer som motivationen att tillfriskna består av då det gäller anorexipatienter. De samlade in svar från 115 anorexipatienter med hjälp av frågeformuläret ANSOCQ (Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire) och deras analys påvisade att motivationen innehöll följande tre viktiga faktorer: 1. Viktökning (villighet att öka vikten), 2. Bekymmer angående ätande, form och vikt (kognitiva, affektiva och beteendemässiga aspekter av ätande och kroppsbild) samt 3. Ego-Alien-aspekter (sådant som upplevs som främmande i förhållande till den egna jag-uppfattningen, omfattande sådant som subjektivt upplevs som bedrövande). Enligt resultaten skulle det dessutom existera en övergripande faktor, som gäller den helhetsmässiga motivationen att tillfriskna. De menar att motivationen har en stor betydelse för tillfrisknandet och att patientens motivation även kan förutsäga patientens mottaglighet för behandlingen. För att behandlingen av anorexipatienterna skall ge resultat, är det viktigt att de olika faktorerna tas i beaktande. Dessutom fluktuerar motivationen till förändring något, beroende av om symptomen primärt upplevs som egosyntoniska (aspekter som upplevs som acceptabla för jaget), ambivalenta (kluvna) eller bedrövande. (Rieger & Touyz 2006 s. 269-275) Följaktligen är det även inom fysioterapibehandlingen viktigt att beakta patienternas motivation. Samt att man beaktar nivån eller djupet, på vilket man tänker sig att en verklig

förändring är möjlig att uppnå. Intressant vore också att svänga om fenomenet och undersöka hur och i vilken mån olika fysioterapeutiska metoder inverkar på patienternas motivation.

Behovet av riktlinjer, gällande fysisk träning vid behandlingen av anorexipatienter, efterlyses i forskningsartiklarna. Det finns endast vaga resultat om vad som är effektivt. Beleggs finns att multiprosessionellt samarbete är viktigt samt förebyggande av splittring, men vägande forskning i fråga om hur uppbyggnaden borde vara eller vilka element en effektiv fysioterapi för denna målgrupp borde innehålla, saknas ännu. Eftersom intresset för detta är brett och problematiken engagerar ett stort antal professionella, är det sannolikt att man framöver närmare lyckas fastställa de moment, även inom fysioterapin, som är avgörande för tillfrisknandet.

Behov finns att utveckla och utvärdera kliniska behandlingsprotokoll för patienter med anorexi (13, 14). Två olika utgångslinjer kan skönjas beroende av om man anser det centrala i behandlingen vara viktökningen eller bemästrandet av svåra emotioner och ångest. Viktigt är att ta i beaktande faktorer som gäller den medicinska stabiliteten och psykosociala aspekter. I flere av studierna påpekas att det finns stor brist på tillgänglig information om vad som är effektivt och endast lite information som ger råd om hur den fysiska interventionen borde byggas upp vid vården av anorexipatienter.

Framöver borde forskas närmare i vad, vilka element inom fysioterapin som har betydelse för tillfrisknandet från en ätstörning, samt med vilken frekvens och behandlingstid man kan erhålla goda behandlingsresultat. Intressant skulle bland annat vara, att utföra en förfrågan till patienter som tillfrisknat från en ätstörning, speciellt anorexi, där man skulle få deras subjektiva retrospektiva syn: Vilka var avgörande faktorer på vägen mot just deras tillfrisknande, vad skulle de välja bort? Sannolikt skulle sjukdomstidens inskränkta kognitiva resurser påverka patienternas svar, samt även den ålders- och erfarenhetsmässiga utveckling och mognad som skett i takt med tiden.

Mycket forskning görs i detta aktuella ämne, ett stort och brett intresse finns. Nya forskningsrapporter publiceras regelbundet. Vad innebär dagens kvinnokultur, kulturella koder, och vilka förväntningar förmedlas till unga flickor och redan till barn? Hur påverkas

de av detta? Hur kan man med hjälp av fysioterapi stärka självkänslan och samtidigt förebygga uppkomsten av ätstörningar? Förhoppningsvis har jag kunnat lyfta fram de huvudsakliga begreppen kring vad sjukdomen anorexia nervosa innebär, bakomliggande orsaker samt vilka fysioterapeutiska behandlingsmetoder som aktuell forskning rekommenderar.

9 AVSLUTNING

Beskrivningen av människan ur ett kroppsligt perspektiv har varit av intresse redan länge inom det fysioterapeutiska ämnesområdet. En önskan att nå ökad förståelse för människan och de mänskliga uttrycksformerna kopplade till den existentiella verkligheten motiverar till vidare forskning inom ämnet. En strävan till att förstå människan som en väl fungerande helhet och att utveckla metoder för att återställa balansen i livet då jämvikten vacklar fortsätter att föra utvecklingen vidare inom fysioterapin.

Anorexia nervosa är en komplex sjukdom, där orsakerna till insjuknandet, symptomen och beteendemönstret är mångskiftande. En hel del forskning har gjorts inom området, men mycket återstår att klarlägga, ämnet är oerhört aktuellt. Problematiken har vinklats på något olika sätt beroende av vilken vetenskapsriktning forskarna representerar. Avgörande för goda varaktiga resultat, med så stor procent av tillfrisknande som möjligt, är att snabbt reagera vid ätstörningssymptom, ta dem på allvar, påbörja vården och rehabiliteringen i tidigt skede, samt ett multiprofessionellt framåtsträvande och öppet samarbete.

KÄLLOR

Bhuigan, A.; Gustat, J.; Srinivasan, S. & Berenson, G. 2003, Differences in Body Shape Representations among Young Adults from a Biracial (Black-White), Semicrural Community, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 158, nr 8, 793 s. Online. Hämtad 19.4.2012

Carlsson, Gran & Eriksson, Bengt. 2009, En intermittent strategisk behandlingsmodell. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 225-227 s.

Clinton, David; Engström, Ingemar & Norring, Claes. 2009, Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 67-86 s.

Clinton, David & Norring, Claes. 2009, Förlopp, utfall och prognos. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 51-52, 249 s.

Ebeling, Hanna; Hassinen, Riitta; Joutsenoja, Auli; Järvi, Leea; Koskinen, Minna; Lahi, Liisa; Morin-Papunen, Laure; Muhonen, Maria; Rissanen, Aila; Tapanainen, Päivi & Wahlbäck, Kristian. 2002, Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. Käypä hoito -suositus, *Duodecim*, nro 8, 859-861 s. Duodecimlehti Online. Hämtad 10.1.2012

Edlund, Birgitta. 2003, Smalhetsideal och bantning bland barn och ungdomar. En översikt av aktuell forskning. I: B. Meurling, red. *Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar*, Lund: Studentlitteratur, 122 s.

Engström, Ingemar. 2009, Ätstörningarnas förekomst. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 49 s.

Fairburn, Christopher & Harrison, Paul. 2003, Eating disorders, *The Lancet*, Vol 361, nr 1, s. 409

- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 30, 206-210 s.
- Ghaderi, Ata & Parling, Thomas. 2007, *Från självsvält till ett fullvärdigt liv. Ny KBT-metod i 6 steg*. Stockholm: Natur och Kultur, 75-76 s.
- Hägglöf, Bruno. 2009, Somatiska aspekter vid anorexia och bulimia nervosa. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingar*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 96 s.
- Keski-Rahkonen, Anna & Charpentier, Pia. 2008, I: R. Viljanen, red. *Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö*, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 133-134 s.
- Kolnes, Liv-Jorunn. 2011, Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach, *Journal of Bodywork & Movement Therapies (2012)*, Vol. 16, 281-288 s.
- Lundvik Gyllensten, Amanda & Gard, Gunvor. 2008, Om kroppsmedvetande och kroppsuppfattning, *Fysioterapi*, nr 10, 41-42 s.
- Mannila, Laura & Sormunen, Riikka. 2011, Kun keho alkaa puhua. Kehotietoisuuden lisääminen voi auttaa syömishäiriöissä, *Psykologi*, nro 7, 26-27 s.
- Martin, Minna; Seppä, Maila; Lehtinen, Päivi; Törö, Tiina & Lillrank, Benita. 2010, *Hengitys. Itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena*, Tampere: Mediapinta, 16-32, 74-91 s.
- Norring, Claes & Clinton, David. 2009, Diagnostik och bedömning. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingar*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 19-39 s.
- Padulo, Molly & Rees, Amy. 2006, Motivating women with disordered eating towards empowerment and change using narratives of archetypal metaphor, *Women & Therapy*, Vol. 29, 66 s.
- Pelto-Vasenius, Kia. 2010, *Fyysinen kuntoutuminen syömishäiriöissä* [muntl.]. Föredrag 27.8.2010.
- Rieger Elisabeth & Touyz, Stephen. 2006, An Investigation of the Factorial Structure of Motivation to Recover in Anorexia Nervosa Using the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire, *European Eating Disorders Review* 14, 269-275 s.

Rosberg, Susanne. 2000, *Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv*, Sektionen för vårdvetenskap. Institutionen för arbetsterapi och fysioterapi, Göteborg: Göteborgs Universitet, 269-270 s.

Roxendahl, Gertrud & Winberg, Agneta. 2002, *Levande människa. Basal kroppskännetdom för rörelse och vila*, Stockholm: Natur och Kultur, 35-42 s.

af Sandeberg, Anna-Maria; Enzell, Karin; Johannsson, Barbro; Lillman-Ringborg, Christina; Majewski, Marie-Louise; Nevonen, Lauri; Thörn Björck, Caroline; Wallin, Ulf & van der Ster, Gisela. 2005, I: K. Isaksson & L. Luciani, red. *Ätstörningar. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Förlagshuset Gothia AB, 13-32, 47 s.

van der Ster, Gisela. 2005, *Mattillåtet. Praktisk vägledning för dig som har en ätstörning*, Stockholm: Forum, 38-39, 55-56, 71-80 s.

Strandberg, Lina. 2000, *När mörkret kom. En bok om anorexi*. Västerås: Författarhuset, 96 s.

Thurfjell, Barbro. 2003, Varför flickor? Kön, normer och ätstörningar. I: B. Meurling, red. *Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar*, Lund: Studentlitteratur, 134-148s.

Thörnborg, Ulla. 2009, Kroppsinriktad behandling av ätstörningar. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingarsmetoder*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 138-141 s.

Uvnäs Moberg, Kerstin. 2000, *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen*, Stockholm: Natur och Kultur, 43, 81-112, 131-196 s.

Wallin, Ulf. 2009, Behandling av barn med ätstörningar. I: D. Clinton & C. Norring, red. *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingarsmetoder*, 2 uppl., Stockholm: Natur och Kultur, 114-115 s.

Wikström-Grotell, Camilla; Kangas, Heli; Anttila, Heidi; Heinonen, Ari; Karvonen, Eira; Kettunen, Jurki; Nurminen, Eija & Taskinen Pirjetta. 2006, *Fysioterapiasuosituskäsikirja*, Helsingfors. 44 s. Tillgänglig: www.fysioterapia.net. Hämtad 24.4.2014.

FORSKNINGSARTIKLAR

Catalan-Matamoros, D. et al. 2011, A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial, *Clinical Rehabilitation*, Vol. 25, 617-626 s.

Davies, S. et al. 2007, The inpatient Management of Physical Activity in Young People with Anorexia Nervosa, *European Eating Disorders Review*, Vol. 16, 334-340 s.

Fernández del Valle, María et al. 2010, Does Resistance Training Improve the Functional Capacity and Well being of Very Young Anorexic Patients? A Randomized Controlled Trial, *Journal of Adolescent Health* 46, 352-358 s.

Fischer, Beth Anne & Schenkman, Margaret. 2012, Functional Recovery of a Patient With Anorexia Nervosa: Physical Therapist Management in the Acute Care Hospital Setting, *Physical Therapy*, Vol. 92, 595-604 s.

George, Lindsay. 1997, The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship, *Journal of Advanced Nursing* 26, 899-908 s.

Karpowicz, Ewa, Skärsäter, Ingela & Nevonon, Lauri. 2009, Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa, *International Journal of Mental Health Nursing* 18, 318-325 s.

Key, Adrienne et al. 2001, Body Image Treatment Within an Inpatients Program for Anorexia Nervosa: The Role of Mirror Exposure in the Desensitization Process, *International Journal of Eating Disorders* 31, 185-190 s.

Laird Birmingham C. et al. 2004, Randomized Controlled Trial of Warming in Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders* 35, 234-238 s.

Ng, L.W.C. et al. 2013, Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis, *Physiotherapy*, Vol. 99, 1-11 s.

Nordbo, Ragnfrid et al. 2008, Expanding the Concept of Motivation to Change: The Content of Patient's Wish to Recover from Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders* 41:7, 635-642 s.

Rain Carei T. et al. 2010, Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders, *Journal of Adolescent Health* 46, 346-351 s.

Shapiro, J. et al. 2008, Exploratory Study to Decrease Postprandial Anxiety: Just Relax! *International Journal of Eating Disorder*, Vol. 48, 728-733 s.

da Silva, Tricia et al. 2008, Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review, *Asian Journal of Psychiatry*, 6-16 s.

Thien, V. et al. 2000, Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorder*, Vol. 28, 101-105 s.

Thörnberg, Ulla & Mattsson, Monica. 2010, Rating body awareness in persons suffering from eating disorders. A cross-sectional study, *Advances in Physiotherapy*, Vol. 12, 24-34 s.

Zunker, Christie, Mitchell, James & Wonderlich, Stephen. 2011, Exercise Interventions for Women with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature, *International Journal of Eating Disorders* 44:7, 579-584 s.