

Mitt barn svälter sig – hjälp!

Fallstudie med fokus på familjeterapi som behandling av ätstörning

NIVIA CARBALLEIRA SUAREZ, med dr i cell- och molekylärbiologi, tf överläkare
nivia.carballeira.suarez@vll.se
BRUNO HÄGGLÖF, professor, med dr, överläkare

KARIN NILSSON, leg psykolog, dr med vet, adjungerad lektor; samtliga institutionen för klinisk vetenskap, barn- och ungdomspsykiatri, Umeå universitet

Ätstörningar är ett samlingsbegrepp för anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS, enligt den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV-TR och den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 [1, 2]. Ätstörning kan vara en mycket svår och långdragen sjukdom, som i värsta fall kan leda till död eller kroniskt tillstånd. Det är därför av största vikt att patienterna snabbt erbjuds adekvat behandling [3, 4].

Olika studier har visat att familjebaserad terapi i jämförelse med andra metoder är effektivare som behandling för ungdomar under 19 år med anorexia nervosa [5-11]. Bulimia nervosa har studerats ingående vad gäller vuxna [9]; däremot har familjeterapi för barn och ungdomar med bulimia nervosa inte studerats i lika stor omfattning, och de randomiserade kontrollerade studier som gjorts har visat olika resultat [12, 13].

Resultatet enligt Schmidt 2007 [13] var att familjebaserad terapi var jämförbar med kognitiv beteendeterapi. Studien inkluderade ungdomar över 16 års ålder, vilket gör att resultatet inte är applicerbart på barn eller yngre ungdomar. I studien av Le Grange 2007 [12] ingick patienter mellan 12 och 18 år, och förbättringen var större för dem som fick familjebaserad terapi än för dem som fick individuellt stödjande psykoterapi. Denna osäkerhet gör att det behövs mera studier i olika åldersgrupper av familjebaserad terapi vid bulimia nervosa.

Maudsley-modellen – familjebaserad terapi i öppenvården

Den familjeterapimetod som en stor del av forskningen utgått ifrån är en manualbaserad modell som kallas Maudsley-modellen [14]. Den teoretiska bakgrunden finns beskriven i flera artiklar [14-17]. Terapin bedrivs huvudsakligen i öppenvård, eftersom resultaten av slutenvårdsbehandling vid ätstörningar varit mindre övertygande [18].

I manualen [14] beskrivs tre faser, där den första faser fokuserar på att hjälpa föräldrarna att ta ansvar och få kontroll över matintag och motion. I den andra faser börjar man lämna tillbaka delar av kontrollen till patienten och påbörja arbetet med ett mer åldersadekvat relaterande inom familjen, vilket kan innehålla förhandlingar om nya relationsmönster. Den tredje faser fokuserar på ätstörningens inverkan på barnet/ungdomen och kan också innefatta hantering av vanliga tonårsfrågor, t ex autonomi och relationen till föräldrarna.

Modellen utgår ifrån att ätstörningen har kontroll över pa-

tienten och att denne fungerar på en åldersmässigt lägre nivå och därför behöver stöd och hjälp från sina föräldrar. Samtalen tar cirka en timme och involverar hela familjen. Ungefär 10–20 sessioner under 6–12 månader behövs vid familjebaserad terapi.

Denna artikel med följande fallbeskrivning kan bidra till att sprida kunskap om ett framgångsrikt familjebaserat arbetsätt vid bulimia nervosa.

FALLBESKRIVNING

Materialet till artikeln bygger på klinisk utredning och undersökning samt elva samtal med en familj som sökte hjälp inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Samtalen genomfördes en gång per månad under ett år. Terapeuten i behandlingen är försteförfattaren. Vid samtalen deltog även en medterapeut. Familjesessionerna filmades och transkriberades. En kort sammanfattning av samtalen redovisas här.

Familjen bestod av föräldrar och deras 17-åriga dotter, Angela. Den kliniska utredningen [19-21] visade att flickan hade bulimia nervosa med självrensning (typ 4). Det kan beskrivas som en normalviktig person som blir stressad och framkallar kräkningar redan efter att ha ätit små mängder mat. Dessutom visade utredningen att hon hade ångest och var nedstämd, hade ett starkt kontrollbehov, stark självkritik, var känslig för klander och hade en del svårigheter inom flera sociala områden. Angela var själv inte hjälpsökande. Enligt anamnesen hade Angela under de senaste två åren kränts efter måltider, tränat överdrivet mycket och hade kontinuerligt minskat i kroppsvikt.

I samband med familjesamtalen togs grundläggande blodprov och somatiskt status. Mående och motivation undersöktes med självskattningsfrågor.

Vid första samtalet gjordes en överenskommelse om fortsatta familjesamtal och syfte och mål med dessa. Angela beskrevs av föräldrarna som en duktig flicka med höga betyg i alla skolämnen. Föräldrarna var vana att se en glad och aktiv tjej, men nu hade de en dotter som var lättirriterad. De uttryckte oro över hennes förändrade beteende. Angela hävdade att hon mätte bra, att hon inte ville förändra något och att hon kom till BUP i syfte att få föräldrarna att sluta oroa sig för hennes hälsa. Initialt pratade hon med låg röst och undvek ögonkontakt.

Terapeuten bistod Angela med en matdagbok och bad henne att fylla i den under tre veckors tid, vilket hon accepterade. I matdagboken skulle hon skriva ned vad och när hon åt, hur hon mätte vid måltiderna samt information om kräkningar och motion.

Vid det andra familjesamtalet hade Angela gått ned 2 kg i vikt. Hon hade kränts varje dag. Samtalet kretsade kring

SAMMANFATTAT

Maudsley-modellen är en familjebaserad behandlingsmetod vid ätstörning.

Behandlingen lägger tonvikt på ätande och viktuppgång med stöd av föräldrarna, förhandling om nya relationsmönster och hantering av vanliga tonårsfrågor för återgång till ett åldersadekvat liv.

Denna studie summerar elva samtal med en familj, där samtalen enligt mätningar och observationer under behandlingsförloppet gav god effekt på såväl ätstörningsproblematiken som familjens kommunikation.

Angelas mat, kontrollbehov och prestationskrav. Angela gav matdagboken till terapeuten och sa att det var jobbigt att skriva ned vad hon ätit. Hon begärde att slippa gå igenom matdagboken under samtalet, vilket respekterades.

Vid tredje samtalet framkom att Angela fortsatt att träna mer än vad som överenskommits. Hon var irriterad och hade fortsatt att smyga till toaletten efter måltider för att kräkas. På en skala från 0 till 10 låg hon på 3 både i mående och motivation. Angela gick med på att prata om matdagboken, i vilken det fanns både bra och dåliga dagar. En bra dag var relaterad till frånvaro av kräkningar, medan hon under en dålig dag kunde kräkas upp till tre gånger. Angela sade att hon på egen hand försökte att förändra beteendet men att hon inte lyckades. Hon började inse att hon behövde hjälp.

Efter det tredje samtalet genomfördes tätare somatiska undersökningar. Hon hade gått ned ytterligare i vikt och var trött och orkeslös, blödde lätt näsblod och mätte sämre. Sedan förra familjesamtalet hade hon försökt att äta mindre i syfte att kräkas mindre. Angela uppgav att hon i tankarna var helt upptagen av mat och att kräkas. Det irriterade henne att tankarna om maten var påträngande och att hon inte kunde koncentrera sig på något annat. Detta påverkade hennes prestationsförmåga, och hon lyckades inte utföra sitt skolarbete som tidigare.

Under nästa samtal instruerades föräldrarna att ta mer ansvar för matsituationen. Angela uppmanades att göra uppehåll i all idrott och träning. Detta lyckades och medförde att vikten stabiliserades, och Angela började öka i vikt. Hon fick mera krafter men tyckte inte att behandlingen tillförde någonting.

Vid samtal fem började Angela idrotta men under kontrollerade former i samråd med föräldrar och terapeuter. Angela hade fortfarande svårt för att be föräldrarna om hjälp och tyckte att det var ett tecken på svaghet.

Under samtal sex till nio var fokus riktat på olika känslor. Det var livliga diskussioner i rummet, mest mellan pappa och dotter, och Angela grät ibland. Föräldrarna upplevde en förbättring, och vikten var normal, men dottern hade fortfarande mycket kontrollbehov. Hon tittade noga på hur mycket smör pappan lade i stekpannan, och de diskuterade vilken sorts smör som var rätt. Mamman kände att det var jobbigt att befinna sig mitt emellan i dessa konflikter, där någon alltid blev missnöjd. Mamman visade tydligt obehaget hon bar på, både muntligt och med kroppsspråk.

Under samtal nio och tio kunde Angela, som då hade börjat äta alla måltider, ta större ansvar. Under samtal elva gjordes utvärdering och avslutning av familjebehandlingen. Angela mätte betydligt bättre, hon uppgav siffran 7 på skalan mellan 0 och 10.

Angelas kontakt med BUP avslutades sex månader efter det att familjebehandlingen avslutats. Angela åt (fortfarande) alla måltider och mätte bättre. Kräkningarna hade minskat, och

»Att symtombilden snabbt förändras har visat sig vara en viktig prediktor för god effekt av behandling vid bulimia nervosa ...«

»Under samtal sex till nio var fokus riktat på olika känslor. Det var livliga diskussioner i rummet, mest mellan pappa och dotter ...«

hon behöll vikten. Däremot kvarstod nedstämdhet och ångestsymtom.

DISKUSSION

Denna studie beskriver en familjeterapeutisk process enligt Maudsley-modellens tre faser. Familjeterapin kombinerades med individualterapi, vilket kan vara av värde, speciellt när det föreligger samsjuklighet [22, 23].

Vid behandlingsstart var föräldrarnas oro drivkraften och det som gjorde att patienten kom till behandling. Angela var inte intresserad av att förändra sina symtom eller sin livssituation, vilket kan tyda på att hon var rädd för att släppa kontrollen. Så småningom kunde hon börja förlita sig på föräldrarna, och hon kunde även ta emot hjälp från terapeuterna. Vi fick en bra arbetsallians med den aktuella familjen, vilket enligt psykoterapiforskning är avgörande för behandlingsutfall [24].

Familjens kommunikation förbättrades, och detta uppmuntrades genom en ommöblering i terapirummet så att de lättare fick ögonkontakt med varandra. Placeringen i rummet visade symboliskt på vad som skedde i familjen. I början satt hela familjen i soffan. Vissa gånger satt dottern nära sin mor, som om de hade en allians, medan pappan satte sig i hörnan. Dotter och far diskuterade livligt om sitt förhållningssätt till maten.

Psykologiska processer kunde beskrivas

Med det familjeterapeutiska förhållningssättet kunde vi se och beskriva viktiga psykologiska processer på både individuellt och relationellt plan. Samtidigt avspeglade dynamiken i samtalsrummet Maudsley-modellens tre faser. Inledningsvis (samtal 1–5) var Angela i behov av stöd från föräldrarna efter måltiderna. Hon blev rädd vid några tillfällen när föräldrarna slappnade av och inte hade samma tillsyn som tidigare.

Symtomen kan ses som en manifestation av hennes problematik, en rädsla att separera från föräldrarna och att förlora kontrollen. Å ena sidan önskade hon leva sitt liv utan föräldrarnas ingripande, å andra sidan kände hon att hon hade behov av dem för att ändra sitt liv. Föräldrarna tog till sig detta och bestämde sig för att hålla i det stöd och den struktur som dottern kunde behöva, vilket blev möjliggjort genom familjeterapin.

Läkande att sätta ord på »det som inte syns«

En förändring i kommunikationen skedde, där förhandling om nya relationsmönster växte fram. Initialt var Angela tystlåten, men under den terapeutiska processen blev hon mer öppen och delaktig i samtalet. Genom familjesamtal skapades utrymme för att diskutera känsliga ämnen, tex tonårsfrågor kring autonomi och relation till föräldrarna (samtal 6–8).

Under behandlingsperioden kunde vi på olika sätt se att Angelas mående förbättrades. Det förelåg samsjuklighet som kunde försvåra behandlingen [25], men symtomen minskade med mindre frekventa kräkningar och bibehållande av vikten. Därtill tog utvecklingsbehovet över ångesten, och Angela kunde börja leva ett mer normalt liv (samtal 9–11).

Att symtombilden snabbt förändras har visat sig vara en viktig prediktor för god effekt av behandling vid bulimia nervosa [26].

Från ett psykosomatiskt perspektiv kan det vara läkande att kunna sätta ord på »det som inte syns«, och familjeterapi skapar utrymme för detta.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. APA Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. Danderyd: Pilgrim press; 2002. p. 195-7.
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Geneva: WHO; 1992.
3. Svenska psykiatriska föreningen. Ätstörningar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Gothia förlag; 2005. Svensk Psykiatri. 2005:8.
4. Vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten 2010-2012. ISBN 978-91-979386-0-0.
5. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:1047-56.
6. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):5-7.
7. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, et al. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1482-9.
8. Lock J, le Grange D, Agras WS, et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1025-32.
9. Lock J. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(4):274-9.
10. Paulson-Karlsson G, Engström I, Nevenon L. A pilot study of a family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: 18- and 36-month follow-ups. *Eat Disord*. 2009;17(1):72-88.
11. Bean P, Louks H, Kay B, et al. Clinical observations of the impact of Maudsley therapy in improving eating disorder symptoms, weight, and depression in adolescents receiving treatment for Anorexia nervosa. *J Groups Addict Recover*. 2010;5:70-82.
12. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(9):1049-56.
13. Schmidt U, Lee S, Beecham J, et al. A randomized controlled comparison of family therapy and cognitive behaviour therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related conditions. *Am J Psychiatry*. 2007;164(4):591-8.
14. Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. New York: Guilford Press; 2001.
15. Dare C, Eisler I, Colahan M, et al. The listening heart the chi square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *J Fam Ther*. 1995;17:31-57.
16. Rhodes P. The Maudsley model of family therapy for children and adolescents with anorexia nervosa: theory, clinical practice and empirical support. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT)*. 2003;24(4):191-8.
17. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa: a family-based approach. *J Fam Ther*. 2005;27:104-31.
18. Gowers S, Clark A, Roberts C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007;191:427-35.
19. Stepwise: Internetbaserad kvalitetssäkring av ätstörningsvård. Stockholm: Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS), Karolinska universitetssjukhuset; 2011 [citerat 29 dec 2011]. http://www.atstorning.se/Kats/om_stepwise.aspx
20. Benjamin L. Structural analysis of social behavior. *Psychol Rev*. 1974;81:392-425.

■ *Alla familjemedlemmar tillfrågades och accepterade att delta i behandlingen, och de har läst och godkänt det färdiga manuskriptet. Skriftligt samtycke för videoinspelningar och publicering erhöles i förväg. Namnet är ändrat så att det inte går att identifiera flickan.*