



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 15hp
VT 2009

**Av frukten känner man trädet?
- En studie om samband mellan föräldraageranden och behandlingsutfall hos
barn och ungdomar med anorexia nervosa.**

Emma Forsén

Handledare
Staffan Sohlberg

Biträdande handledare
Caroline Björck

Examinator
Ata Ghaderi

Tack!

Caroline Björck för en mycket givande handledning med värdefulla råd, konstruktiv kritik, uppmuntran och stöd.

Staffan Sohlberg för värdefull handledning, statistisk vägledning, delaktighet och uppmuntran.

Raymond Valdes för hjälp med framtagning av data, samt för intressanta samtal och uppmuntran.

Andreas Birgegård för spontan vägledning i statistik och stöttande ord på vägen.

Administrativ personal på SCÄ som på olika sätt varit mig behjälplig i insamlingen av data.

Alla ni andra på KÄTS och SCÄ för ett mycket trevligt bemötande och visat intresse för min uppsats.

Daniel Kulander Mantilla för värmande omtanke och ovärderligt stöd.

Sist men inte minst ett varmt tack till alla patienter och föräldrar som möjliggjort uppsatsen.

Abstrakt

Anorexia nervosa (AN) hos barn och ungdomar har visat sig kunna behandlas framgångsrikt med familjeterapi. Men även om prognosen är relativt god för barn och ungdomar som tidigt kommer i behandling förbättras inte alla patienter och risken är stor för att sjukdomen får ett livslångt förlopp. Föräldrars delaktighet och förmåga att tillgodogöra sig familjeterapi är centralt för barnets/ungdomens utfall. Därför kan det rent teoretiskt vara av intresse att strukturerat studera om och hur föräldrars ageranden påverkar prognosen för barn och ungdomar med AN i syfte att kartlägga om det finns identifierbara prognostiska indikatorer för utfall. Det övergripande syftet med föreliggande studie var att, med hjälp av *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB), undersöka eventuella samband mellan föräldraageranden gentemot barnet/ungdomen med diagnosen AN innan påbörjad behandling, och dennes förändring i självbild samt vikt, efter behandling. Studien syftade också till att undersöka patienternas förändring i vikt och självbild. Det vill säga utröna när och hur patienternas vikt och självbild förändrades. I studien ingick 29 barn/ungdomar med diagnosen AN och deras föräldrar (n=58). Samtliga familjer hade vårdats i familjebehandlingslägenheter på Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ). Resultatet visade att föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande gentemot barnet/ungdomen trendsignifikant predicerade barnets/ungdomens förändring i självkärlek, frihet och autonomi samt vikt 12 månader efter påbörjad behandling. Ju mer föräldrarna initialt upplevde sig agera kärleksfullt gentemot barnet/ungdomen, desto mer hade barnets/ungdomens självkärlek, frihet och autonomi samt vikt ökat 12 månader efter påbörjad behandling. Således verkade föräldrars grad av kärleksfullt agerande kunna ha betydelse för barnets/ungdomarnas utfall efter en familjebehandling. Resultatet visade att patienterna överlag hade förbättrats 12 månader efter påbörjad behandling genom att deras vikt hade ökat, deras benägenhet att ta hand om sig själva ökat och deras självhat minskat, jämfört med initialbedömning. Studiens resultat är tentativa om än intressanta och viktiga. För att bättre förstå föräldrars inverkan på barns/ungdomars utfall, behövs fortsatt forskning inom området.

Nyckelord: anorexia nervosa, föräldraageranden, barn och ungdomar, SASB, prognos.

Innehållsförteckning

Författarens tack.....	2
Abstrakt.....	3
Inledning.....	5
<i>Uppkomst och utveckling av anorexia nervosa</i>	6
<i>Prognostiska faktorer för anorexia nervosa</i>	7
<i>Anorexia nervosa hos barn och ungdomar</i>	8
<i>Familjemönstrens betydelse</i>	9
<i>Det interpersonella perspektivet och Structural Analysis of Social Behavior: SASB</i>	12
<i>Forskning med SASB om ätstörningar</i>	13
<i>Sammanfattning</i>	14
<i>Syfte</i>	15
<i>Frågeställningar</i>	15
Metod.....	16
<i>Deltagare</i>	16
<i>Familjebehandling</i>	16
<i>Design</i>	16
<i>Mätinstrument</i>	17
<i>Procedur</i>	19
<i>Databearbetning</i>	20
Resultat.....	22
<i>Analys av avvikande värden och bortfall</i>	22
<i>Prediktion av behandlingsutfall</i>	22
<i>Analys av patienternas förändring i självbild och vikt</i>	25
Diskussion.....	28
<i>Styrkor och svagheter</i>	28
<i>Föräldraageranden och barnens/ungdomarnas behandlingsutfall</i>	29
<i>Patienternas förändring i vikt och självbild</i>	31
<i>Framtida forskning</i>	32
<i>Slutsatser</i>	33
Referenser.....	35
Bilaga 1. Diagnostiska kriterier för anorexia nervosa enligt DSM-IV.....	41
Bilaga 2. Information om databasen Stepwise.....	42
Bilaga 3. Informerat samtycke till att uppgifterna används för forskningsändamål.....	43

Barn och ungdomars psykiska ohälsa har ökat markant sedan 1990-talet och dessvärre tycks inte trenden avta, enligt Socialstyrelsens senaste Folkhälsorapport (2009). I rapporten uppges att flera olika indikatorer pekar på att psykisk ohälsa är särskilt vanligt bland unga flickor men att den ökar bland båda könen. Andelen självmordsförsök ökar kraftigt bland unga flickor och allt fler vårdas på sjukhus för depression, ångest eller ätstörningar. I gruppen unga flickor är mortaliteten för anorexia nervosa 12 gånger högre än den årliga mortaliteten för alla andra dödsorsaker inom samma grupp i den allmänna befolkningen (Ringskog, 1999).

Anorexia nervosa är den mest kända och allvarligaste formen av ätstörning. Däremot är AN inte den vanligast förekommande ätstörningen. Andra ätstörningar som bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmare specifikation (UNS) betraktas i allmänhet som frekventare (Clinton & Norring, 2002). Fairburn och Walsh definierar en ätstörning som ”en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd allmän medicinsk åkomma eller någon annan psykiatrisk störning” (Fairburn och Walsh, i Clinton & Norring, 2002, sid.[27]).

Det finns tecken på att AN funnits länge. Självsvalt som symptom har dokumenterats sedan 1000-talet, med det mest kända fallet om det fastande helgonet Katarina av Siena, daterat 1340-tal (Larsson, 2001). Katarina av Siena sägs ha vägrat äta under flera år som en andlig strävan efter renhet och närhet till Gud. Hennes vägran att äta och spåkande av sin kropp skulle i dagsläget med stor sannolikhet klassas som symptom på AN. Det tillstånd som idag benämns anorexia nervosa beskrevs dock inte förrän år 1694 av en engelsk läkare vid namn Richard Morton. Själva begreppet anorexia nervosa dök upp 1874, då Sir William Gull publicerade tre fallbeskrivningar för the Clinical Society of London under titeln *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysteria)* och därigenom dels beskrev tillståndet ingående, dels gav det dess namn (Clinton & Norring, 2002). Anorexia nervosa är latin och betyder *nervös aptitlöshet*, vilket är vilseledande då de flesta patienter inte är aptitlösa utan snarare bekämpar sin hunger och sina impulser att äta (Clinton & Norring, 2002). AN debuterar i de flesta fall i de tidiga tonåren men förekommer hos såväl yngre barn som vuxna (Clinton & Norring, 2002). Det finns en markant könsskillnad då sjukdomen är ca 10-15 gånger vanligare hos flickor än hos pojkar (Engström, 2008)

AN utlöses ofta av en önskan att gå ner i vikt och leva ett ”sundare” liv genom att utesluta sådant som innehåller mycket fett och socker. Detta leder efterhand till viktnedgång och viljemässig bantning (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005). I takt med sjunkande vikt ökar fixeringen vid kroppens vikt och form och alltmer tid, energi och tankar ägnas åt mat och

träning. Ätandet förknippas med stark ångest och undviks i största möjliga mån. Självkänslan är direkt kopplad till ätande och vikt; lyckas personen avstå från mat trots hunger känner hon sig nöjd med sig själv. Enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e upplagan), kännetecknas således AN av en vägran att hålla kroppsvikten på en normal nivå, en önskan om att bli smalare trots redan påtaglig avmagring och en förvrängd syn på den egna kroppens vikt och form (se bilaga 1 för diagnostiska kriterier). Hos menstruerande kvinnor karaktäriseras AN också av utebliven menstruation. I DSM-IV specificeras AN även i typ med enbart självsvält och typ med hetsätning/självrensning (d.v.s. personen hetsäter regelmässigt eller ägnar sig åt självrensande åtgärder såsom exempelvis självframkallade kräkningar).

Prevalensen av AN hos unga kvinnor uppskattas till mellan 0,2 - 0,4 % och ungefär 10 - 40 nya fall av AN beräknas inträffa per 100 000 kvinnor och år (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005). Prevalensen av AN hos unga män är endast knappt 0,1 % (Råstam, Gillberg & Garton, 1989). Ungefär 10-20 % av patienterna med diagnosen AN får ett livslångt sjukdomsförlopp (Fairburn & Harrison, 2003) och dessutom är mortaliteten för patienter med AN hög, högre än för patienter med exempelvis BN (Agras, 2001). En metaanalys av 42 studier på patienter med AN visade en genomsnittlig mortalitet på 6 %. Av dessa orsakades 59 % av somatiska komplikationer, 27 % av självmord och 19 % av okända faktorer (Sullivan, 1995). Vidare visar utfallsstudier i allmänhet på ett bättre behandlingsresultat för patienter med BN än för patienter med AN (Herzog, Dorer, Keel, Selwyn, Ekeblad, Flores, Greenwood, Burwell & Keller, 1999).

Uppkomst och utveckling av anorexia nervosa

Etiologin bakom uppkomsten och utvecklingen av AN är mycket komplicerad. Det handlar inte om en eller ett par orsaker utan om ett samspel mellan många faktorer över tid (Clinton & Norring, 2002). Forskning har bland annat visat på kopplingar mellan utvecklandet av AN och *gener, sociokulturella faktorer, bantning och psykologiska faktorer* såsom *trauman* och *familjemönster* (Fairburn & Harrison, 2003; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990; Garner & Garfinkel, 1980; Minuchin, 1978). *Genernas* betydelse för uppkomsten och utvecklingen av AN har påvisats genom tvillingstudier. Exempelvis har en signifikant överensstämmelse för AN på 55 % hos enäggstvillingar och 5 % hos tvåäggstvillingar konstaterats (Fairburn & Harrison, 2003). *Sociokulturella faktorer* handlar exempelvis om det slankhetsideal som existerar i dagens samhälle. Här har forskning påvisat samband mellan slankhetsideal och förväntan på kvinnor att banta (Garner &

Garfinkel, 1980). *Bantning* i sin tur ses oftast som en utlösande faktor vid utvecklingen av AN. I en studie av Patton et al. (1990) framkom att bland skolflickor i tonåren löpte de som bantade åtta gånger högre risk att utveckla en ätstörning än de som inte bantade. *Trauman* antingen under barndomen eller närmare ätstörningens debut har länge figurerat i diskussionen om ätstörningarnas ursprung. Clinton & Norring (2002) presenterar studier vilkas resultat antyder att både fysiska och sexuella trauman kan ses som riskfaktorer för AN. Dock påpekar de att kopplingarna inte är helt oproblematiska och att andra faktorer, exempelvis personlighetsvariabler, kan vara avgörande för uppkomsten av anorexia i samband med trauma. Studier kring kopplingen *familjemönster* och utvecklingen av AN har exempelvis undersökt familjens socialklassstillhörighet som möjlig riskfaktor (Clinton & Norring, 2002). Det är emellertid så att betydelsen av olika interaktionsmönster inom familjer med en anorektisk medlem de senaste decennierna betraktats som en avsevärt viktigare aspekt att studera i jakten på riskfaktorer. Se nedan för mer om familjemönstrens betydelse.

Denna etiologiska mångfald och komplexitet lyfts fram av Clinton och Norring (2002, s. 86): ”ätstörningar är multideterminerade fenomen där biologiska, psykologiska och sociala processer samspelar som predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer”. Detta multifaktoriella synsätt visar på komplexiteten i orsakerna och utvecklingen av AN. Predisponerande faktorer som exempelvis familjefaktorer eller biologi, kan vid olika tidpunkter interagera med utlösande faktorer som exempelvis bantning eller viktfobi (intensiv rädsla för att gå upp i vikt), och därigenom framkalla en debut av AN. Sjukdomen vidmakthålls sedan av exempelvis självsvält och viktkontroll, d.v.s. direkta resultat av bantningen och viktfobin. Att särskilja predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer är inte enkelt då vissa faktorer (exempelvis bantning som både utlöser och vidmakthåller), hör hemma på flera ställen. Även vissa psykologiska faktorer (t.ex. familjemönster) kan ses som både predisponerande och vidmakthållande, och ibland även som resultat av sjukdomen. Det är således relativt svårt att peka på konkreta orsakssamband, något som bör beaktas vid forskning kring uppkomsten och utvecklingen av AN.

Prognostiska faktorer för anorexia nervosa

Studier som ämnat kartlägga *vad* som predicerar utfall hos patienter med AN visar att mycket få faktorer har direkta samband med utfall (Clinton & Norring, 2002). Behandling är självfallet en faktor som är av prognostiskt intresse; med rätt behandling ökar chanserna för ett bättre utfall. Forskning har till exempel visat att barn och ungdomar med AN som behandlas familjeterapeutiskt ofta har en bättre prognos än barn och ungdomar som får

individualterapi (Russell, Szmulker, Dare & Eisler, 1987). Andra gynnsamma prognostiska tecken vid AN är låg ålder vid sjukdomsdebut, kort sjukdomsduration vid behandlingsstart och goda relationer mellan barnet/ungdomen med AN och föräldrarna (Clinton & Norring, 2002).

Prognostiskt ogynnsamma faktorer har också identifierats. Exempelvis anses ofta patienter med AN som uppvisar både självsvält och bulimiskt beteende ha sämre prognos än de som enbart självsvälter (Clinton & Norring, 2002). Extrem viktförlust, lång sjukdomsduration, långa slutenvårdsvistelser och störda familjemönster är ytterligare faktorer som uppvisat negativ prognostisk betydelse (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005). Slutligen har forskning även hittat samband mellan självbild och utfall. Både hög grad av *självkontroll* och hög grad av *självhat* har visat sig vara indikatorer på sämre prognos för vuxna patienter med AN (Birgegård Björck, Norring, Sohlberg & Clinton, 2009; Björck, Clinton, Sohlberg & Norring, 2005).

Anorexia nervosa hos barn och ungdomar

AN är den form av ätstörning som i störst utsträckning drabbar barn (med barn avses här främst åldersgruppen 7-14 år). BN före 14 års ålder är mycket sällsynt (Wallin, 2002). De somatiska symtom som barnet eller ungdomen med AN uppvisar är i princip samma som för äldre patienter; låg vikt, avmagring, torr hud, låg kroppstemperatur, förstörade spottkörtlar, nedsatt kardiovaskulär funktion, muskelsvaghet och "lanugohår", fin behåring på armar, rygg och ben (Clinton & Norring, 2002). Däremot uttrycker inte barn med AN lika ofta som vuxna de klassiska psykologiska symtomen som t.ex. viktfobi och kroppsuppfattningsstörning (Wallin, 2002). Detta är möjligen på grund av att barn ännu inte har den kognitiva kapaciteten som krävs. De unga flickorna kan inte heller mätas utifrån DSM-IV kriterium D; de kan inte sägas ha amenorré om de inte fått sin första mens. Diagnostiseringen av AN hos barn försvåras ytterligare av att selektiva matmönster och matvägran som stämmer överens med barnets övriga utveckling kan förväxlas med AN. Somatiska tillstånd som exempelvis gastroesofagal reflux (då magsäckens innehåll kommer upp i strupen som kräkningar eller sura uppstötningar) med funktionell dysfagi (sväljsvårigheter) kan hos barn yttra sig i symtom (t.ex. matvägran, viktnedgång) typiska för AN, och därför misstas som symtom på AN (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005). Sammantaget försvårar detta diagnostiseringen av AN hos barn utifrån DSM-IV kriterierna, och har föranlett att diagnoskriterier som tar hänsyn till ovannämnda skillnader, föreslagits (Lask & Bryant-Waugh, 2000). AN hos barn debuterar vanligen på ett av tre sätt (Wallin, 2002). Det första sättet karaktäriseras av det klassiska

insjuknandet; en uttalad önskan hos barnet att gå ner i vikt genom att successivt hålla igen på maten. De två följande sätten uppvisar mer sällan en formulerad strävan hos barnet att gå ner i vikt. Det andra sättet är att barnet under en mycket kort tid insjuknar dramatiskt i en medicinskt hotfull svält som kräver sjukhusvård. Det tredje sättet är inte direkt viktnedgång utan snarare utebliven viktuppgång i takt med tillväxtkurvan, något som ofta upptäcks av skolsköterskan.

Även om ätstörningar således förekommer hos barn tenderar de oftast, som nämnts ovan, debutera i tonåren. Enligt Kirkcaldy, Siefen, Kandel och Merrick (2007) uppskattas medelåldern för debuten till 16 år men med uppkomsten av de första symtomen redan vid 14 års ålder. Vid debuten är det vanligast att patienten uppvisar symtom för AN med enbart självsvält. Dock utvecklar ca 50 % av patienterna efter hand (på 3-5 års sikt) ett hetsättningsbeteende (Clinton & Norring, 2002). AN är följaktligen vanligare hos tonårsflickor medan BN och UNS dominerar hos unga kvinnor. Diagnostiseringen av AN hos ungdomar kan göras efter DSM-IV kriterierna och debuten är som vid klassisk AN, karaktäriserad av en önskan om att gå ner i vikt genom att äta mindre (Clinton & Norring, 2002). Låg vikt, vare sig den är ett resultat av brist på uppgång eller ett resultat av en direkt nedgång är således ett konkret och alltid förekommande somatiskt symtom på AN hos både barn och ungdomar. Självsvälten, med den önskade viktnedgången som konsekvens, är en absolut central aspekt av AN och något som skiljer sjukdomen från andra ätstörningar som exempelvis BN.

Familjemönstrens betydelse

En psykologisk faktor som väckt intresse och varit framträdande i diskussioner om ätstörningarnas uppkomst handlar om familjemönster (Clinton & Norring, 2002). Inom exempelvis psykodynamisk och systemisk teori ses ätstörningar som symptom på djupare, mer genomgripande problem i familjens samspelsmönster (Humphrey, 1989).

Eftersom föräldrar påverkar sina barn- och ungdomars utveckling i allmänhet, är det högst sannolikt att de även har del i utvecklingen av ätstörda beteenden (Edmunds & Hill, 1999). På en konkret nivå gestaltar föräldrar ätbeteenden och attityder gentemot mat, kroppsvikt och form, samt träning, inför sina barn på ett sätt som ofta påverkar barnen mer än föräldrarna är medvetna om (Glant, 2000). När barnen under tonåren blir mer medvetna och uppmärksamma på samhällets kroppsideal och innebörden av mat samt träning blir de alltmer känsliga inför föräldrarnas uppvisade ät- och viktkontrollbeteenden (Stein, 2002).

På en mer djupgående nivå har forskning påvisat att vissa relations- och samspelsmönster inom familjen, tycks vara kopplade till uppkomsten och utvecklingen av AN. Salvador

Minuchin (1978) gjorde en numera klassisk analys av hur familjens samspelsmönster kan fungera som både predisponerande och vidmakthållande faktor vid utvecklingen av AN hos någon av familjemedlemmarna. Enligt Minuchin präglades familjer med en anorektisk medlem ofta av insnärjdhets/sammanblandning, överbeskydd, rigiditet, och brist på konfliktlösningsförmåga. I en studie av Calam, Waller, Slade och Newton (1990) framkom att både patienter med AN och patienter med BN, retrospektivt skattade sina föräldrar som mindre ”varma” och ”empatiska” och sina fäder (men ej mödrar) som mer överbeskyddande, än den normala kontrollgruppen. Annan forskning har påvisat att bristfällig kommunikation i synnerhet vad gäller uttrycket av ilska i familjen, kan vara en riskfaktor kopplad till AN hos barnet/ungdomen (Shugar & Krueger, 1994). I en studie av Humphrey (1989) påvisades att föräldrar till anorektiska flickor, jämfört med föräldrar till flickor med andra ätstörningar och föräldrar till normala flickor, i störst utsträckning tog hand om och tröstade, samtidigt som de också i störst utsträckning försummade och ignorerade sina döttrar. Det föreslogs att det överdrivna omhändertagandet underminerar flickans försök till individuation och istället underhåller hennes beroende av föräldrarna. Det samtidigt pågående försummandet och ignorerandet av flickans sanna själv och genuina behov, resulterar i ambivalens hos flickan mellan att uttrycka egna, genuina känslor kontra att ge vika för föräldrarnas förväntningar. Sammantaget, menar Humphrey (1989), kan dessa föräldraageranden leda till att den anorektiska flickan utvecklar ett ”falskt” själv (d.v.s. ett själv som är anpassat efter föräldrarnas krav och förväntningar på henne) samt restriktiva och destruktiva attityder gentemot sitt sanna själv och sin fysiska kropp.

LeGrange, Eisler, Dare och Hodes (1992) genomförde en studie där det prognostiska värdet av föräldrars olika emotionella uttryck (*Expressed Emotions*) gentemot sina anorektiska ungdomar undersöktes. De fann att de ungdomar som låg sämst till vid 6-månaders uppföljning efter en behandlingsperiod var de vars föräldrar uttryckt signifikant mer kritik gentemot dem vid initialbedömning. Två andra studier har funnit kopplingar mellan maladaptiva föräldraageranden och sämre prognos generellt för dottern/sonen med AN (Crisp, Harding & McGuinness, 1974), respektive ökat avhopp från behandling (Szmukler, Eisler, Russell & Dare, 1985).

Ytterligare kunskap som belyser kopplingen mellan familjemönster och AN hos barn och ungdomar kommer från behandlingsstudier. Russell, et al. (1987) genomförde en RCT-studie där familjeterapi jämfördes med individualterapi i behandlingen av patienter med AN eller BN. Resultatet visade att familjeterapibehandlingen var signifikant mer effektiv än individualterapibehandlingen för patienter som blivit sjuka innan 19 års ålder och som inte

kunde betraktas som långtidssjuka (sjukdomstid < 3 år). Detta gav en första indikation på att familjebehandling för just barn och ungdomar med AN gav resultat. Resultatet av Robin, Siegel, Moye, Dennis och Sikand's (1999) studie förstärkte indikationen, då det antydde att systemisk familjeterapi var att föredra framför psykodynamisk individualterapi vid behandlingen av AN hos ungdomar. Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge och LeGrange (2000) jämförde två behandlingar som bägge sätter familjen i fokus vid behandlingen av ungdomen med AN. Dock med skillnaden att den ena behandlingen innebär att terapeuten träffar hela familjen samtidigt medan den andra behandlingen innebär att terapeuten träffar patienten separat och föräldrarna separat. Resultatet som erhöles visade att bägge behandlingarna resulterade i att patienterna ökade signifikant i vikt mellan initialbedömning och 1-års uppföljning. Däremot visade sig behandlingen där familjen gått i gemensam terapi ha signifikant bättre utfall än behandlingen där ungdomen och föräldrarna träffat terapeuten separat, gällande ett antal psykologiska faktorer. Bland annat hade ungdomarna som gått i terapi gemensamt med sina föräldrar bättre självkänsla och var mindre deprimerade vid 1-års uppföljning än ungdomarna som träffat terapeuten separat. Överlag skattade patienter från bägge behandlingsgrupperna sina föräldrar som mindre kritiska och varmare efter behandling än innan. I en studie av LeGrange, Eisler, Dare och Russell (1992) som undersökte samma två former av familjebehandling för barn/ungdomar med AN som ovannämnda studie, fann man bland annat att patienterna (oavsett typ av familjebehandling) signifikant ökade i vikt och signifikant förbättrade sin självkänsla mellan initialbedömning och 6 månaders uppföljning.

Sammanfattningsvis verkar diverse specifika föräldraageranden såsom överdrivet omhändertagande/överbeskydd, rigiditet, kritik, samt brist på konfliktlösningsförmåga och värme/affiliation, kunna kopplas till uppkomsten, utvecklingen och/eller vidmakthållandet av AN hos barnet/ungdomen. Det är långt ifrån en entydig bild som framstår och mer forskning en absolut nödvändighet. Det något sparsamma men ändå goda resultat för effektiviteten av familjefokuserade behandlingar för barn och ungdomar med AN visar hur betydelsefull familjen är för barnets/ungdomens tillfrisknande. Men resultaten understöder också ytterligare att föräldraageranden och familjemönster kan tänkas ha betydelse för utvecklandet eller åtminstone vidmakthållandet av AN, eftersom tillfrisknandet kan antas komma av att problemens ursprung bearbetats och nödvändiga förändringar i familjens samspelsmönster åstadkommit. Det är dock nästintill omöjligt att utifrån de studier som gjorts, dra slutsatser om huruvida negativa familjemönster existerar redan innan barnet/ungdomen insjuknar, eller om de uppkommer som en respons på de svåra symptom barnet/ungdomen med AN uppvisar.

Däremot är det, oberoende kausalitetsproblemet, möjligt att identifiera värdet av diverse föräldraageranden för prognos.

Det interpersonella perspektivet och Structural Analysis of Social Behavior: SASB

Enligt den interpersonella teorin kan mänskligt beteende endast förstås mot bakgrund av dess historiska och interpersonella sammanhang. En persons handlingar bestäms inte enbart av situationsfaktorer eller intrapsykiska faktorer utan genom en ömsesidig påverkan i samspelet med andra människor (Sohlberg & Ekeblad, 1995). Både personlighet och psykopatologi betraktas inom denna teori som resultat av interaktioner mellan människor (Armelius, 2000). Enligt interpersonell teori är en persons beteenden både stimulus för, och respons på, andras beteenden. Hur en person agerar och reagerar i relationer styrs även av personens självbild; uppfattningen om vem man är som person. Självbilden tar form i interaktionerna mellan barnet och dess primära anknytningsfigurer (vanligtvis föräldrarna) under uppväxten (Birgegård, et al., 2009). Den grundläggande principen för självbildens uppkomst och vidmakthållande är att människor lär sig uppfatta och behandla sig själva så som de själva blivit behandlade (Öhman, 1992). Att inte få sin självbild bekräftad i relation till andra skapar ångest, något som individen till varje pris vill undvika. Människor tenderar därför att söka sig till relationer där självbilden bekräftas och upprätthålls, oavsett om självbilden är positiv eller negativ (Armelius, 2000). Självbilden blir med tiden en stabil och ofta omedveten representation av individen. Att förändra sin självbild är enligt teorin svårt och tidskrävande, men inte omöjligt (Henry, 1994). Enligt Evans (1996) har det tidiga interpersonella sammanhanget stor betydelse för självbilden, dock kan ett ändrat och inflytelserikt samspel senare i livet förändra självbilden.

Benjamin's (1974) Structural Analysis of Social Behavior (SASB) är en modell och ett mätinstrument som bygger på den interpersonella teorins antaganden. SASB-modellen beskriver socialt beteende utifrån två dimensioner i ett cirkumplex: horisontalt *affiliation*, från kärlek till hat och vertikalt *autonomi*, från sammanblandning/kontroll till frihet/autonomi. Med cirkumplex menas att beskrivning av beteenden i modellen görs cirkulärt, så att varje punkt uttrycker en kombination av lägen i de två underliggande dimensionerna. Att beskriva interpersonellt beteende med hjälp av cirkumplexa modeller istället för endimensionella modeller är fördelaktigt för att *mönster* snarare än *grad* av något framträder och *placeringen* av de interpersonella beteendena i relation till varandra tydliggörs (Armelius, 2000). Vidare har SASB modellen tre *fokus*; en relation mellan två personer kan beskrivas utifrån hur man

agerar (fokus 1) mot den andre och utifrån hur man *reagerar* (fokus 2) i samspelet med den andre. Självbilden beskrivs utifrån hur man *internaliserar* (fokus 3) handlingar mot självet.

Enligt det interpersonella perspektivet är det som händer i relationer inte slumpmässigt utan reflekterar interpersonella mönster som upprepas; ett specifikt beteende tenderar att framkalla en specifik reaktion. Detta benämns *komplementaritet* och innebär att de inblandade personerna har samma position i modellen vad gäller dimensionerna men med olika fokus. Komplementariteten ökar predicerbarheten i relationer samtidigt som den också bidrar till utvecklandet och upprätthållandet av en viss självbild genom den så kallade *introjektionsprincipen* (Benjamin, 2000). Introjektionsprincipen handlar om att när ett barn reagerar komplementärt på föräldrarnas ageranden *introjicerar* även barnet föräldrarnas ageranden samt utvecklar en självbild i linje med introjektionen. Ett exempel är följande: när en förälder *agerar* (fokus 1) med att kontrollera sitt barn är en komplementär reaktion från barnet att *reagera* (fokus 2) med att ge efter för förälderns kontroll. Barnet kommer sedan att *introjicera* (fokus 3) förälderns kontroll och så småningom börja behandla sig själv därefter; barnet ökar sin självkontroll. Parallellt med detta utvecklar barnet en bild av sig själv som någon som behöver kontrolleras. Denna självbild bekräftas och befästs sedan genom att barnet söker sig till människor som på något sätt utövar kontroll över barnet och undviker människor som inte gör det.

Forskning med SASB om ätstörningar

SASB har använts i många studier som undersökt självbild och/eller familjemönster i relation till ätstörningsproblematik (t.ex. Humphrey, 1989; Björck et al., 2003; Björck et al., 2005; Birgegård et al., 2009). Humphrey (1989) påvisade att SASB som metod differentierar mellan normala familjer och familjer med en ätstörd dotter, samt att SASB differentierar mellan interaktionsmönster i familjer där dottern har AN och familjer där dottern har BN. Forskning har påvisat att en negativ självbild där personen i hög grad kontrollerar, klandrar, hatar och attackerar sig själv är typisk för personer med AN (Björck, Clinton, Sohlberg, Hällström & Norring, 2003; Birgegård et al., 2009). I studien av Birgegård et al. (2009) användes SASB självbildsdata från patienter med AN och BN för att predicera utfall, 36 månader efter behandling. I studien fann man att SASB klustren i sig räckte för att förklara mellan 20- och 40 % av utfallet hos patienter med AN, och att *självkontroll* utgjorde den starkaste prediktorn för utfall hos samma patienter; ju mer självkontroll initialt, desto sämre utfall vid uppföljning. Det har också påvisats att personer med AN och en hög grad av *självhat* initialt, ligger sämre till prognostiskt än de med lägre grad självhat (Björck et al.,

2005). I båda dessa studier ingick vuxna patienter och resultaten kan därför inte generaliseras till barn och ungdomar.

Författaren veterligen existerar ingen publicerad studie som undersöker ätstörda patienters självbildsförändring i och med behandling. Däremot har forskning visat att barn och ungdomar med AN som behandlas familjeterapeutiskt signifikant förbättrar sin *självkänsla* (Eisler, et al, 2000). Självkänsla handlar om hur positivt eller negativt en individ uppfattar sin egen förmåga och värde (Harter, 1986). SASB-modellens affiliationsdimension har i preliminära data från en patientgrupp bestående till 80 % av anorexipatienter, visat sig korrelera starkt ($\alpha = .81$) med det vanligaste måttet på självkänsla; *The Rosenberg Self-esteem Scale (RSE)* (pers. medd. Andreas Birgegård, KÄTS 090519). Dock är självbild enligt SASB ett mer mångfacetterat begrepp då det dessutom innefattar hur en individ beskriver och hanterar sig själv (autonomidimensionen). Således är det inte givet att självbilden, liksom självkänslan, förbättras hos barn och ungdomar med AN i och med behandling.

Sammanfattning

Befintlig forskning ger en ”spretig” bild, där många olika typer av föräldraageranden kopplats samman med barnets/ungdomens sjukdom. Flera av studierna har dessutom metodologiska problem. Exempelvis använde sig Calam et al. (1990) av patienters retrospektiva skattningar av föräldrarna, vilka kan ha färgats av både tid och patienternas erfarenheter. Shugar och Krueger's (1994) studie var också något problematisk då den dels endast omfattade 15 patienter (med familjer), dels valde att uteslutande fokusera på aggressiv kommunikation (och huruvida den var overt eller covert) och exkluderade variabler såsom kritik, kontroll och kärleksfulla ageranden, som i tidigare studier visat sig ha betydelse.

Enligt såväl forskning som interpersonell teori kan specifika föräldrageranden ha samband med den typiskt negativa självbild som patienter med AN ofta har. Detta kan vara en av orsakerna till att familjeterapi har visat sig vara en effektiv behandling. Behandlingar som förefaller effektiva i familjeterapins fall bygger på den kliniska övertygelsen att familjemönster är viktiga. Naturligtvis, är varje familj unik; exempelvis kan vissa föräldrar ha lättare att implementera det som krävs av dem än andra, något som i förlängningen kan påverka barnets/ungdomens utfall. På en klinisk nivå vittnar familjebehandlare om betydelsen av föräldrars ageranden för barnets/ungdomens behandling och prognos. Exempelvis är det rent praktiskt, upp till föräldrarna att se till att samtliga familjemedlemmar närvarar och fullföljer behandlingen.

Det finns emellertid ingen studie som med hjälp av SASB undersökt huruvida föräldrars ageranden gentemot barnet/ungdomen påverkar dennes utfall utifrån självbild och vikt efter en familjebehandling. En förhoppning med föreliggande studie är att bidra med kunskap kring huruvida olika föräldraageranden eventuellt påverkar prognosbilden för denna patientgrupp. Intentionen är inte att söka fastställa kausala processer. Att med forskning undersöka vikten av specifika föräldraageranden för barnens/ungdomarnas prognos, förefaller ändå vara av ytterst klinisk relevans då det i förlängningen förhoppningsvis kan förbättra och effektivisera behandlingsmetoder.

Familjebehandlingar för barn och ungdomar med AN har visat sig effektiva då de bland annat resulterat i att patienternas vikt och självkänsla ökat. Det är dock något oklart *när* förändringarna äger rum då tiden för uppföljning i existerande studier varierar. Det finns ingen studie som undersökt *självbildsförändring* hos barn och ungdomar med AN som behandlats familjeterapeutiskt. Föreliggande studie hade därför också för avsikt att studera när och hur vikten och olika aspekter av självbilden förändrades hos barn och ungdomar med AN efter en påbörjad familjebehandling.

Denna studie utgör en del av projektet ”Prospektiva studier av intensiv familjebehandling vid anorexia nervosa” som är ett samarbetsprojekt mellan Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ), Kunskapscentrum för ätstörningar, Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen för anorexi och bulimi i Lund, samt Kompetenscentrum för ätstörningar i Lund.

Syfte

Det övergripande syftet var att med hjälp av SASB undersöka eventuella samband mellan föräldraageranden gentemot barnet/ungdomen med diagnosen AN innan påbörjad behandling, och barnets/ungdomens förändring i självbild samt vikt 6- och 12 månader efter påbörjad behandling.

Studien syftade också till att explorativt undersöka patienternas förändring i vikt och självbild över tid. Det vill säga, testa *om, hur* och *när* patienternas vikt och självbild förändrades.

Frågeställningar

*Kan föräldraageranden innan behandling predicera förändring i självbild och vikt hos barn och ungdomar med diagnosen AN, efter behandling?

*Hur förändras barnets/ungdomens vikt och självbild mellan initialbedömning och 6 respektive 12 månader efter påbörjad behandling?

Metod

Deltagare

Undersökningsgruppen bestod av 29 patienter med diagnosen anorexia nervosa och deras föräldrar (n = 58). Samtliga patienter var flickor och medelålder i gruppen var 14,4 år ($SD = 1,71$). Patienterna hade antingen remitterats till eller själva sökt sig till Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ) under tidsperioden januari 2005 till december 2008. Undersökningsgruppen utgjorde 66 % av den ursprungliga patientgruppen (n = 44). Bortfallet bestod av 15 patienter varav fyra på grund av annan diagnos, fyra exkluderade på grund av låg ålder (<12 år), sju hade ej fullständiga självskattningar och två var ej ännu aktuella för uppföljning. 6 månader efter påbörjad behandling (benämns härnäst ”6 månaders uppföljning”) fanns kompletta data (vikt och självbild) för 21 (73 %) av undersökningsgruppen. 12 månader efter påbörjad behandling (benämns härnäst ”12 månaders uppföljning”) fanns kompletta data för 14 (48 %) av patienterna.

Familjebehandling

Samtliga patienter i projektet hade behandlats i familjebehandlingslägenheter på SCÄ under i medeltal 45 dagar (min = 14 dagar, max = 84 dagar). Behandlingen bedrivs manualbaserat enligt den väl beforskade Maudsley familjeterapimetoden (Lock, LeGrange, Agras & Dare, 2001). Metoden går i huvudsak ut på att med psykoterapeutiska arbetsätt hjälpa föräldrarna att återta ansvar för att barnet/ungdomen äter. Familjen får också hjälp med att hitta nya, fungerande interaktionsmönster (exempelvis lär de sig att omformulera kritik gentemot varandra i positiva ordalag) och de får psykoedukation; noggrann information om sjukdomen (Wallin, 2002). Under tiden i behandlingslägenheterna kontrollerades patienternas medicinska tillstånd regelbundet. Dessutom fick familjerna hjälp med att planera familjemåltider, och miljöterapeutiskt stöd av behandlare i samband med måltiderna.

Design

Studien är en naturalistisk studie, med prospektiv, longitudinell design. Föräldrarnas initialt skattade ageranden ställdes upp som prediktorer för barnens/ungdomarnas behandlingsutfall (utifrån självbild och vikt) vid 6- och 12 månaders uppföljning.

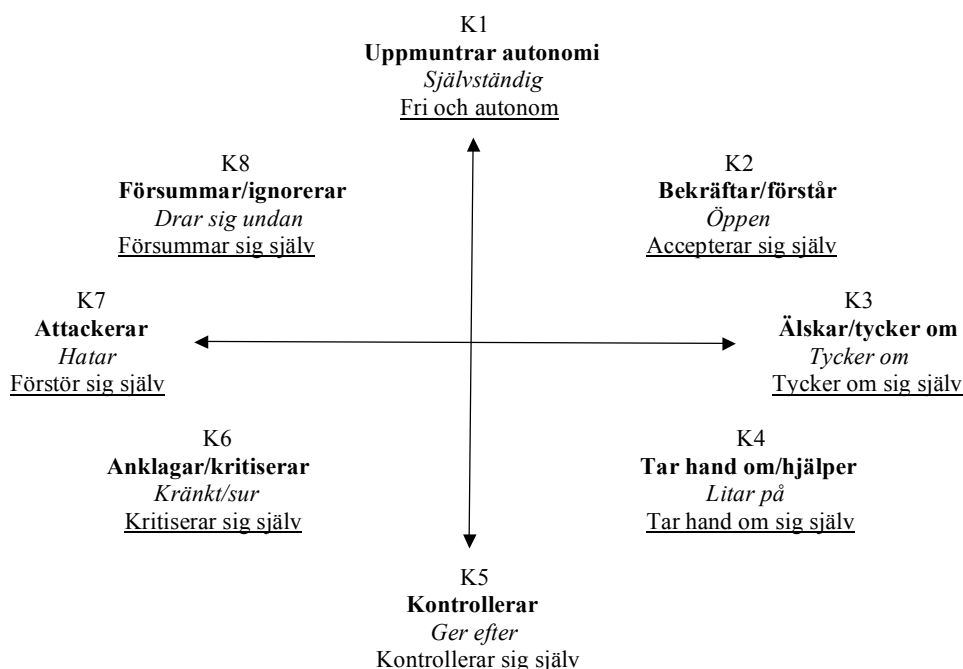
Mätinstrument

Stepwise

Stepwise är ett internetbaserat kvalitetssäkringssystem utvecklat av Kunskapscentrum för Ätstörningar i Stockholm (KÄTS). I Stepwise ingår bedömning av ätstörningens svårighetsgrad och grad av remission, bedömning av psykiatriska syndrom enligt DSM-IV axel 1, global funktionsskattning, självskattade ätstörningssymptom, psykiatriska symptom samt självbild. Vid initialbedömningen registreras patienterna och följs sedan upp efter 6 och 12 månader (Björck, Heilig & Printzén, 2006). Från Stepwise databasen användes ålder, viktprocent och självbildsskattningar. Viktprocent, vikten i procent av normalvikt för given ålder och längd, användes istället för det annars vanligaste måttet Body Mass Index (BMI), då BMI ibland ej identifierar anorektisk vikt hos barn och ungdomar (Clinton & Norring, 2002). Viktprocent inkluderas som en av utfallsvariablerna i denna studie eftersom den låga vikten är en absolut central aspekt av AN och det tydligaste somatiska tecknet på utfall.

Structural Analysis of Social Behavior: SASB

Benjamin's (1974; 2000) SASB-modell användes i två avseenden: för att mäta föräldrarnas subjektiva upplevelser av sina ageranden gentemot barnet/ungdomen (fokus 1, **Annan**) innan påbörjad behandling, och för att mäta barnets/ungdomens självbild (fokus 3, *Introjekt*) innan påbörjad behandling samt vid 6- och 12 månaders uppföljning. SASB Intrex är ett självskattningsformulär bestående av 36 olika påståenden som deltagarna besvarade utifrån de tre fokusen (1 = **Annan**, 2 = Själv och 3 = *Introjekt*). I min studie användes formuläret "SASB Relation till annan person" för att mäta föräldrarnas ageranden gentemot barnet/ungdomen och formuläret "SASB Dig själv" för att mäta patienternas självbilder. Ett exempel på påstående från "SASB Relation till annan person" är: "Jag drar mig undan från henne och är för mig själv". Ett exempel från "SASB Dig själv" är: "jag är mycket mån om att lägga band på mig". Svaren ges på en 11-gradig skala från 0 till 100, där 0 = "stämmer inte alls" och 100 = "stämmer helt". Skattningar upp till och med 40 betyder "stämmer ej", skattningar på 50 eller mer betyder "stämmer". De 36 påståendena representerar SASB's två grundläggande dimensioner (affiliations- och autonomidimensionen) och varje påstående uttrycker därigenom en kombination av de två axlarna. Påståendena kan kombineras i åtta kluster utifrån respektive fokus. Klustermodellen av SASB (se figur 1), är den som oftast används i forskningssammanhang (Armelius, 2000).



Figur 1. Klusterversionen av SASB-modellen. Fet stil = fokus **agerar**, kursiv stil = fokus *reagerar*, understruket = självbild.

Klustermodellen kan exemplifieras med fokus självbild. Kluster 1 (K1) består av medelvärdet av ett antal punkter som uttrycker att individen upplever sig själv som fri och autonom. När man flyttar höger i modellen, till kluster 2 (K2), minskar friheten och autonomi samtidigt som graden av självkärlek ökar. Vid kluster 3 (K3) och 4 (K4) är självkärleken fortfarande hög, men självkontrollen ökar längre ner på högerkanten. Kluster 5 (K5) längst ner i modellen, består av medelvärdet av punkter som uttrycker att individen är mån om att behärska sig och vara korrekt. Till vänster om kluster 5, går självkärlek över mot självhat. Självhatet kombineras med självkontroll i kluster 6 (K6). Kluster 7 (K7) symboliserar mer renodlat självhat och självdestruktivitet medan kluster 8 (K8) kombinerar självhatet med oberoende och autonomi (Armeliuss, 2000).

För att analysera och beskriva *föräldrarnas* ageranden i denna studie användes vektorvärden. Detta innebär att de åtta klustren vägs samman och sammanfattas i två vektorer, en för varje dimension. Den ena vektorn ”affiliation” står för grad av kärlek respektive hat och förkortas AFF. Den andra vektorn ”autonomi” står för grad av frihet och autonomi respektive kontroll och förkortas AUT. Vektorerna beräknas enligt följande formler (Pincus, Newes, Dickinson & Ruiz, 1998):

$$\text{AFF} = 0 \times \text{kluster 1} + 4.5 \times \text{kluster 2} + 7.8 \times \text{kluster 3} + 4.5 \times \text{kluster 4} + 0 \times \text{kluster 5} - 4.5 \times \text{kluster 6} - 7.8 \times \text{kluster 7} - 4.5 \times \text{kluster 8}$$

$$\text{AUT} = 7.8 \times \text{kluster 1} + 4.5 \times \text{kluster 2} + 0 \times \text{kluster 3} - 4.5 \times \text{kluster 4} - 7.8 \times \text{kluster 5} - 4.5 \times \text{kluster 6} + 0 \times \text{kluster 7} + 4.5 \times \text{kluster 8}$$

För att predicera *patienternas* utfall utifrån självbild användes affiliationsvektorvärden (AFF formeln ovan) för att undersöka grad av självkärlek hos patienterna. Däremot användes inte autonomivektorvärden utan patienternas kluster 1 respektive kluster 5 värden för att undersöka grad av frihet och autonomi respektive självkontroll. Detta gjordes då faktoranalys av självbildsklustren visat att autonomivektorn (till skillnad från affiliationsvektorn) inte faller ut som en väldefinierad faktor i psykiatrisk patientpopulation (Lorr & Strack, 1999).

De påståenden som används i självskattningsformulären i den amerikanska versionen av SASB har faktoranalyserats med gott resultat (Benjamin, 1983). Den nuvarande versionen av SASB har också hög innehållsvaliditet och god reliabilitet; den interna konsistensen för klusterskalorna ligger mellan $\alpha = .67$ och $\alpha = .90$, för alla tre fokus (Benjamin, 1983). Lorr och Strack (1999) demonstrerade att de åtta klustren delas upp på de två förväntade faktorerna i en normal population, med den vertikala vektorn bestående främst av kluster 1 och 5 och den horisontella vektorn bestående främst av kluster 3 och 7. Den svenska versionen av SASB har visat på hög konstruktvaliditet, då den enligt faktoranalys överrensstämmer väl med den ursprungliga modellen (Armelius & Öhman, 1990).

Procedur

Studien baseras på data som samlats in av behandlare såsom psykiatriker, klinisk psykolog eller sjuksköterska på SCÄ. Data samlades in genom intervjuer och genom att patienterna fyllde i självskattningar. Data samlades in vid tre tillfällen; innan påbörjad behandling, samt när patienterna följdes upp, 6 och 12 månader efter påbörjad behandling. All data sammanställdes i Stepwise. Alla deltagare gav sitt samtycke till att informationen sparades oidentifierad i en databas och kunde komma att användas för forskningsändamål (bilaga 2 & 3). Informationen skyddas av de sekretessbestämmelser (tystnadsplikt) som gäller all sjukvårdsverksamhet.

Självskattningarna genomfördes i pappersformat eller via dator (endast patienterna). Vid uppföljning förekom att självskattningar skickades hem via post. Information om patienternas vikt erhöles genom uppgifter från vägning av patienterna som genomfördes på kliniken.

Databearbetning

All data matades in i en SPSS datafil för statistisk bearbetning. SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 17.0 ackompanjerad av SPSS användarmanual (Pallant, 2001), användes vid all databearbetning. Databearbetningen följde en stegvis ordning. Nedan presenteras det stegvisa tillvägagångssättet.

Steg 1: Analys av avvikande värden och bortfall

De ingående variabelernas fördelning kontrollerades som ett första steg. För att kontrollera variabelernas frekvensfördelning användes först histogram. De variabler som uppvisade snedvriden fördelning kontrollerades sedan med hjälp av punktdiagram. När värden som avvek mer än ± 3 standardavvikelse från medelvärdet upptäcktes, vidtogs en av följande två åtgärder. Värdet sänktes något; det var fortfarande högst i gruppen men inom normalfördelningen. Detta tillvägagångssätt rekommenderas för små urvalsgrupper, då en ytterligare reducering av datasamplet undviks samtidigt som ändå risken att få ett förvrängt resultat på grund av det avvikande värdet kringgås (Tabachnik & Fidell, 1996). Det andra alternativet gällde endast prediktorer och utfallsvariabler i regressionsanalyserna: variabeln med det avvikande värdet kontrollerades med Mahalanobis avstånd i kombination med de övriga variabelerna i regressionsanalysen. För att bestämma om ett värde var avvikande eller inte, jämfördes Mahalanobis avstånd med ett kritiskt värde, som tar hänsyn till antal oberoende variabler i regressionsanalysen (Pallant, 2001). När Mahalanobis avstånd visade på att ett värde överskred det kritiska värdet, exkluderades värdet och analysen gjordes om.

För att kontrollera eventuella skillnader i ålder, vikt och självbild (alla 8 kluster) vid initialbedömning och 6 månaders uppföljning, mellan de 15 patienter som föll bort och de 29 som i slutändan utgjorde samplet, utfördes oberoende t-test. En bortfallsanalys gjordes även för att undersöka eventuella skillnader mellan de 14 patienter som vid 12 månaders uppföljning fyllt i sina självbildsskattningar, och de 8 patienter som av okända skäl åtminstone ej återsänt sina skattningar.

Steg 2: Prediktion av behandlingsutfall

Stegvis regressionsteknik användes för att klargöra om någon av prediktorerna signifikant predicerade utfallsvariabeln samt *vilken* av prediktorerna som hade starkast samband med utfallsvariabeln. I samtliga regressionsanalyser var de två oberoende, prediktiva variabelerna föräldrarnas initialt skattade, gemensamma medelvärden på affiliations- respektive autonomivektorn. Vektorvärden användes på grund av studiens låga statistiska styrka; Stevens

(1996) rekommenderar runt 15 deltagare per prediktor för att säkerställa en pålitlig regressionskvation, vilket inte skulle ha uppnåtts om alla åtta SASB-kluster använts som prediktorer. Utfallsvariablerna var patienternas förändring i affiliationsvektorn, kluster 1, kluster 5 och vikt mellan initialbedömning och 6 respektive 12 månaders uppföljning. För att predicera patienternas *förändring* mellan initialbedömning och de två uppföljningstillfällena, beräknades *residualer* för alla utfallsvariabler. Residualvärdet erhålls genom att subtrahera det observerade värdet från det statistiskt förväntade värdet. Det förväntade värdet är det som kan förutsägas för den aktuella individen i den aktuella betingelsen med kännedom om individens ingångs- och utgångsvärden, samt gruppens totalmedelvärde (Borg & Westerlund, 2007). Detta innebär att varje individ får ett värde som visar om hon förändrats *mer* eller *mindre* än vad som förväntats för just henne i relation till gruppens medelvärde, mellan de två mättillfällena.

Ett lågt deltagarantal ökar risken för typ II-fel; resultatet visar inte på signifikans (vid 5 % nivån) trots att nollhypotesen är falsk. Det beslutades därför vid design av studien att även undersöka korrelationsvärdena (r) mellan oberoende och beroende variabler, då dessa visar styrkan av sambanden även när signifikans ej uppnås. Bedömningen av korrelationernas styrka gjordes efter Cohen's (1988) riktlinjer: svagt samband: $r = +/- 0.10$, medelstarkt samband: $r = +/- 0.30$, starkt samband: $r = +/- 0.50$. I de stegvisa regressionsanalyser där medelstarka ($r = +/- 0.30$) och/eller trendsignifikanta ($p < .10$) samband framträdde, gjordes regressionsanalyserna om med sänkta krav på vad som skulle räknas som signifikant (10 % istället för 5 %). Med den förhöjda risknivån tvingades trendsignifikanta samband in i regressionsmodellen. Detta gjordes för att kunna avläsa prediktorernas bidrag till den förklarade variansen i de olika beroende variablerna. Att höja signifikansnivån minskar risken för typ II-fel, dock ökar istället risken för typ I-fel (nollhypotesen förkastas trots att den är sann), något som bör hållas i åtanke när resultatet tolkas.

Steg 3: Analys av patienternas vikt- och självbildsförändring

För att undersöka om patienternas vikt och självbilder förändrats efter behandling och om sådana förändringar visade på signifikanta skillnader, användes beroende (parvisa) t-test. Patientgruppens initiala vikt och initiala värden på de åtta självbildsklustren jämfördes parvis med gruppens vikt och värden på de åtta självbildsklustren vid 6- och 12 månaders uppföljning. Slutligen jämfördes patientgruppens vikt och värden på självbildsklustren vid 6 månaders uppföljning med gruppens vikt och värden på självbildsklustren vid 12 månaders uppföljning.

Resultat

Nedan presenteras resultatet i den stegvisa ordning analyserna utfördes och som presenterats ovan.

Analys av avvikande värden och bortfall

En variabel, initialvikt, uppvisade ett avvikande värde; med ett värde utanför ± 3 standardavvikelser från medelvärdet. Värdet sänktes så det var högst i patientgruppen men inom normalfördelningen. Ett avvikande värde upptäcktes i prediktorn ”föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande” (affiliationsvektorn). Då Mahalanobis avstånd visade att värdet överskred det kritiska värdet för analys med två oberoende variabler, blockerades det från regressionsanalyserna.

Bortfallsanalyser visade inga signifikanta eller trendsignifikanta skillnader i ålder, vikt eller självbild (alla åtta kluster), vid initialbedömning eller vid 6 månaders uppföljning mellan patienterna i undersökningsgruppen ($n = 29$) och de som föll bort ($n = 15$). Det fanns heller inga signifikanta eller trendsignifikanta skillnader i ålder, vikt eller självbild vid initialbedömning mellan de som föll bort vid 12 månaders uppföljning ($n = 8$) och de som undersöktes ($n = 14$). Däremot var de som föll bort vid 12 månaders uppföljning trendsignifikant mer benägna att acceptera sig själva (kluster 2) vid 6 månaders uppföljning ($M = 67.92$, $SD = 22.55$) än de som undersöktes vid 12 månaders uppföljning ($M = 39.32$, $SD = 31.27$, $t(20) = -1.96$, $p = .07$). Effektstorleken var stor ($d = .98$).

Prediktion av behandlingsutfall

För att undersöka om föräldraageranden innan behandling kunde predicera förändring i självbild och vikt hos barn och ungdomar med diagnosen AN efter påbörjad behandling, genomfördes ett antal regressionsanalyser. Resultatet av regressionsanalyserna för varje enskild utfallsvariabel presenteras nedan. Eftersom sambanden mellan utfallsvariablerna och föräldrarnas grad av kärleksfullt (affiliationsvektorn), samt frihetsgivande agerande (autonomivektorn), undersöktes med data från både 6 och 12 månaders uppföljning, specificeras även resultatet för varje utfallsvariabel därefter. Resultaten är också sammanfattade i tabell 1.

Självkärlek (affiliationsvektorn)

6 månader. Varken föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande eller grad av frihetsgivande agerande hade signifikant betydelse för om barnets/ungdomens självkärlek (affiliationsvektorn) förändrades på kort sikt (6 månaders uppföljning).

12 månader. Föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande mot barnet/ungdomen verkade dock ha betydelse för om barnets/ungdomens självkärlek ökade på lång sikt (12 månaders uppföljning). Föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande korrelerade positivt och trendsignifikant med barnets/ungdomens förändring i självkärlek ($r = .396$, $p = .09$). Således var förklaringsvärdet av föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande medelstarkt, enligt Cohen's (1988) kriterier. Då risknivån i regressionsmodellen medvetet höjdes ($p = 0.10$), blev det tydligt att föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande mot barnet/ungdomen förklarade 15.7 % av hur mycket barnets/ungdomens självkärlek ökade från initialbedömning till 12 månaders uppföljning.

Frihet och autonomi (kluster 1)

6 månader. Föräldrarnas grad av kärleksfullt, och frihetsgivande agerande hade inte signifikant betydelse för om barnets/ungdomens upplevda frihet och autonomi förändrades mellan initialbedömning och 6 månaders uppföljning.

12 månader. Resultatet visade att föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande verkade ha betydelse för om barnets/ungdomens upplevda frihet och autonomi ökade mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning. Föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande korrelerade positivt och trendsignifikant med barnets/ungdomens förändring i frihet och autonomi ($r = .392$, $p = .08$). Sambandet var återigen medelstarkt enligt Cohen (1988). När den högre risknivån sattes visade sig föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande förklara 15.3% av hur mycket barnets/ungdomens upplevda frihet och autonomi ökade från initialbedömning till 12 månaders uppföljning.

Självkontroll (kluster 5)

6 månader. Varken föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande eller grad av frihetsgivande agerande kunde signifikant kopplas till barnets/ungdomens förändring i självkontroll mellan initialbedömning och 6 månaders uppföljning.

12 månader. Det fanns heller inga signifikanta samband mellan föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande eller grad av frihetsgivande agerande och barnets/ungdomens förändring i självkontroll mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning.

Vikt

6 månader. Varken föräldrarnas grad av kärleksfullt eller frihetsgivande agerande, hade signifikant betydelse för om barnets/ungdomens vikt förändrades mellan initialbedömning och 6 månaders uppföljning.

12 månader. Däremot verkade föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande ha betydelse för barnets/ungdomens viktökning på lång sikt; föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande korrelerade positivt och trendsignifikant med barnets/ungdomens förändring i vikt mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning ($r = .308, p = .09$). Även detta samband var medelstarkt (Cohen 1988). När den högre risknivån sattes, visade sig föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande förklara 9.5 % av hur mycket barnet/ungdomen ökade i vikt mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning.

Tabell 1. Korrelationer mellan prediktorer och utfallsvariabler vid 12 månaders uppföljning samt R^2 , justerad R^2 och beta koefficienter för trendsignifikanta samband.

Variabler	1	2	3	4	5	6
1. Föräldraaffiliation	-					
2. Föräldraautonomi	-.38**	-				
3. Affiliation 12 mån	.40*	.11	-			
4. Frihet & autonomi 12 mån	.39*	-.02	.69***	-		
5. Självkontroll 12 mån	.29	.03	.02	-.18	-	
6. Viktprocent 12 mån	.31*	-.23	.28	.09	.23	-
Föräldraaffiliation:						
R^2	-	-	.16	.15	-	.10
Justerad R^2	-	-	.08	.08	-	.04
β	-	-	.40	.39	-	.31

* = signifikant med $p < .10$ som kriterium

** = signifikant med $p < .05$ som kriterium

*** = signifikant med $p < .01$ som kriterium

Analys av patienternas förändring i vikt och självbild

För att undersöka hur barnets/ungdomens vikt och självbild förändrades mellan initialbedömning och 6 respektive 12 månaders uppföljning, genomfördes beroende t-test. Jämförelserna av patienternas vikt och självbild mellan initialbedömning, 6 och 12 månaders uppföljning presenteras nedan. Resultaten för patienternas förändring i självbild presenteras även i tabell 2.

Vikt

6 månader. Resultatet visade att patienterna hade ökat signifikant i viktprocent mellan initialbedömning ($M = 78.27$, $SD = 7.12$) och 6 månaders uppföljning ($M = 92.58$, $SD = 8.12$, $t(25) = -8.50$, $p < .01$).

12 månader. Patienternas ökning i viktprocent mellan initialbedömning ($M = 78.27$, $SD = 7.12$) och 12 månaders uppföljning ($M = 93.80$, $SD = 10.13$) var också signifikant ($t(19) = -6.38$, $p < .01$).

Mellan 6 och 12 månaders uppföljning. Förändringen i patienternas viktprocent mellan 6 och 12 månaders uppföljning var inte signifikant.

Självbild

6 månader. Inga av patienternas självbildskluster hade förändrats signifikant eller trendsignifikant mellan initialbedömning och 6 månaders uppföljning.

12 månader. Mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning hade två självbildskluster förändrats signifikant och ytterligare tre självbildskluster hade förändrats trendsignifikant. Patienternas skattade benägenhet att ta hand om sig själva (kluster 4) hade signifikant ökat från det initiala mättillfället ($M = 47.7$, $SD = 15.4$) till det tredje ($M = 62.68$, $SD = 12.84$, $t(13) = -4.11$, $p < .05$). Patienternas skattade självhat (kluster 7) hade signifikant minskat mellan initialbedömning ($M = 38.6$, $SD = 26.81$) och 12 månaders uppföljning ($M = 23.57$, $SD = 21.44$, $t(13) = 2.5$, $p < .05$).

Patienternas skattade benägenhet att tycka om sig själva (kluster 3) visade en trendsignifikant ökning mellan initialbedömning ($M = 34.80$, $SD = 21.99$) och 12 månaders uppföljning ($M = 48.43$, $SD = 26.41$, $t(13) = -1.94$, $p = .07$). Likaså hade patienternas

upplevda frihet och autonomi (kluster 1) trendsignifikant ökat mellan initialbedömning ($M = 36.7$, $SD = 18.61$) och 12 månaders uppföljning ($M = 47.43$, $SD = 15.22$, $t(13) = -1.89$, $p = .08$). Slutligen hade även patienternas skattade självacceptans (kluster 2) trendsignifikant ökat mellan initialbedömning ($M = 34.00$, $SD = 27.34$) och 12 månaders uppföljning ($M = 49.29$, $SD = 28.17$, $t(13) = -1.93$, $p = .08$).

Mellan 6 och 12 månaders uppföljning. Inga av patienternas självbildskluster hade förändrats signifikant mellan 6 och 12 månaders uppföljning.

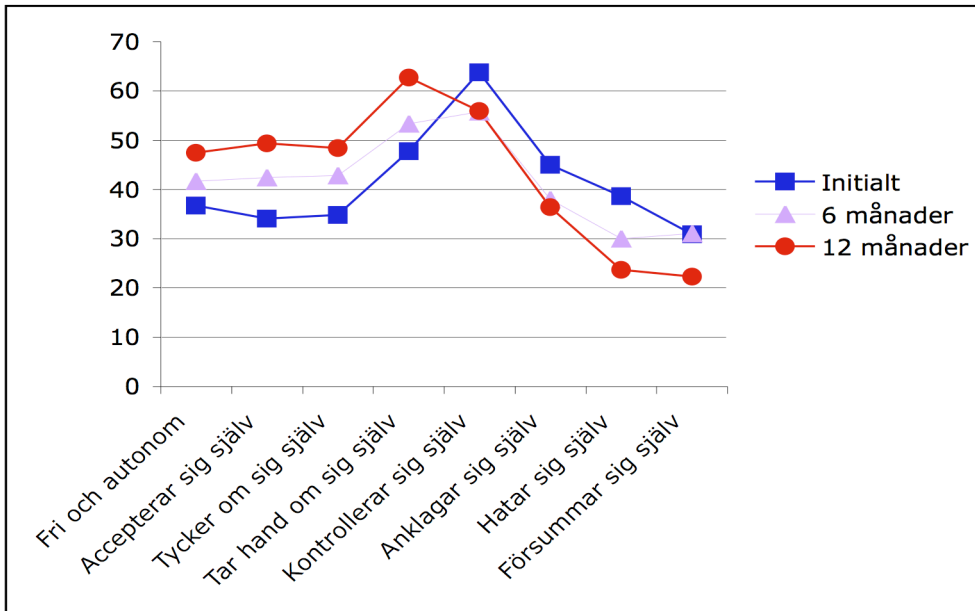
Tabell 2. *Självbild före behandling samt vid 6 och 12 månaders uppföljning (medelvärden, standardavvikelser och signifikans av t-värden)*

	Initialt	6 månader	12 månader	a	b	c
<i>N</i>	29	21	14	<i>t</i>		
SASB kluster:	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
1. Fri och autonom	36.7 (18.6)	41.7 (17.0)	47.4 (15.2)	-.91	-1.89*	-1.12
2. Acceptera sig själv	34.0 (27.3)	42.4 (33.4)	49.3 (28.2)	-.85	-1.93*	-1.07
3. Tycka om sig själv	34.8 (21.9)	42.8 (30.8)	48.4 (26.4)	-1.22	-1.94*	-.78
4. Ta hand om sig själv	47.7 (15.4)	53.4 (22.6)	62.7 (12.8)	-1.03	-4.11**	-.82
5. Självkontroll	63.7 (19.3)	55.8 (19.5)	55.9 (16.5)	1.39	1.66	-1.16
6. Självanklagelse	45.0 (26.6)	38.0 (26.8)	36.4 (24.7)	.92	1.01	.40
7. Attackera/hata sig själv	38.6 (21.9)	30.0 (28.7)	23.6 (21.4)	1.26	2.50**	.64
8. Självförsummelse	30.9 (20.3)	31.1 (24.1)	22.3 (21.4)	-.05	1.62	1.34

a = jämförelse mellan initial och 6 månader, b = jämförelse mellan initial och 12 månader, c = jämförelse mellan 6 och 12 månader.

* = signifikant med $p < .10$ som kriterium, ** = signifikant med $p < .05$ som kriterium

För att åskådliggöra patienternas förändring i självbild illustreras även självbildsprofilerna vid de tre mättillfällena i linjediagrammet nedan (figur 2).



Figur 2. Självbild vid initialbedömning samt 6 och 12 månader efter behandling.

Diskussion

Denna studie undersökte sambandet mellan föräldraageranden och behandlingsutfall hos barn och ungdomar med anorexia nervosa. Resultatet visade inga signifikanta korrelationer mellan föräldraagerande och behandlingsutfall. Däremot framträdde trendsignifikanta samband som antydde att ju mer kärleksfullt föräldrarna agerade initialt desto mer kärleksfulla samt fria och autonoma var, och ju högre vikt hade, patienterna vid 12 månaders uppföljning. Resultaten antydde också att patienternas självbild såväl som deras vikt hade signifikant förbättrats vid uppföljning jämfört med initialbedömning.

Studien är unik genom att den undersöker självbild och föräldraageranden med hjälp av SASB hos familjer i behandling för anorexi, vilket inte tidigare gjorts. De flesta studier har hittills fokuserat på vuxna och sällan tagit hänsyn till faktorer hos föräldrar som kan ha samband med behandlingsutfall.

Styrkor och svagheter

Studiens huvudsakliga styrkor är följande. Patientgruppen var homogen, det vill säga patienterna var barn och ungdomar, de hade samma diagnos och hade bedömts ha samma behandlingsbehov av intensiv familjebehandling. SASB, som är en välvaliderad och beforskad metod för att studera interpersonella relationer och självbild, användes som mått på både föräldrarnas agerande och barnens/ungdomarnas självbild. Något som kan ses som ytterligare en fördel är att både föräldrar och barn/ungdomar själva skattade sina ageranden respektive självbilder, vilket innebär att skattningarna är fria från försöksledar bias. Det vill säga försöksledarens egna uppfattningar om det som studerats har ej påverkat skattningarna. Självskattat material kan dock också ses som en svaghet, då det avspeglar personernas subjektiva upplevelser och inte ett objektivet observerat fenomen. Detta är inte ett problem gällande barnens/ungdomarnas självbildsskattningar. Men föräldrarnas självskattade ageranden gentemot barnet/ungdomen skulle kunna vara missvisande, då exempelvis optimism-bias (att överskatta sin egen förmåga) skulle kunna förekomma (Coolican, 2005).

Studien har också andra svagheter som gör att resultatet måste tolkas med försiktighet. Den första är urvalsgruppens ringa storlek. En andra svaghet är att det är okänt i vilken utsträckning familjerna tidigare gått i familjeterapi, vilket skulle kunna innebära att vissa redan har skaffat sig resurser som andra inte gjort, något som därmed kan ha påverkat resultatet. En tredje svaghet är att ett fåtal patienter skattade sina självbilder på annan plats än kliniken vid uppföljningstillfällena. Detta är problematiskt då det exempelvis inte går att säkerställa om patienterna som skickade in sina skattningar faktiskt personligen hade fyllt i

skattningarna. Då det var okänt vilka patienter som skattat sina självbilder på annan plats än kliniken, gick det dessvärre inte att kartlägga eventuella skillnader mellan dem och de som skattat sina självbilder på plats. Detta innebär att det skulle kunna förekomma systematiska skillnader mellan de som skattade sina självbilder på plats och de som inte gjorde det. Slutligen förekom ett visst bortfall. Dock visade inte bortfallsanalyserna på signifikanta skillnader mellan deltagarna och de som exkluderades initialt av olika skäl. Men det fanns en trendsignifikant skillnad vid 6 månaders uppföljning mellan de som skattade sina självbilder vid 12 månaders uppföljning och de som av okända skäl inte gjorde det: de som inte fyllde i sina självbildsskattningar vid 12 månaders uppföljning var mer benägna att acceptera sig själva vid 6 månaders uppföljning än de som undersöktes. Det är därför möjligt att resultatet sett annorlunda ut om även de som föll bort vid 12 månaders uppföljning hade kunnat inkluderas.

Trots detta är resultaten kliniskt intressanta och förtjänar att diskuteras vidare.

Föräldraageranden och barnens/ungdomarnas behandlingsutfall

Föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande (kärlek, omsorg och förståelse) gentemot barnet/ungdomen kunde trendsignifikant predicera barnets/ungdomens förändring i självkärlek, vikt samt frihet och autonomi vid 12 månaders uppföljning. Ju mer föräldrarna initialt upplevde sig agera kärleksfullt mot sina barn/ungdomar, desto mer tyckte döttrarna om sig själva och desto mindre hatade de sig själva, vid 12 månaders uppföljning jämfört med initialbedömning. Föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande påverkade även trendsignifikant barnens/ungdomarnas förändring i vikt samt grad av frihet och autonomi: ju mer kärlek föräldrarna initialt upplevde sig visa sina barn/ungdomar, desto mer ökade barnen/ungdomarna i vikt och desto friare/autonomare kände de sig vid 12 månaders uppföljning jämfört med initialbedömning. Följaktligen tenderade barn/ungdomar till föräldrar som initialt skattat sig som *mindre* kärleksfulla gentemot dem att i mindre utsträckning öka sin självkärlek, upplevda frihet och autonomi samt vikt. En tentativ slutsats utifrån detta är att barn/ungdomar vars föräldrar agerar med kärlek, omsorg och förståelse mot dem, uppnår ett mer önskvärt resultat efter en familjebehandling, än barn/ungdomar vars föräldrar i mindre utsträckning agerar kärleksfullt mot dem. Att förändring i barnets/ungdomens självkärlek tenderade att prediceras av föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande är exakt i linje med introjektionsprincipen i Benjamin's (1974) interpersonella SASB-modell. Att förändring i vikt tenderade att kunna prediceras av föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande är också teoretiskt begripligt då vikten kan ses som en yttring av

barnets/ungdomens psykiska tillstånd. Denna tolkning kompliceras dock av resultatet att patienternas vikt hade ökat signifikant redan vid 6 månaders uppföljning trots att deras självbilder ännu inte signifikant förbättrats (se nedan för mer om detta). Det trendsignifikanta sambandet mellan föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande och barnets/ungdomens förändring i upplevd frihet och autonomi är inte i enlighet med SASB-modellen. Men om barnets/ungdomens ökade självkärlek och ökade vikt reflekterar ett allmänt tillfrisknande, kan upplevelsen av ökad frihet och autonomi vara en konsekvens av att anorexin lossat på greppet och att föräldrar och andra runt omkring barnet/ungdomen släppt något på kontrollen, då den akuta fasen är över. Alltså kan man tänka sig ett samband mellan föräldrars grad av kärleksfullt agerande och barnets/ungdomens förändring i frihet och autonomi, som medieras av övrigt tillfrisknande. Detta är dock spekulativt och kräver framtida forskning. Att förändring i självkontroll inte ens trendsignifikant kunde prediceras av föräldrarnas grad av kärleksfullt, eller grad av frihetsgivande agerande, kan bero på att patienternas självkontroll förändrades ytterst lite mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning.

Resultatet är i linje med tidigare forskning. Exempelvis har föräldrakritik visat sig vara signifikant kopplat till sämre utfall för barn och ungdomar med AN (Le Grange et al. 1992; Szmukler et al. 1985). Resultaten i studien antyder däremot att det finns andra aspekter av föräldraageranden som kan behöva uppmärksammas i framtida forskning. I en annan studie fann man att långtidssjuka anorektiker skattade sina föräldrar mindre omsorgsgivande (Bulik, Sullivan, Fear & Pickering, 1999), vilket har likheter med resultaten i denna studie.

Resultatet visade inga samband mellan föräldraageranden och behandlingsutfall vid 6 månaders uppföljning. En förklaring kan vara att självbilden inte signifikant hade ändrats mellan initialbedömning och 6 månaders uppföljning. En förklaring till att föräldraageranden inte heller predicerade patienternas vikt vid 6 månaders uppföljning trots patienternas signifikanta ökning i vikt, kan vara att viktuppgången vid 6 månaders uppföljning är mer beroende av exempelvis de konkreta behandlingsinsatserna än föräldrarnas ageranden. I detta fall håller inte heller teorin att vikten manifesterar barnets/ungdomens psykiska tillstånd, då patienternas självbilder inte signifikant förbättrats. Sambandet som framträdde mellan föräldrarnas grad av kärleksfullt agerande och barnets/ungdomens vikt vid 12 månaders uppföljning kanske således inte heller medieras av patienternas självbildsförändring utan av andra faktorer, såsom specifika behandlingsinterventioner. Framtida forskning krävs för att finna klarhet i sambandet mellan föräldrars grad av kärleksfullt agerande och barnets/ungdomens viktökning.

Föräldrarnas grad av frihetsgivande gav inte utslag på någon av utfallsvariablerna vid något mättillfälle. Då självkontroll är en absolut central och välkänd aspekt av AN, kan det spekuleras att föräldrarna möjligen var aktsamma med att framställa sig själva som för kontrollerande gentemot sina döttrar. Om föräldrar som egentligen är kontrollerande drar ner sina skattningar minskar variationen i gruppen, vilket påverkar resultatet. Andra alternativ är att föräldrarnas grad av frihetsgivande agerande helt enkelt inte har betydelse för barnens/ungdomarnas utfall eller att samplet var för litet för att samband mellan föräldrarnas grad av frihetsgivande agerande och patienternas utfall skulle framträda. Det är viktigt att poängtera att föräldrarnas grad av frihetsgivande agerande i studien mättes utifrån autonomivektorn, alltså en variabel som väger in både frihet/autonomi och kontroll. Det är möjligt att resultatet sett annorlunda ut om föräldrarnas kontroll (kluster 5) och frihets- samt autonomigivande ageranden (kluster 1) testats var för sig.

Patienternas förändring i vikt och självbild

Resultatet gällande patienternas vikt- och självbildsförändring visade att positiva förändringar ägt rum mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning: patienterna hade signifikant ökat i vikt, var signifikant mer benägna att ta hand om sig själva och signifikant mindre benägna att hata/förstöra sig själva. Att patienternas självhat minskat är positivt då tidigare forskning visat att patienter med AN och en hög grad av självhat ligger sämre till prognostiskt (Björck et al., 2005). Det fanns även trendsignifikanta skillnader som visade att patienterna tyckte mer om sig själva, var bättre på att acceptera sig själva samt mer fria och autonoma, vid 12 månaders uppföljning jämfört med initialbedömning. Att patienterna förändrades positivt är i enlighet med tidigare familjebehandlingsforskning (Russell, et al., 1987; LeGrange, et al., 1992; Robin et al., 1999; Eisler, et al., 2000), även om alltför direkta slutsatser om kopplingen mellan de positiva förändringarna och behandlingen ej kan dras. Tyvärr förändrades inte alla aspekter av patienternas självbild. Exempelvis förändrades inte patienternas självkontroll märkbart; den minskade något mellan initialbedömning och 12 månaders uppföljning, men inte i närheten av signifikans. Då forskning påvisat ett signifikant samband mellan hög grad av självkontroll och sämre utfall hos vuxna patienter med AN (Birgegård, et al., 2009), är det viktigt att patienternas självkontroll reduceras i och med behandling. Att en sådan reduktion uteblev för patienterna i studien skulle kunna tyda på en brist i behandlingen eller på att självkontrollen tar längst tid att förändra och att 12 månader inte är tillräckligt lång tid. En alternativ förklaring, då patienterna i studien ändå förändrats i

positiv riktning utifrån andra aspekter, skulle kunna vara att självkontrollen skiftats från att handla om viktnedgång till att handla om annat (exempelvis skolprestationer).

Patienterna hade signifikant ökat i vikt vid 6 månaders uppföljning men däremot inte signifikant förändrat sina självbilder. Resultatet tyder på att somatisk förbättring (viktökning) förekommer psykisk förbättring. Detta skulle kunna förstås utifrån den interpersonella teorins antagande att självbilden är svår att förändra samt kräver tid (Henry, 1994). Att patienternas självbildsförändring dröjde till 12 månaders uppföljning trots ökningen i vikt vid 6 månaders uppföljning skulle också kunna förstås utifrån psykoterapiforskning som visat att effekten av behandling ofta är störst direkt efter avslutet; därefter kan effekten gå tillbaka något för att sedan efter en längre tid öka igen och stabiliseras. Exempelvis fann Richard, Bauer och Kordy, (2005) att risken för återfall för både personer med AN och BN var som störst runt 6-7 månader efter behandling, medan risken för återfall efter ett år var låg.

Framtida forskning

Fortsatta studier av sambanden mellan specifika föräldraageranden och behandlingsutfall hos barn och ungdomar med AN behövs för att befästa studiens tentativa resultat. Samma behandlingsupplägg och samma mätinstrument för föräldrar och barn/ungdomar som i min studie, finns på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen för anorexi och bulimi i Lund. En framtida studie skulle kunna dryga ut den befintliga urvalsgruppen med deltagare från projektet i Lund. Med fler deltagare skulle även materialet kunna växa; ytterligare prediktorer skulle kunna läggas till och testas. Exempelvis kunde påverkan av familjernas behandlingshistoria eller skillnader mellan mödrars och fäders påverkan på barnets/ungdomens utfall, belysas. I en sådan framtida studie vore det också viktigt att inkludera en eller flera kontrollgrupper; dels för att undersöka om resultaten är typiska just för denna patientgrupp, dels för att undersöka om resultaten är specifikt kopplade till just denna behandlingsform. Det vore slutligen angeläget att alla deltagare i en eventuell framtida studie skattar sina självbilder under samma, kontrollerade former. Om ytterligare evidens för sambanden mellan föräldrars grad av kärleksfullt agerande och barns/ungdomars utfall dokumenteras, bör detta få kliniska implikationer. Om behandlare informerar föräldrar om deras betydelse för barnets/ungdomens tillfrisknande och bistår dem i att agera kärleksfullt mot henne/honom, kan detta möjligen ge ett bättre utfall.

SASB som redskap bör tillämpas även i framtida studier på området. Om SASB fortsätter att framgångsrikt mäta föräldrars grad av kärleksfullt agerande mot barnet/ungdomen i efterföljande studier och om studiens resultat kan bekräftas i ett större sampel där faktorer

såsom familjernas tidigare behandlingshistoria kontrollerats för, bör SASB föräldraskattningar inkluderas som prognostiskt verktyg vid bedömningen av barn/ungdomar med AN. Om SASB föräldraskattning kan valideras som prognostiskt verktyg, kan det i förlängningen ha betydelse för hur en specifik familjs behandling utformas.

Det torde vara viktigt att vidare studera den eventuella påverkan av föräldrars grad av frihetsgivande på barnens/ungdomarnas utfall. Kontroll är en central aspekt av sjukdomen och ett av målen för familjebehandling är att föräldrarna återtar kontrollen över det sjuka barnets/ungdomens matintag. Alltså borde föräldrars grad av frihetsgivande agerande gentemot dottern kunna påverka dennes utfall. En förklaring till att så inte var fallet i föreliggande studie kan vara, som spekulerats ovan, att föräldrarna inte velat framstå som kontrollerande. I en framtida studie kunde föräldrars grad av frihetsgivande agerande, istället skattas av en professionell bedömare medan familjen interagerar. En annan förklaring skulle kunna vara att föräldrars grad av frihetsgivande agerande faktiskt inte har med barnets/ungdomens utfall att göra eller att autonomivektorn som mått inte lämpar sig. För att undersöka detta närmare vore det intressant att i en framtida studie använda föräldrars grad av kontroll (kluster 5) och grad av frihets- samt autonomigivande ageranden (kluster 1), som separata prediktorer för barnens/ungdomarnas utfall.

Slutligen bör den marginella förändringen i patienternas självkontroll vidare undersökas. Varför självkontrollen inte märkbart reducerats är en viktig fråga, då detta kan ha negativa konsekvenser för patienternas vidare tillfrisknande och/eller betyda att patienterna kompenserar den förlorade kontrollen över mat, med att kontrollera annat i sina liv. Om ett liknande resultat replikeras i en större studie med kontrollgrupp, kanske familjebehandlingens interventioner riktade mot att reducera självkontroll bör ifrågasättas och nya, förbättrade tekniker, utvecklas.

Slutsatser

Studien syftade till att undersöka samband mellan föräldraageranden och behandlingsutfall (utifrån självbild och vikt) hos barn och ungdomar med AN. Barn och ungdomar till föräldrar som rapporterade att de agerade med kärlek, omsorg och förståelse mot dem, tenderade att uppnå ett mer önskvärt resultat efter familjebehandling, än barn och ungdomar till föräldrar som i mindre utsträckning rapporterade att de agerade kärleksfullt mot dem. Läsaren varnas att p-värdena för de samband som framträdde endast var på gränsen till signifikanta, men då sambandens styrka i flera fall var aktningsvärda kan inte problemet med studiens statistiska styrka uteslutas som förklaring.

Studien syftade även till att undersöka hur patienternas självbild och vikt förändrades mellan initialbedömning och 6 respektive 12 månaders uppföljning. Patienterna hade överlag ökat i vikt och förbättrat sina självbilder 12 månader efter den påbörjade familjebehandlingen, något som kan anses vara ett relativt positivt resultat för den aktuella patientgruppen.

Referenser

- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2), 371-379.
- Armeliuss, K. (2000). *SASB-modellen: en introduktion*. Opublicerat manuskript: Umeå Universitet.
- Armeliuss, K. & Öhman, K. (1990). Schizophrenic and borderline patients: introjection, relationship to mother and symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 488-496.
- Benjamin, L. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L. S. (1983). *Intrex users' manual: Part one*. Madison, WI: Intrex Institute.
- Benjamin, L. S. (2000). *SASB Intrex user's manual*. University of Utah.
- Birgegård, A., Björck, C., Norring C., Sohlberg, S. & Clinton, D. (in press). Anorexic self-control and bulimic self-hate: differential outcome prediction from initial self-image. *International Journal of Eating Disorders*, 2009.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hällström, T. & Norring, C. (2003). Interpersonal profiles in eating disorders: ratings of SASB self-image. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 337-349.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2005). Negative self-image and prognosis in eating disorders: results at 3-year follow-up. *Eating Behaviors*, 8, 398-406.
- Björck, C., Heilig, M. & Printzén, P. (2006). *Stepwise: ett datorbaserat kvalitetsssäkringsverktyg för ätstörningsvård*. Informationshäfte från Stockholms läns landsting.

Borg, E., & Westerlund, J. (2007). *Statistik för beteendevetare, 2a uppl.* Stockholm: Liber AB.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (1999). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 139-147.

Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 479-485.

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

Cohen, J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Coolican, H. (2005). *Research Methods and Statistics in Psychology (3rd ed.).* London: Hodder & Stoughton.

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

Edmunds, H., & Hill, A. J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 435-440.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G. F. M., Dodge, E., & LeGrange, D. (2000). Family therapy for adolescents anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41 (6)*, 727-736.

Engström, I. (2008). Anorexia nervosa. Nedladdad 090302 från:
http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=980.

Evans, F. B. (1996). *Harry Stack Sullivan. Interpersonal Theory and Psychotherapy.* London:

Routledge.

Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.

Glant, H. (2000). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Harter, S. (1986). The development of the self-representations. I: W. Damon (Series Ed.) & N.

Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., sid. 553-617). New York. Wiley.

Henry, W. P. (1994). Differentiating Normal and Abnormal Personality: An Interpersonal Approach Based on the Structural Analysis of Social Behavior. I: S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (sid. 317-340). New York: Springer.

Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., Greenwood, D. N., Burwell, R. A., & Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7,5 year follow-up study. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 829-837.

Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 206-214.

Kirkcaldy, B. D., Siefen, G. R., Kandel, I., & Merrick, J. (2007). A review on eating disorders and adolescence. *Minerva Pediatrica*, 59 (3), 239-248.

Larsson, A-K. (2001). Uppfostran till självsvält? Om yttre och inre kontroll av den unga flickans kropp och karaktär kring sekelskiftet 1900. *Socialvetenskaplig tidskrift 1-2*, 92-107.

- Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2a uppl.). Hove: Psychological Press.
- LeGrange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. F. M. (1992). Evaluation of family treatment in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, *12* (4), 347-357.
- LeGrange, D., Eisler, I., Dare, C., & Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*, *14*, 177-192.
- Lock, J., LeGrange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach. New York: Guildford.
- Lorr, M. & Strack, S. (1999). A study of Benjamin's eight facet structural analysis of social behavior (SASB) model. *Journal of Clinical Psychology*, *55* (2), 207-215.
- Minuchin, S. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual*. Buckingham: Open University Press.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, *20*, 383 -394.
- Pincus, A.L., Newes, S.L., Dickinson, K.A., & Ruiz, M.A. (1998). A Comparison of Three Indexes to Assess the Dimensions of Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Personality Assessment*, *70* (1), 145-170.
- Richard, M., Bauer, S., & Kordy, H. (2005). Relapse in anorexia and bulimia nervosa- a 2.5-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, *13*, 180-190.
- Ringskog, S. (1999). Somatiska komplikationer vid anorexia och bulimia nervosa.

Läkartidningen, 96, 882-886.

Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Dennis, A. B., & Sikand, A. A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1482-1489.

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

Råstam, M., Gillberg, C. & Garton, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region: A population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 642-646.

Shugar, G. & Krueger, S. (1994). Aggressive family communication, weight gain and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 23-31.

Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009). Nedladdad 090415 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2009/10363/2009-126-71.htm>

Sohlberg, S., & Ekeblad, A. (1995). Varför går det snett i vissa terapier? *Psykologtidningen*, 41(17), 4-7.

Stein, A. (2002). Eating disorders and childrearing. I: K. D. Brownell & C. G. Fairburn (red.), *Eating disorders and obesity (2a uppl.)* 221-225. New York: Guildford Press.

Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd edition). New York: Harper Collins.

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

Svenska Psykiatriska Föreningen, (2005). *Åtstörningar- kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, (8). Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Szmukler, G. I., Eisler, I., Russell, G. F. M., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa: parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry* 1985, 147, 265-271.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). Using multivariate statistics (3rd edition). New York: HarperCollins.

Wallin, U. (2002). Behandling av barn med ätstörningar. I: *Ätstörningar, bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, D. Clinton & C. Nring (red.). Stockholm, Natur & Kultur.

Öhman, K. (1992). *Self-image, interpersonal interactions and psychopathology*. Doktorsavhandling. Umeå Universitet: Institutionen för Tillämpad Psykologi.

Bilaga 1: diagnostiska kriterier för anorexia nervosa enligt DSM-IV

Anorexia nervosa

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

Specificera typ:

Med enbart självsvalt: under den aktuella perioden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs. självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

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