

# Leva med döden i rummet.

## Om terapeutisk behandling vid anorexi



Av: Mia Andersson

Handledare: Jonna Bornemark  
Södertörns högskola | Institutionen för kultur och lärande  
Ämne Praktisk kunskap  
Masteruppsats 30 hp Vårterminen 2017  
Masterprogrammet i Praktisk kunskap



**SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA** | STOCKHOLM  
sh.se

## **Tack till er som medverkat till att denna studie blivit av.**

Som inledning till denna kvalitativa studie vill jag framföra mitt allra varmaste tack till alla er som har medverkat till den. Utan er hade den aldrig blivit möjlig. Särskilt vill jag tacka den unga kvinna, som jag kallar Alicia, för att du så generöst delar med dig av de mail du sände mig när du gick igenom den svåra vändningen i din terapi. Det du har skrivit är så äkta eftersom det kom ur din egenupplevda kris och vägen ut ur kaos och förvirring – en erfarenhet som jag tror kan ge kraft och inspiration åt andra som kämpar med sitt anorektiska dilemma. Tack också till er föräldrar som hela tiden trodde på vårt projekt även i de svåraste stunderna, och att ni höll ut fast det drog ut på tiden och resorna var många och långa. Ert samarbete och ert stöd till er dotter anser jag vara helt avgörande för att hon till sist vågade lämna sin anorexi.

Jag vill också framföra ett varmt tack till mina informanter Göran Carlsson, Annica Carlsson, David Clinton, Dalida Rokka, Anita Ulwan och Olof Ulwan för att ni delat med er så personligt och uppriktigt av era erfarenheter, reflektioner och ståndpunkter. Er beredvillighet att berätta om er verksamhet har varit ovärderlig för fältstudien och också bidragit till en större kollektiv fronetisk kunskap om vad det är vi gör som är terapeutiskt verksamt vid så kallad ”särskilt svårhjälp anorexi”. Särskilt vill jag tacka för att ni alla samtyckt till att framträda med er identitet. Jag tänker att det är så värdefullt för det ger en större trovärdighet till den avsevärda kunskap ni förmedlar. Det blir så tydligt att den bygger på både stor teoretisk kompetens och lång erfarenhet, men också kamp med olika utmaningar. Jag önskar av hela mitt hjärta att ni tycker att min bearbetning av intervjuvaren gör era livsverk rättvisa, då ni brinner för en så allvarlig sak – sätta tron på att alla kan bli bra från anorexi på kartan.

Jag vill också tacka mina lärare vid Södertörns högskola för fyra stimulerande utbildningsår i kvalitativ forskningsmetod. Särskilt ett stort och varmt tack till dig Jonna Bornemark för en kreativ handledningsprocess med många timmar av inspirerande samtal. Tack för din tro på mina visioner och för allt stöd i kampen för att genomföra dem.

Sist men inte minst vill jag tacka mina kollegor och framför allt flickor/kvinnor och deras familjer, som jag haft förmånen att lära tillsammans med under trettiofem års tid. Genom ert mod och er vilja att samarbeta har ni bidragit till att min praktiska kunskap utvecklats. Så, tack för allt ni bjudit på som hjälpt mig att bättre kunna hjälpa andra som kommit efter er.

Anorexiamottagningen Mia Andersson, augusti 2017

## **Abstract**

**Title: To live with death in the room: About therapeutic treatment with Anorexia Nervosa.** The aim of his qualitative study is to examine more closely the phronetic knowledge of what it is in a therapeutic treatment that helps people who are on the edge to develop, or already have developed, long term anorexia. Through three materials –my own theoretical and practical knowledge and previous qualitative research, one case study from the clinical praxis at the Anorexiavårdningen in Stockholm and one field study where one researcher and five therapists from two different units are interviewed. The study has explored common denominators in treatment with special focus on the importance of the therapists' perspective. All informants have a holistic view and work with different existential, integrative and systemic models. What stands out in the answers of the informants, and is confirmed by the family and the voice of the client, is that the person behind the symptoms is tuned up – especially for herself – and the illness is downplayed. It is also important that the therapists can mediate both their belief that it is a human possibility to become free from anorexia and that there is also good reason to believe in the possibility for the individual client to recoup. Other themes of importance are how to deal with anxiety, ambivalence, negative self-images and fear of change, and how to invite to reflection on alternative ways to proceed in life without their “best” friend, Anorexia. This study suggests that my material together with the account of the family and the contribution of the informants at the treatment units and bring forth a considerable amount of collective phronetic knowledge. This suggests that future research look further into some of the aspects discussed in the final reflection.

**Keywords:** anorexia nervosa, anorexia and therapeutic treatment, collective phronetic knowledge

## **Sammanfattning**

Syftet med denna kvalitativa studie är att närmare undersöka den fronetiska kunskapen kring vad det är i terapeutisk behandling som hjälper människor i riskzonen att utveckla eller redan har utvecklat långvarig anorexi. Genom tre material – min teoretiska och praktiska kunskap och tidigare kvalitativa forskning, en fallstudie från den kliniska verksamheten vid Anorexiavårdningen i Stockholm samt en fältstudie med intervjuer med en forskare och fem terapeuter från två olika enheter. Denna studie utforskar gemensamma nämnare i behandling med särskilt fokus på vikten av terapeuternas perspektiv. Informanterna har ett holistiskt perspektiv och arbetar med olika existentiella, integrativa och systemiska modeller. Det som står ut i informanternas svar, och som bekräftas av familjen och klientens egen röst, är att personen bakom symtomen tonas fram – särskilt inför sig själv – och att sjukdomen tonas ner. Viktigt är också att terapeuterna kan förmedla både sin tro på att det är en mänsklig möjlighet att bli fri från anorexi och att det även finns anledning att tro på den enskilda klientens möjligheter att återhämta sig. Andra teman av betydelse är hur man hanterar ångest, negativa självbilder, ambivalens och rädsla för förändring och hur man inviterar till reflexion över alternativa sätt att komma vidare i livet utan sin ”bästa” vän Anorexia. Denna studie föreslår mitt material och familjernas berättelse och informanternas bidrag tillsammans frambringar en kollektiv fronetisk kunskap. Det öppnar för att fortsatt forskning går vidare med de aspekter som diskuteras i slutreflektionen.

**Nyckelord:** Anorexia nervosa, anorexiterapi, anorexi behandling, kollektiv fronetisk kunskap. Frisk och fri.

## Innehållsförteckning

<b>1. En fallstudie</b> .....	<b>1</b>
1.1 Alicia börjar skicka mejl.....	9
1.2 Ett år senare.....	14
1.3 Dilemman.....	15
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>16</b>
<b>3. Syfte och frågeställning</b> .....	<b>18</b>
<b>4. Metod</b> .....	<b>19</b>
4.1. Mot en kollektiv fronetisk kunskap.....	19
4.2 Urvalskriterier.....	22
4.3 Mitt tillvägagångssätt.....	23
<b>5. Diskussion med tidigare forskning</b> .....	<b>24</b>
5.1 Behandlingsforskning.....	26
5.2 Diskussion med mina inspiratörer.....	30
<b>6. Teori</b> .....	<b>33</b>
6.1 Fronetisk kunskap.....	34
6.2 Systemteori.....	39
6.3 Milanoskolan och Cecchins systemisk-fronetiska utvecklingsarbete.....	44
<b>7. Fältstudien</b> .....	<b>48</b>
7.1 Informanternas syn på anorexi som fenomen.....	48
7.2 Bemötande.....	55
7.3 Positiv konnotation.....	56
7.4 Förändring.....	57
7.5 Terapeutisk behandling.....	60
7.6 Familjebaserad behandling.....	69
<b>8. Slutreflektioner</b> .....	<b>71</b>
<b>Käll- och litteraturförteckning</b> .....	<b>75</b>
<b>Bilaga: Intervjufrågorna</b>	

## 1. En fallstudie

*”Jag är livrädd för att leva men dödsrädd för att dö”.<sup>1</sup>*

Citatet ovan, förmedlar träffsäkert det centrala i det dilemma en nittonårig kvinna, som jag kallar Alicia, upplevde. Hon tyckte citatet var det mest träffsäkra sättet att beskriva sin situation – som jag kallar ”det anorektiska dilemma”. Föräldrarna hade tagit kontakt med ätstörningsenheten i den stad där de bor och efter en tids behandling hade Alicia kommit hem igen. Men då hennes föräldrar inte orkade längre lade hon senare in sig på slutna psykiatrisk avdelning. När Alicia sökte kontakt med mig hade hon, i kraft av sitt myndighetsblivande, på eget bevåg avbrutit sina tidigare vårdkontakter. Hon vägrade till och med att kontrollera sina värden på vårdcentralen av rädsla att någon skulle tvinga in henne på psykiatrisk klinik eller ätstörningsklinik igen. I ett mail långt senare skulle hon skriva förklaringen: *Anorexin är så stark men jag VILL VERKLIGEN INTE lägga in mig ... Jag vet hur dåligt jag mådde där inne och hur djupare jag gick in i min depression där. ... Jag känner mig som världens mest ensamma människa.*

När Alicia, som alltså bestämt sig för att klara sig själv, rekommenderades hon familjebaserad behandling vid Anorexiamottagningen av en som gått här, gav hon det en chans. Familjen satsade trots resan på femtio mil i varje riktning. I ett mail skrev hon att hon hade varit hemma i en månad från sjukhuset och börjat gå upp i vikt, men att ingenting händer med hennes tankar:

*De är fortfarande desamma som de var när jag la in mig, om inte värre nu när kroppen förändras. Jag hatar min kropp och mig själv och kan inte ens kolla mig i spegeln för då får jag panik. Jag trivs inte med min behandlare och jag har märkt att hon kommer inte kunna hjälpa mig. Jag skriver därför till dig som ett rop på hjälp, jag mår hemskt och det känns som jag lever i ett helvete.*

Alicia och föräldrarna kommer till svårt första möte och det intryck jag får av familjen är präglad av den innevarande situationen. Mamman tog hela tiden kamp om maten, vilket ledde till häftiga strider mellan henne och Alicia. Det verkade som om det lett till att hon helt förlorat sin dotters tillit. Hon grät, kände sig otillräcklig och sökte svar på vad de gjort fel. Pappan grät också. För honom handlade det om maktlöshetskänslor, då han stod totalt oförstående inför att Alicia kunde ha sådan ångest för att äta. Mitt i detta kaos satt Alicia helt

---

<sup>1</sup> Alicia citerar musikgruppen Kent.

stilla och såg för det mesta märkligt oberörd ut. Hon sa knappt någonting, framför allt inte om sig själv. Men vid ett tillfälle kom det: ”jag känner mig alldeles tom inuti och har inte någon mening för någon människa i världen”.

Nu när jag börjar skriva om familjen märker jag att min gestaltning får dem att mest likna en trist schablonbild av den ”anorektiska familjen”; en mamma som bara gråter, är full av skuld känslor och mest cirklar kring sin egen oro och de ständiga nederlagen i kampen om maten, en pappa som mest verkar handfallen och alltmer förlorar kontakten med sin dotter och en anorektisk ung vuxen som knappast verkar närvarande. Sådana är de inte alls i verkligheten. Jag tycker väldigt mycket om denna familj. De är humoristiska, sociala och kärleksfulla människor som har nära till sina känslor och ovanligt glatt humör. Men det jag ser i början är effekter av anorexin, av att ha levt länge med en döden-i-rummet-situation.

Vid detta första möte går jag mest in för att lyssna, lugna, svara på frågor och försöka få kontakt med Alicia. Det visar sig långt senare att mötet var avgörande för henne, och även om det tog lång tid för henne att till fullo inse det, verkar det ha haft en avgörande inverkan. Jag finner en öppning som både tillåter mig att bemöta pappan i hans oförstående inför sin dotters ångest för att äta och samtidigt involvera Alicia: ”Jag tänker att ångesten *kan* ha att göra med Alicias upplevelse av att vara alldeles tom inuti och utan någon som helst mening i relation till någon enda människa”. Då jag inte får något svar från någon av dem, fortsätter jag prata med pappan. Jag undrar om han har seglat och får veta att det har han. Jag fortsätter: ”Okey, då vet du hur det skulle kännas om man tappar kompassen i sjön. Man kan försöka kasta ankar för att undvika gå på grund. Och jag tror att anorexi på samma vis kan vara ett försök att stoppa en okontrollerbar framfart.”

\*

Vid påföljande träff är det första som händer att pappan lovordar bilden av att tappa kompassen i sjön. ”Då vet jag precis vilken ångest det är fråga om!” Mamman gråter och säger att det är ”precis på pricken”. Och Alicia nästan viskar: ”det är skönt att du förstår så väl. Det ger mig hopp”. Jag svarar: ”Det hela är så förståeligt. Har du tappat kompassen så är det inte så konstigt att du inte lyssnar på dem som säger du ska sätta fart! Samtidigt är det så att om man inte äter tillräckligt blir det farligt, men jag tror det blir lättare för dig när du förstår varför du svälter dig och varför det är så svårt att sluta med det.”

\*

I ett nytt mail beskriver Alicia insiktsfullt sitt dilemma:

*Det är så mycket rädslor i mig just nu, jag är rädd för att dö men samtidigt rädd för att gå upp i vikt och allt vad det innebär. Jag är rädd för hur jag kommer se ut, för vad andra kommer säga, för att jag ska behöva ta beslut och säga vad jag vill och tycker. Jag är rädd för att jag aldrig kommer få ett normalt liv eller ett normalt beteende kring mat. Jag är samtidigt rädd för att jag aldrig kommer kunna inse mitt egna värde eller hitta mig själv – och även för att bara bli en i mängden.*

\*

Det har nu gått en månad och Alicias frågor fortsätter att kretsa kring fixeringen vid matschemat från sjukhuset. Min erfarenhet säger mig att det är känsligt att tala om mat, för det man säger kan så lätt transformeras till att bekräfta tankar som ger näring åt anorexin. Även om jag vet att hon är livrädd för att leva ett liv där hon inte kan känna sitt värde och är rädd att förlora sig själv i mängden, väljer jag ändå att tala med henne om mat som livsmedel. Jag introducerar tanken att det bara är livsmedel, alltså något som gör att man kan hålla sig vid liv tills man vet om och hur man vill leva. Jag försöker också förmå henne att samarbeta med mamma kring maten. Jag berättar om en annan flicka som sa: ”Det blir liksom mer ens *egna* kilon när man själv är med på det och inte något som känns omotiverat eller till och med påtvingat”. Då berättar Alicia att hennes behandlare pratat om hennes anorexi som en livslång sjukdom och frågat hur långt ner hon har tänkt sig. ”Då fattar man ju inte att det inte handlar om att vilja bli smal!” utbrister Alicia.

\*

Gången därpå säger pappan att Alicia hade tagit till sig mina ord och först vänt på dem som om jag sagt att det *inte är ens egna kilon när man tvingas att äta*. Först blev han rädd att hon skulle fastna i det, men till sin stora förvåning kunde han konstatera att det blev precis tvärtom – det ledde till att alla nu kan tala om sin rädsla för att Alicia har en livslång sjukdom. Samtalet kommer därmed att handla om fenomenet anorexi, min praktiska kunskap som säger att självsvälten brukar ha en mening för individen och att man kan bli frisk och fri fast man tycker sig sitta så fast när man bättre förstår vad anorexin gör för en. Framför allt talar vi om skillnader i perspektiv och vad det kan betyda för förloppet om man tror att självsvälten är ett uttryck för en sjukdom som ingen riktigt kan förklara, eller om man tror att svälten gör någonting viktigt för en. Till exempel kan det finnas en koppling till en underliggande ångest eller andra faktorer som blir mindre plågsamma om man svälter sig, eller att man försöker uppnå en större känsla av värde och meningsfullhet i relation till andra. Jag berättar att det kan vara svårt att släppa taget om sin lösning eftersom effekterna av svälten har upplevs så positivt i början. Så även om man vill sluta kan det vara ångestfyllt och förvirrande. Man

kanske kan se det som en utvecklingskris, att det främst handlar om att man inte riktigt vem man är som person. Därför berättar jag att det vanligtvis rör sig om fantastiska flickor som svälter sig; resursrika, empatiska och socialt sensibla personer, ofta med höga krav på sig själva. Men det är vanligt att de, som Alicia, har så förfärligt svårt att få kontakt inåt med sig själva och känner sig tomma eller förvirrade. Många har också, precis som Alicia, svårt att se sin betydelse i relation till andra människor. och upplever sig ofta som otillräckliga, misslyckade och på alla sätt fel i relation till andra, trots att de är socialt känsliga och sätter andra före sig själva.

Många av dem jag träffat, fortsätter jag, verkar också ha utvecklat negativa självbilder tidigt i livet, bilder som de sedan upplevt att de fått bekräftade genom sitt utbyte med andra människor och i sina konfrontationer med livet. Sådana erfarenheter leder till att man kan känna utanförskap och att man angriper sig själv för att vara annorlunda. Så undrar jag om Alicia och hennes föräldrar kan tänka sig att anorexin kunnat bli så stark för att det känns som om den skyddar en mot ångest, självangrepp och en känsla av utsatthet. Som exempel berättar jag om en flicka som hade det så. Hon sa att om man bara kan koncentrera sig på *en enda* sak – ja då finns det åtminstone någonting man kan känna är OK – man duger, man klarar detta *enda*, och slipper känna sig så otillräcklig och värdelös. Jag vänder mig till Alicia och frågar om det är något av detta som stämmer med hennes rädsla att sakna värde. Jo det gör det. Då säger jag att det här sättet att förstå anorexi brukar hjälpa, men att det tar tid och man kan behöva hjälp att komma loss. Och, slutar jag, för att hitta en väg ut tror jag det är viktigt att du kan få kontakt med dig själv – och att du försöker släppa tanken att du fått en livslång sjukdom.

Efter att ha pratat så en lång stund frågar jag Alicia: ”kan tänka dig att du hör till alla de fantastiska tjejer som jag har träffat och som är helt underbara människor?” Hon ser skeptisk ut och jag fortsätter: ”jag förstår att det kan vara svårt att tänka så just nu, men jag vill att du ska veta att du också är en fantastisk tjej – annars skulle du aldrig, aldrig ha utvecklat en anorexi!” Föräldrarna instämmer i allt jag sagt och talar om sin oro för att Alicia ställer så höga krav på sig själv. Alicia säger ingenting så jag frågar henne om hon håller med mamma och pappa att det stämmer. Jag får inte något svar nu heller, så jag frågar i stället om hon skulle önska sig en bättre självbild. Fortfarande inget svar. Jag är medveten om att det kan vara svårt för flickorna att tillägna sig budskap som inte stämmer med deras negativa tankemönster. Ändå fortsätter jag att nyfiket utforska och engagera mig i hennes livsvärld i



hopp om att det ska väcka hennes nyfikenhet och engagemang. Jag säger: ”Vet du - det är fullt möjligt att få ett nytt sätt att se på sig själv, för ingen människa *är* sin självbild. Det är just bara en *bild*. Och en människa är så mycket *mer*”. Jag pratar med henne om att man kan drivas av tillbakahållna eller ännu inte färdigutvecklade resurser, också en social sensitivitet. En potential som vill slå ut i blom. På sätt och vis är det det som är problemet. Det som kommer att vara ens bästa tillgång senare i livet, kan kännas som omöjliga krav innan man fått koll på vem man är. Och det kan få en att känna sig otillräcklig, misslyckad, värdelös och helt fel i relation. Men det brukar inte vara så på riktigt. Det enda man ser är sin bild, eller medaljens baksida – det är som en guldmedalj som hamnat med baksidan upp. Och den ser inte lika bra ut. ”Men jag tror att det går att vända på den tillsammans om du är med på det”.

\*

Påföljande gång berättar familjen för första gången hur tuffa kamper mamma och Alicia har kring maten där hemma. Föräldrarna är förtvivlade för att Alicia stenhårt vägrar kontakt med sjukhuset. Själv oroar hon sig för att det ska vara omöjligt att komma loss ur de fixeringar hon tycker sig ha fått genom vården. Hon är övertygad om att de skulle bli värre om hon skulle lägga in sig. I hopp om att Alicia ska bli mer motiverad att ta emot hjälpen från mamma försöker jag få henne att tro på att hon kan bli bra. Jag påstår att hon säkerligen tror mig när jag säger att det är möjligt att bli bra även från en svår anorexi, men att hon nog precis som de flesta tänker att ”det gäller alla andra men *inte mig*”. Alicia nickar att det stämmer. Jag hälsar henne välkommen i ”utanförklubben” – den paradoxala klubb där *alla* tror det gäller alla andra men inte en själv. Hon hör paradoxen och den verkar tilltala hennes känsla för humor. ”Men det verkar inte vara något hinder eftersom de allra flesta blir bra i alla fall”, fortsätter jag, och ”när du inte längre känner dig tom inuti, eller tror du är meningslös i relation, då löser problemen upp sig. Fixeringarna brukar falla bort, inte bara fixeringar vid matscheman, utan också behovet att svälta sig och till och med rädslan för att ha en obotlig sjukdom”.

\*

När behandlingen pågått i ett par månader blir det starkare urladdningar kring maten därhemma. Urladdningarna medför att Alicia tonar fram alltmer. ”Musslan öppnar sig” som mamman säger. Alicia börjar också prata mer under samtalen så jag får veta mer om hennes dilemman. Hon plågas fortfarande mest av tvången kring matschemat och har svårt att avgöra om hon ska gå ”gå tvärs igenom ångesten” som de sa på kliniken, eller om hon ska satsa på att ”jobba med det som varit”. Alicia säger att det är en alltför hemsk ångest för att hon ska kunna tänka sig gå tillbaka till det som var, som man sagt på sjukhuset. Det tycker mamman är jättekonstigt för, även om Alicia hade haft det svårt och mått dåligt tidigare, så var perioden

precis före anorexin ”superbra”. Jag förklarar att det som verkat superbra mycket väl kan ha berott på att Alicia redan hade börjat svälta sig och upplevt en positiv effekt av svälten. Men det kan också ha att göra med att hon inte velat visa hur hon angripit sig själv. Ofta ligger det mycket plåga under vad vi kallar ”glada masken”. Så vänder jag mig till Alicia och undrar om den period mamma talar om som ”svår” faktiskt var hemsk. Jo det stämmer. Jag frågar också hon redan börjat sin svält vid den tid mamma pratar om som ”superbra”. Jo det stämmer. Nu kan jag förklara för föräldrarna att det som kan verka superbra utåt kan handla om en lättnad över att svälten rår på ångesten. Men det inte är någons skuld att de inte kunde se – det var ju det som var meningen. Alicia säger att hon känner sig ännu mer stärkt av att jag förstår så bra.

\*

Alicia skriver ett nytt mail där allt tyder på att hon börjat tona fram som person och i och med det kan börja medverka till att tona ner sjukdomstankarna och andra negativa tankar:

*Jag kan inte beskriva hur det känns inom mig eller vad som hänt men det är något som skett i alla fall. Jag trodde aldrig att jag skulle kunna känna/må så här, det är fortfarande kämpigt men på en HELT annan nivå. Jag jobbar med att tänka positivt och jag gör det som känns jobbigt för jag vet att det är vad jag behöver. Jag sätter mig själv och mitt mående före alla jobbiga anorexitankar. ... Tack för allt underbart och klokt du sagt som fått mig våga lita på dig, det är värt guld. Det är det som får mig att fortsätta, det som får mig våga kämpa vidare. Jag vet att ångesten kommer men jag kan arbeta med den på ett annat sätt eftersom du gett mig så mycket verktyg med det*

Då jag gärna ville ha exempel på vad som fått Alicia att sätta sig själv före alla anorexitankar, vad som med hennes ord var ”guld värt” bad jag henne beskriva hur och hon svarade:

*Det som har varit guld värt är alla lugnande ord du sagt och skrivit till mig, t.ex. att du sagt att jag kan lita på dig du har aldrig slutat säga det, utan påpekat det hela tiden, att jag kan släppa anorexin för jag har nu dig och min familj som kan hjälpa mig istället, att det inte sitter i maten och att maten bara är livsmedel osv. Allt detta har hjälpt mig. Verktyg som har hjälpt mig är alla dessa råd osv att jag tänkt på det du sagt till mig och använder det när det känns jobbigt. Också det att jag ska vända allting till något positivt istället och du har förminskat matsituationen genom att säga att maten bara är LIVS-medel. Ett medel vi behöver för att kunna leva.*

\*

Nu berättar familjen att det händer mer mellan gångerna på alla sätt utom på matfronten, och jag försöker motivera Alicia att försöka få lite koll på sina värden, men hon fortsätter vägra

kontakt med vården. Jag pratar med henne om att man verkligen kan känna som om svälten är ens enda vän i nöden, en sorts räddningsplanka, och om någon skulle säga åt en att släppa taget om plankan gör man förstås inte det. I nöden är man ju så övertygad om att man skulle gå under utan den. Kanske är det verkligen så. Jag berättar om den stora respekt jag har för anorexin, för jag kan aldrig veta vad den skyddar mot. Det är ju hennes värld det handlar om. Å andra sidan – nu har hon ju både föräldrarna och mig med sig, och kanske hon kan ta mer hjälp av mamma. Förr eller senare släpper det, men kanske hon ändå måste gå med på en inläggning om hon inte kan få till samarbetet med mamma. Jag talar också med föräldrarna om deras tankar kring hur de ska hantera ett eventuellt fysiskt krisläge. Deras erfarenheter av effekter av tidigare vård gör dem dock ytterst tveksamma att sätta press på Alicia.

\*

Familjen tycker att Alicia blir allt gladare och mer pratsam, men det går väldigt mycket upp och ner. De berättar att en dag hade mammans tålamod brustit för hon upptäckte att Alicia hade fuskat med näringsdryckerna. Mamman hade skrikit åt henne att nu fick hon flytta hemifrån och klara sig själv. Vi talar om mammans skuld känslor över att hon varit beredd att kasta ut sitt sjuka barn: ”Hur kunde jag?” frågar hon sig med ångest i rösten. Jag försöker med en hypotes jag tycker är spännande: ”Vet du, jag tror att du är den av er som riktigt tagit till dig att det inte är fråga om en sjukdom utan att det är Alicia som svälter sig. Och jag tror att det var den vissheten som fick dig att våga ställa ultimatum”. Mamman håller med. Jag fortsätter: ”jag tror att Alicia kände din visshet och då det blev verkligt också för henne att hon har ett val”. Alicia höll med och valde att försöka samarbeta bättre i fortsättningen.

\*

Ur kaoset följde dock att Alicia blev mer reflekterande. Hon berättar att det var en stor lättnad att komma till denna punkt. Hon berättar att hon börjar känna ett *jag* som är med om att bestämma och då tystnar den anorektiska rösten alltmer. Detta *jag* tycker hon inte att hon haft kontakt med förut. Nu när Alicia börjar tona fram alltmer inför sig själv, blir det möjligt för mig att börja engagera henne mer i att tona ner sjukdomstanken. Jag frågar om hon kan förstå vad som gjort att anorexin blivit så stark. Jo, hon hade en idé om att hon skulle bli lyckligare om hon blev riktigt smal. Framför allt tänkte hon att hon skulle bli sedd som den person hon är och inte för sin kvinnokropp och hon berättade att hon hade upplevt situationer som varit mycket kränkande. Men när hon svält sig skulle ingen människa kunna kränka henne mer.

\*

Det har nu gått tre månader och familjen har kommit fram till att de måste glesa ut mellan träffarna för att resorna tar hårt på allas krafter och föräldrarna har svårt att få ledigt en heldag

varje vecka. Nu är föräldrarna helt slut och lika rädda som den gången då Alicia togs in på psykiatrisk klinik. Men denna gång tänker inte Alicia lägga in sig för deras skull. Än mindre tänker hon söka till ätstörningskliniken eller ens gå till vårdcentralen av rädsla att bli intagen mot sin vilja. Hon har hela makten och är ändå så maktlös. Det är en paradox men ändå så konkret, så verkligt. Trots sina nya insikter om sitt allvarliga tillstånd är Alicia alltjämt fast i sitt anorektiska dilemma; lika rädd att gå upp i vikt som att dö. Hon är själv undrande inför att det är något som är så starkt att det håller henne tillbaka. Jag tror att hennes föreställning om att bli lycklig är en stark faktor som upprätthåller svälten. I så fall tror jag att det som kan rå på den är att Alicia får en ökad känsla av sitt eget värde.

Men det kommer att ta tid. Nu börjar vår gemensamma tid med döden-i-rummet på allvar. Vi pratar om att föräldrarna ska ringa efter ambulans om det skulle bli kritiskt, och Alicia samtycker till det. Precis som så många andra mammor tassar Alicias mamma in i sin flickas rum om nätterna för att lyssna om hon andas. Mamman tycker dock att, även om det inte märks någon större skillnad i fråga om maten, så vänder det ändå uppåt. Därhemma pratar de mycket om allt de kommit underfund med under samtalen; hur Alicia kan få kontakt med sina fina sidor, stå upp för sig själv och att hon kan börja ta till sig positiv feedback i stället för att förvränga dem till att passa hennes negativa tankemönster.

\*

Men påfrestningarna sliter också hårt på relationerna i familjen. Särskilt sliter de på tilliten mor-dotter-relationen och river upp sår som beror på den långa kampen om maten. Vid ett tillfälle tittar mamman på bilden med de tre möjligheterna som illustrerar denna uppsats. Hon säger att hon bara kan se kistan till vänster. Alicia blir rasande: ”Ska inte ens egen mamma tro att man kan bli fri?!” Återigen försöker jag utmana Alicias anorektiska dilemma; att hon, i stället för att envist klamra sig fast vid det enda säkra, kanske kan våga öppna sig för möjligheten att hon kan leva med det som ska komma. Kanske hon verkligen inte är så tom och meningslös som hon föreställer sig. Alicia tycker att så mycket av det jag säger träffar rätt och det gör henne tryggare i att jag inte bara har en generell kunskap om att det är möjligt att bli bra, utan en också en tro att just hon kan bli bra. Hon säger att hon egentligen har vetat det hela tiden, men värjt sig mot att tro mig för jag kunde väl inte veta att inte just *hon* skulle vara ett hopplöst fall även om det gått bra för alla andra.

\*

Vid ett senare terapitillfälle inträffar en viktig händelse som bidrog till att Alicia gick in i den kris som skulle leda till en vändpunkt. Jag gjorde en intervention som syftade till tydligare

skilja Alicia som person från föreställningarna i hennes huvud – den uppsättning föreställningar som vanligtvis förknippas med anorexin. Jag vände på den ena av två fotpallar som finns på golvet framför sofforna i mottagningsrummet. Pallarna är konstruerade med små klossar till ben i varje hörn. Med hjälp av lite fantasi kan de utgöra hörnpelarna i ett bygge om man vänder upp-och-ner på pallarna. Först vände jag den ena pallen och sa att hörnklossarna representerar vad jag funnit vara det vanligaste ”anorexihuset”, det vill säga i flickornas föreställningsvärld; att hon är 1. Egoistisk, 2. Lat, 3. Otillräcklig, 4. En börda för andra.” Sedan vände jag på den andra fotpallen och sa att det här är ”det friska huset”, är flickan själv, som är motsatsen till anorexihuset. Hon är: 1. Altruistisk som alltid tänker på andra. 2. Engagerad i att allt ska bli så bra som möjligt. 3. Värdefull precis som hon är. 4. En gåva i sina relationer.

\*

Under nästa session fick jag klart för mig att upplevelsen av denna konkreta illustration av flickans båda ”röster” blivit starkast för mamman. Det ledde i sin tur till att något väsentligt förändrades i mor-dotter relationen. Mamman berättade att händelsen med pallarna fick henne att förstå att anorexin handlar om motstridiga krafter inom Alicia. För första gången på flera år kunde hon därför se henne som person och inte som patient. Det ledde till att hon tilltalade Alicia på ett sätt som hon trodde fick henne att känna att hon finns till. Alicia bekräftade att mamman nu såg henne som person, ändrade allt: ”För första gången på årtal kände jag att mamma pratade med *mig!* Och *nu finns jag!*”

### 1.1 Alicia börjar skicka mail

Vid den här tidpunkten börjar Alicia skriva mail till mig nästan dagligen under ett par månader. Hon skriver att hon har behov av daglig bekräftelse från mig för att förstå sina konstiga tankar och hitta rätt i sin ambivalens. Det började med att hon lovat göra ett sista försök att få det att vända hemma tillsammans med mamman. Om det inte skulle gå så skulle hon lägga in sig på sjukhuset. Hon hade fått en vecka på sig. Men det skulle ta ett par månader. Mailen ger en djupare inblick i vad hon gick igenom. Det är svårt att förkorta texten och ändå göra henne rättvisa när jag väljer ut vissa stycken. Jag har koncentrerat i första hand mig till det som ger tydligast inblick i hur det anorektiska dilemmat sliter i henne. Dels får vi ta del av hennes skräck för den gamla ångesten och för att stå ensam i livet utan anorexin, och dels får vi följa Alicias växande motivation och tillit till mig och hur terapin hjälper. Hennes ökande förtroende för mamman märks också och de samarbetar alltmer. Jag har även valt brottstycken som visar hur Alicia blir tydligare för sig själv och hur hennes behov anorexin

minskar i takt med det. Sjukdomstankarna tonar ner; hon tror inte längre att hon är fast för livet i en sjukdom som ingen kunnat ge besked hur man blir av med om man inte vågar äta mer. Jag tycker att det stora värdet med mailen är att Alicia skrev dem spontant och skickade dem till mig för att få hjälp i sin pågående kris medan tankarna och känslorna slet som värst i henne. De utgör därmed ett värdefullt material som säger mer om det krisiga läget än en berättelse ur minnet skulle göra.

*Jag vet att jag kan klara att gå emot anorexin men saken är dem att jag inte vågar. Jag vågar inte stå utan den för jag vet inte vem jag är utan anorexin, att gå emot den känns som att svika min "bästa" vän. Det känns som jag lämnar en bit av mig själv som funnits där och hjälpt mig ... Hur ska jag våga stå naken inför världen utan anorexin som skydd mot allt som kan skada mig och från att jag ska kunna skada någon annan?*

\*

*Det är bara första dagen och redan känner jag att jag lyssnat mer på anorexin än på mig själv och på vad mamma vill och säger att jag behöver göra ... Jag vill lita på dig men just nu kan jag inte tänka mig att det skulle kunna gå att lära mig tycka om mig själv för jag kan inte ljuga för mig själv.... jag är alldeles för rädd för att gå upp i vikt och börja äta. Samtidigt som jag inte vill läggas in för jag vet att ... i så fall ... blir jag ju helt sängliggande i min ensamhet och ...*

\*

*Jag får också göra detta för din skull, för att du ska få en chans att bevisa att du kan hjälpa mig med allt du säger. Att din kunskap kan hjälpa mig få ett normalt liv med en god självkänsla.*

\*

*Nu har hon [mamma] stenkoll på mig och jag får inte röra mig alls. Fick världens ångestattack och det ledde till att jag och mamma började bråka som bara den. Och nu hotar hon hela tiden med att hon ska ringa 112 om jag inte lyssnar på henne osv. Jag är så himla ledsen och ångestfull så jag vet inte vart jag ska ta vägen.*

\*

*Mia, jag får panik. ... Jag har sådan dödsångest nu och vill bara bli fri från detta nu... dina ord hjälper mig verkligen att våga ta små steg mot ett fritt liv. Jag funderar också på att låta mamma hjälpa mig mer med maten. Är livrädd för att tillåta henne det men som sagt gör dina ord att jag vågar ta steg mot att släppa anorexin.*

\*

*Jag är så rädd Mia, jag är rädd för allting. Det känns som hela mitt liv går ut på att jag ska gå runt och vara rädd för allting. Jag är rädd för att gå ur anorexin och jag är rädd för att vara kvar i den. Det är så svårt när man har två sidor i sig som båda vill sitt.*

*Kroppen säger emot, den orkar inte ett steg längre. Den skriker till mig att den vill vila.*

*Samtidigt som anorexin skriker till mig att inte vila, att röra på mig så mycket jag kan.*

*Åh Mia, detta är så svårt.*

\*

*Jag vill aldrig mer känna den känslan jag gjorde den kvällen då jag trodde jag skulle dö. Det var nog det läskigaste jag varit med om, det blev så verkligt att anorexin inte är min vän utan att den dödar mig. ... Det var som att min kropp sa till mig att nu är det nog, nu MÅSTE du lyssna på mig och våga lyssna på Mia. Våga ge henne en chans annars ger jag upp. Och jag lyssnade på kroppen och vill verkligen tro att du kan hjälpa mig. Det är du som är min räddning nu Mia*

\*

*Hur ska jag lära mig att stöta bort anorexians sjuka tankar när någon påpekar hur pass stark den är inom mig? Och samtidigt om ingen säger något om det så blir jag rädd för då tror jag att anorexin är helt borta och att jag nu står ensam inför världen. Asså det är så svårt att ha som två personer inom sig själv hela tiden... det är svårt att lyssna på den rätta rösten. Men jag kämpar på!*

\*

*Försöker tänka maten som LIVETS-medel och det hjälper faktiskt på traven. Det är lite lättare när jag tänker att maten bara är ett medel för att livet ska kunna pågå och det är det bästa någon sagt till mig om maten.... Något som också gav mig hopp var när du sa att det brukar ta lång tid innan hoppet växer ... Jag började ju nästan ge upp hoppet eftersom jag gått hos dig i ett och ett halvt år men när du sa att det är en del av processen så blev jag lugn.*

\*

*Jag äter och äter men för varje tugga skriker det inom mig att jag kommer bli tjock ... Samtidigt är jag ju livrädd för att jag ska dö och inte få uppleva något annat i mitt liv, det vill jag ju inte. Jag vill ju leva, uppleva saker, njuta och utforska. Jag försöker tänka på det när det är som jobbigast, och jag tänker på dig och allt du sagt och säger till mig ... tack för alla ord för dom hjälper verkligen.*

\*

*Det är så kämpt Mia, jag skakar av rädsla hela tiden eftersom jag nu tagit tag i maten. Det verkligen känns som ingen återvändo nu, det känns onödigt att gå tillbaka till självsvält nu när jag väl tagit tag i det.*

\*

*Jag försöker tänka på allt du sagt och skrivit men just när anorexin är stark så är det svårt. Det enda jag vet är att jag inte ska ge upp. Jag har sagt att du ska få en chans att visa att jag kan ha det bättre och det håller jag fast vid.*

\*

*Det är jättejobbigt för nu har jag ångest från jag vaknar tills jag somnar. Den blir bara större ju mer jag äter trots att alla säger den kommer försvinna mer*

\*

*Jag vet att ångesten kommer men jag kan arbeta med den på ett annat sätt eftersom du gett mig så mycket verktyg med det. Ångesten är grymt stor men eftersom jag helt gett upp inför ångesten för maten så låter jag den komma och går igenom den. Du har sagt att det inte sitter i maten så jag försöker tänka så och det hjälper. Men i stället kommer andra sorters ångest och dom är lika hemska och läskiga, om inte värre. Rädslan för det ovissa, att jag inte vet hur jag kommer se ut, vad andra kommer säga, hur jag kommer tycka om min "nya" kropp. rädslan att aldrig trivas i min kropp eller med mig själv, ovissheten om vad som väntar, tankar som "kommer jag kunna må bättre?"*

\*

*Jag är så glad att jag gett dig chansen att visa att man kan leva ett liv utan anorexin, trots att dagarna är hemska just nu med en ångest som aldrig försvinner så tar jag i alla fall mig igenom dagarna utan att lyssna på anorexin. Jag vill att det ska vara över. Mina rädslor växer för varje dag och ovissheten gör så jag får panik. Jag vill ju ha kontroll!*

\*

*Det är verkligen hemskt jobbigt och varje dag är verkligen en kamp. Men jag tänker inte ge upp nu när jag väl tagit tag i det. Jag tror att det är detta som dina tjejer menar med att helt plötsligt är det inte alls lika svårt att äta. De menar nog att när de väl vågat ta steget och lita på dig så är maten inte något problem längre. Jag trodde alltid innan att det var när man tog steget och vågade tillåta sig äta som man efter ett tag inte såg maten som jobbig längre, men har ju upptäckt att det är i samband med att man vågar tillåta sig lita på dig som maten blir lättare. Det visar ju verkligen att du har rätt i att det sitter inte i maten och det är skönt att få även det bekräftat.*

\*



*Det är så jobbigt med två viljor och rädslor som är så starka. Jag vet inte hur jag ska klara av detta Mia, det är så svårt. ... jag hoppas från botten av mitt hjärta att du kan hjälpa mig med det och det är det hoppet som får mig att fortsätta kämpa.*

\*

*Utan dig hade jag aldrig vågat, vet knappt om jag vågar nu heller, försöker inte tänka på det så. Försöker tänka så lite som möjligt eftersom du sagt till mig att det bara ställer till det så jag försöker bara va och inte tänka alls. Även om det är SJUKT svårt ... tankarna smyger sig gärna på.*

\*

*Jag ska fortsätta, jag fortsätter för din, mammas och familjens skull. Mamma och jag pratade igår eftersom jag gick tillbaka in i anorexin i helgen på samma sätt igen. Men vi löste bråket och det känns bra nu.*

\*

*När vi kom hem från dig i söndags hade vi först världens störta bråk, vi skrek och skrek och det var inga trevliga ord som sades. Men det var början på en förändring. Mamma och jag redde ut bråket och började prata, jag sa till henne att jag inte riktigt fattade vad du menade med att jag skulle känna inom mig och leta där efter vem jag är och försöka känna inom mig att jag blir nyfiken på vem Alicia är. Men då fick mamma mig att förstå hur du menade, hon ställde frågan "tycker du om måndagar eller fredagar?" Och då fick jag känna efter inom mig och svarade utifrån vad JAG tycker. Det var en helt ny upplevelse för mig och svaret berättade en bit av vem jag är. Vem ALICIA är, och det väckte en nyfikenhet hos mig. Jag kände att jag ville veta mer, det var en häftig känsla att kunna känna inombords vem jag är.*

\*

*Mamma tog även upp maten, hon sa att jag kan använda mig av samma redskap där. Att varje gång jag ska äta så ska jag känna inom mig, "vad vill JAG ALICIA, äta?" "Hur mycket vill JAG ÄTA" "Är JAG mätt nu eller vill JAG ha mer?" Inte vad anorexin vill att jag ska äta, inte vad anorexins portioner eller mättnadskänsla säger utan att JAG lyssnar på mig själv.*

\*

*Ja det känns så konstigt att jag inte kan beskriva hur det känns men trots att det ibland är jobbigt så gör jag verkligen detta för MIN skull nu. Jag tänker på vad som är bra för mig och jag har börjat försöka vända alla negativa tankar och försöker tänka positivt!*

\*

*Jag märker att det är en helt annan vilja som kommer inifrån och jag är inte alls lika rädd längre, jag vill inte leva med anorexin längre.*

\*

*Mamma och jag bollar tankar mellan varandra och jag märker hur jag utvecklas och hur jag jobbar med att vända tankarna till det positiva. Det är mycket jobb men det går i alla fall framåt. Ja mamma är helt underbar, hon vet vad hon ska säga och hur hon ska säga det vilket gör att jag känner mig ännu mer lugn.*

\*

*Jag är så himla glad att jag äntligen kan säga det som jag säger och känna det jag känner!  
Tack själv för du hjälpt mig komma till den här punkten i mitt liv!*

## 1.2 Ett år senare

I samband med mailen kom terapin till en vändpunkt. Mamman låg tillsammans med Alicia om nätterna och såg till att hon fick i sig näring dygnet runt. Det fungerade och den positiva utvecklingen fortsatte efter vändpunkten. När det väl börjat fungera glesades resorna till Stockholm ut ännu mer. Nästan precis ett år efter vändpunkten hade vi ett utvärderande samtal. Alicia kom glädjestrålade och berättade att hon äntligen vågat sig till vårdcentralen och att allt är bra med henne. Båda föräldrarna gråter när de ska sammanfatta vårt samarbete. ”Denna gång är det lyckotårar” säger pappan och mamman säger att hon är så tacksam att hon inte har ord: ”jag har inte det Mia, det finns inga ord som kan uttrycka det jag känner, utan dig hade vi *aldrig* suttit här idag – inte *någon* av oss”. Hon skälver till och uttrycker en undran ”vad var det som gjorde att vi inte tog Alicia till sjukhuset?” Pappan ger henne en blick och säger några kryptiska ord som jag förstår betyder att de inte ska dra upp några traumatiska minnen. Jag väljer att säga: ”jag tror du litade på mig”. Mamman nickar och ser plötsligt alldeles lugn ut. Alicia däremot plockar upp mina ord, som om de var avsedda för henne. Hon säger att hon *inte* vågat lita på mig, men *ändå* redan första gången hade känt något hon än idag inte har ord för. ”Nog litade hon på dig alltid” bryter mamman in ”hon hade *sånt* fokus varje gång de skulle resa till Stockholm”.

Lillasyster är också med. Hon berättar att hon mycket glad över att ha kvar sin syster – och att de har fått en så bra relation nu. Tillsammans utforskar vi också vad som varit avgörande i behandlingen. Mamman säger att det absolut hade att göra med att vi vände på pallarna. Eftersom lillasyster inte var med vid det tillfället berättar vi för henne och visar hur vi vände på pallarna och hur det blev tydligt både att den anorektiska rösten och Alicias röst var hennes och att de gav helt enkelt uttryck för *två* olika perspektiv; att det samtidigt var fråga om två krafter inom *en och samma* människa. Då säger Alicia: ”jag känner igen mig själv precis i den

där pallen” och pekar på den där allt är bra. ”Och” säger hon och pekar på pallen som symboliserar de negativa självbilder som dominerade hennes värld: ”jag minns *exakt* hur det var när det var som i den där!”. Mamman fyller i att anorexin och Alicia flöt ihop då, när hon blev dålig, men att de nu är klart skilda åt. Alicias slutreplik är obetalbar ”kroppen är frisk och jag är fri”.

### 1.3 Dilemman

I min berättelse och i Alicias mail kan vi få syn på det anorektiska dilemman, och följa Alicias ambivalens att släppa sin självsvält som skyddar mot ångest och upplevelse av både en inre och yttre alienation. Familjen sitter också i ett dilemma – om de ska försöka sätta än mer press på sin dotter att söka vård när läget är som mest kritiskt eller ta risken att de inte skulle hinna få henne till intensivvården i tid om det skulle bli riktigt illa. När Alicia börjar tona fram som den person hon är bakom symtomen, kan hon bli nyfiken på anorexin som meningsbärande snarare än en sjukdom hon inte klarar av att äta sig frisk från. Och i takt med att sjukdomstankarna tonas ner kan hon ta itu med sitt dilemma, sin ambivalens att släppa anorexin. Då som först kan vi engagera oss i en rekonstruktion av Alicias livsvärld. Slutligen märker hon att hon inte bara velat bli *fri från* sin ångest, utan att självsvälten bärs av en idé om att hon ska bli lycklig, det vill säga bli *fri till* ett liv hon kan leva. Då blir hon paradoxalt nog fri- fri att förverkliga sin potential. Det är dock först när hennes mamma ser och tilltalar henne som en person och inte som en sjukdom som det blir tydligt att det rör om två motstridiga krafter inom henne, en som velat fortsätta använda svälten som skydd och en som velat sluta med svälten för att bli frisk och fri. Något som verkade särskilt viktigt för Alicia var att matsituationen avdramatiserades så hon blev lugnare och kunde närma sig livsfrågorna. Att gå den existentiella ångesten till mötes verkade fungera bättre än att kämpa med ångesten för maten.

Men det är inte bara Alicia som plågas av dilemman. Inte heller jag kunde vara säker på att Alicia inte skulle fastna i sin lösning för gott, eller ännu värre – att det inte skulle vända i tid. För mig var det periodvis oroligt. För trots att jag har 35 års erfarenhet av att arbeta med svårhjälp anorexi är varje process unik, och även om det brukar ta lång tid innan symtomen försvagas, går det oftast inte så långt som i Alicias fall. Eftersom det inte finns några garantier kan jag ytterst bara förlita mig på min praktiska kunskap och mitt omdöme, det Aristoteles kallar *fronesis*, det goda omdömet. Det innebär att utforska vad den innevarande situationen

kräver av mig. Det som hjälper mig i mitt dilemma är främst den erfarenhetsbaserade vetenskapen att alla brukar reagera positivt när de känner sig sedda och räppts förstådda, och att det ofta är möjligt att förstå tillräckligt väl för att det ska väcka ett svagt förtroende och hopp. Att Alicia sa att hon kände sig förstådd och att det väckte hennes hopp var därför viktigt för min bedömning att det skulle hålla hela vägen, trots att den döden-i-rommet situationen som drog ut på tiden gjorde oss alla ängsliga kunde jag hålla mig till den vetenskapen. Till min hjälp har jag också min starka tro att det är mänskligt möjligt att bli frisk och fri från anorexi.

## 2. Bakgrund

Ofte bor pasientene med foreldre og er fortsatt avhengige av sin familie til tross for at de er i voksenalder. Vi har også forstått gjennom våre møter med pasientene og deres familier, at alle som er knyttet til mennesker som er rammet av AN opplever store belastninger. Det beskrives ofte som å leve med "døden i rommet" hver dag. Sammen med familien er vi vitne til denne destruktive prosessen, som pasienten ikke har kraft eller motivasjon nok til å endre.<sup>2</sup>

Titeln på denna vetenskapliga essä har inspirerats av citatet ovan, hämtat ur en masteruppsats om att implementera familjebaserad behandling och familjeterapi för unga vuxna med anorexi. Anita och Olof Ulwan förmedlar hur närstående till individer med anorexia nervosa beskriver situationen som att under lång tid dagligen *leva med döden i rummet*. De stora belastningar de upplever har att göra med att hemmaboende vuxna barn är helt beroende av sina föräldrar som står maktlösa inför deras långvariga självsvält. I min erfarenhet är detta en vanmakt som accentueras i de fall då en myndig dotter likt Alicia motsätter sig fortsatt vård.<sup>3</sup>

I sådana fall kan ett terapeutiskt komplement vara en möjlig väg. Därför står ett utökad utforskande av vad det är vi gör i terapeutisk behandling som hjälper vid svårhjälp anorexi i fokus för mitt intresse. Det ligger även i linje med vad forskarna vid Kunskapscentrum för ätstörningar, KÄTS, skriver i en rapport *Ätstörningar* från 2002.<sup>4</sup> De menar att vi vet för lite om vad som är verksamt i terapeutisk behandling och att det behövs fler kvalitativa studier och systematiska fallstudier för att få en bättre kunskap om hur klienterna erfar behandlingen.

---

<sup>2</sup> Anita Ulwan & Olof Ulwan, *Familiebehandling av voksne med Anorexia Nervosa, Terapeuters erfaringer, holdinger og perspektiv på å inkludere familien ved behandling*, Diakonhjemmet Høgskole, 2015. s. 6.

<sup>3</sup> Jag väljer att skriva flickor, döttrar, unga kvinnor m.m. med tanke på det extremt genusspecifika syndromet.

<sup>4</sup> David Clinton & Claes Norring, *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, Falkenberg: Natur och Kultur, 2002.

Denna masteruppsats är en uppföljning av två tidigare kvalitativa studier som utforskar hur terapeutisk verksamhet fungerar vid anorexi. En är en projektrapport, en samverkan mellan KÄTS, Danderyds barnpsykiatri och Anorexiamottagningen Mia Andersson.<sup>5</sup> Den andra är en magisteruppsats i Praktisk kunskap vid Södertörns högskola där jag som fallstudie utforskade anorexiterapi med en av mina patienter.<sup>6</sup> I projektrapporten berättade de unga vuxna klienterna från min mottagning att det som var avgörande för att de blev bra var att *ingen tyckte de var konstiga, att de blivit bemötta som en person och inte som en sjukdom, att någon intresserat sig för deras liv som det verkligen varit och inte genom någon teori* samt att *terapeuten förstod hur viktig mamma var*. Det är den kunskapen som ligger till grund för min tillit till att Alicia skulle klara sig när hon kunde känna sig förstådd och uppfatta mammans betydelse i hennes process. I magisteruppsatsen arbetade jag med det fenomenologiska perspektivet. Tillsammans med en ung kvinna jag kallar Felicia, utforskade jag självsvältens mening i hennes livsvärld. När hon insåg att hon valde att svälta sig och att det hade med hennes sociala sensitivitet att göra, kunde hon engagera sig i att utveckla sina sociala gåvor och till sist bli fri att välja bort sin självsvält.

I KÄTS rapport från 2002 betonas vikten av en helhetssyn på anorexi, vilket innebär ett multifaktoriellt tillstånd med ”interagerande bio-psyko-sociala faktorer som är av betydelse för den fortsatta utvecklingen”.<sup>7</sup> I en senare rapport från KÄTS, från 2008, kan man dock läsa att det nu satsas mer på den biologiska faktorn.<sup>8</sup> Det skäl som anges är att ansökningarna till landets ätstörningsenheter ständigt ökar, varför det förväntade antalet fall av långvarig anorexi sannolikt också kommer att öka, och att det medför såväl ökande samhällskostnader som stort lidande för dem som drabbas. Dessutom kan man året därpå läsa i Stockholms läns landstings regionala vårdprogram, att evidensläget för terapi är svagt.<sup>9</sup> Den biologiska dominansen är också tydlig bland annat i psykiatriförbundets kliniska riktlinjer från 2015. Bland annat hävdar man där att svälten ska brytas innan man sätter in psykologisk behandling.<sup>10</sup> De

---

<sup>5</sup> Florrie Widén, Mia Andersson, Karin Lindau, Agneta Victorin, *Ätstörning och behandling: Klienternas och föräldrarnas berättelser om vad de gått igenom under sjukdom och tillfrisknande*. Kunskapscentrum för ätstörningar, 2003.

<sup>6</sup> Mia Andersson, *Anorexiterapi: En undersökande essä om att arrangera en kontext som subtilt förmedlar att förändring är möjligt*. Magisteruppsats i praktisk kunskap vid Södertörns högskola, 2014.

<sup>7</sup> David & Norring, 2002. 86-87.

<sup>8</sup> *10 år med KÄTS, kunskap i vården*. Kunskapscentrum för ätstörningar, Stockholm: Alfa Print, 2008.

<sup>9</sup> Anna-Maria af Sandeberg, Andreas Birgegård, Lillian Mohlin, Christel Nordlander Ström, Claes Norring, Marie-Louise Silverstrand, *Regionalt vårdprogram: Ätstörningar*, Stockholm: Stockholms läns landsting RV 2009:02.

<sup>10</sup> *Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning nr 7, 2015. s. 67.

skriver också att det inte är meningsfullt att ha samtal med patienter som ligger på BMI-värden under 14, då de har en kognitiv nedsättning på grund av svälten.<sup>11</sup>

Men alla av dem samverkar inte till en ökning till det BMI-värde som krävs för terapeutisk behandling och, som vi ska se, har det visat sig att ett flertal behandlingsomgångar av samma slag inte ger annorlunda resultat. Dessutom vet vi att den grupp som riskerar utveckla särskilt svårhjälp anorexi redan initialt har sämre självbild än övriga. Det finns alltså skäl att utforska vilka komplement som skulle kunna erbjudas både åt dem som ligger på låga BMI-värden och redan prövat några behandlingsomgångar och också på ett tidigt stadium åt dem som tillhör den grupp som riskerar att utveckla långvarig anorexi, eftersom de kan identifieras direkt och då de visar större självhat än övriga och självhat går att behandla terapeutiskt.

Mot bakgrund av den alltmer biologiskt inriktade diskursen valde jag att, förutom fallstudien, också utforska ett par terapeutiska behandlingsenheter där man, precis som jag, sätter in terapeutisk behandling direkt. Det som förenar oss är att vi under flera decennier ägnat oss åt att utveckla en gedigen praktisk kunskap avseende terapeutisk behandling – särskilt vid svårhjälp, eller långvarig, anorexi, då många patienter dessutom ligger på låga BMI-värden.

### 3. Syfte och frågeställning

Mitt syfte med denna studie är att utforska vad som är gemensamt i terapeutisk behandling som bedrivs vid särskilt svårhjälp anorexi som utmärks av bland annat mer självhat än övriga har, eller långvarig anorexi som ofta innebär att patienterna legat på låga BMI-värden i årtal. Många av dem är på väg att utveckla vad Ulwans i sin masteruppsats betecknar som *en destruktiv process som patienten själv vare sig har kraft eller motivation att ändra på*, och många fortsätter, också enligt Ulwans, att vara *beroende av sin familj trots att de är i vuxen ålder*, precis som Alicia i min fallstudie. I bästa fall går det att få fram en tydligare kollektiv fronetisk kunskap genom att sammanställa den erfarenhet och kunskap som finns hos människor som ur olika positioner – forskning, behandlingsarbete och egenupplevd terapi – har erfarenhet av att det faktiskt går. Lyckligtvis har det även blivit möjligt att utvärdera och se dessa erfarenheter i ljuset av internationell forskning som under senare år visat att terapeutisk behandling vid anorexi är verksamt.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Ibid., s. 99 (BMI= Body mass index).

<sup>12</sup> Se avsnittet Diskussion med tidigare forskning.

Utifrån mitt syfte att närmare utforska några terapeutiska komplement till den vård som ges i enlighet med den alltmer biologiskt inriktade diskursen, blir den grundläggande frågan:

*Vad är det vi gör i terapeutisk behandling som hjälper klienter att bli fria från särskilt svårhjälp anorexi, speciellt som de ofta ligger på låga BMI-värden och vanligen redan gått igenom upprepade behandlingar?*

#### 4. Metod

För att utforska vad det är vi faktiskt gör i terapeutisk behandling som är verksamt vid särskilt svårhjälp anorexi, har jag har valt att arbeta med tre material. Förutom min egen praktiska kunskap, har jag även dels tagit med den inledande fallstudien och dels en fältstudie där jag intervjuar sex personer; en forskare vid KÄTS och fem terapeuter med lång praktisk erfarenhet av att arbeta terapeutiskt vid särskilt svårhjälp anorexi. Det är min förhoppning att dessa tre material kan medverka till en tydlig kollektiv fronetisk kunskap.

##### 4.1 Mot en kollektiv fronetisk kunskap

Redan under det andra århundradet visste kineserna att *kollektiv visdom* ger stora fördelar. Statsmannen Zhuga Liang lär ha inviterat undersåtar i De Tre Kungadömena till löpande dialoger och lovordade alla som hade modet att stå upp för sina idéer och synpunkter, vilket visade sig framgångsrikt för samhället i stort. Även i vår moderna västvärld talas det alltmer om begrepp som kollektiv visdom, kollektiv intelligens och kollektiv kunskap. Bland andra har forskarna vid Centrum för praktisk kunskap, Södertörns högskola, börjat använda begreppet *kollektiv fronetisk kunskap* där Aristoteles begrepp *fronesis*, det goda omdömet, ingår.<sup>13</sup> Utvecklingen mot en kollektiv fronetisk kunskap i vår tid kan sägas började med den polske biologen och läkaren Ludwik Fleck som skriver:

Definierar vi "tankekollektiv" som en gemenskap mellan människor som utbyter idéer och tankar och står i tankemässig växelverkan med varandra, så har vi därmed definierat bäraren av ett tankeområdes historiska utveckling, av en viss mängd vetande och en viss kultur, alltså av en särskild tankestil.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Uppgift i samband med handledning på denna uppsats av Jonna Bornemark. (Enligt henne forskas det just nu på det vid SH).

<sup>14</sup> Ludwik Fleck, "Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum", *Klassiska texter om praktisk kunskap*, Jonna Hjertröm Lappalainen (red.) Huddinge: Södertörn Studies in Practical Knowledge, 7. s.142.

Fleck hävdade att den överordnade principen i det vetenskapliga tänkandet är att maximera erfarenheten. En kollektiv kunskap bildas i och med att nätverk växer och influenser från skilda perspektiv inverkar på helheten. Kunskapen riskerar då inte att stelna i dogmer, utan är i ständig rörelse och tillblivelse. Kärnan i Flecks tänkande är att kunskapsprocessen inte är någon individuell process hos ett teoretiskt medvetande-i-sig, utan den är resultatet av en social verksamhet. Förekomsten av tankekollektiv utgör en felande länk i det vetenskapliga tänkande, som inskränker sig till att utforska relationen mellan den som antar någonting (subjekt) och det som det ännu återstår att veta någonting om (objekt). Poängen är att redan förefintliga kunskapsbestånd, som når utöver individens gränser inverkar mer på människors sätt att tänka än vi anar.

Då den kollektiva tankestilen enligt Fleck utövar ett oemotståndligt tvång över individens tanke, är varje avvikelse från den otänkbar. Om man inte tar med tankekollektivet i det vetenskapliga tänkandet missar man två väsentligheter; det blir omöjligt att förstå dels hur slutna system uppkommer och dels hur det förflutna rymmer ”utvecklingsanlag” eller ”föridéer till en kunskap”, som ännu inte blivit objektivt underbyggda. Båda konsekvenserna är av största betydelse för terapi som jag ser det. För det första kan vi själva som behandlare sitta fast i slutna system och ett sätt att tänka som hindrar oss att se alternativa perspektiv och möjligheter. För det andra kan det ligga utvecklingsanlag och föridéer till kunskap i en hel del terapeutisk praxis, anlag och idéer som ännu inte evidensbaserats.

Flecks tankar om idéburna nätverk förekommer också hos ett antal senare tänkare. För mig som systemteoretiker är det intressant hur nära Flecks tankar ligger de tankar som antropologen och systemteorins fader Gregory Batesons utvecklar i sitt stora verk *Towards an Ecology of Mind*.<sup>15</sup> I hans evolutionära teori ingår bland annat ett stort arbete med ”systemiska premisser” som förutsättningar för att ett system, eller nätverk av idéer, ska utvecklas och överleva i sin interaktion med omvärlden. En viktig förutsättning för överlevnad är dock att premisserna är plastiska och kan adaptera till förändringar i omvärlden. Dessa tankar ligger helt i linje med Flecks tankar om att idéer kan stelna i dogmer i stället för att föra utvecklingen framåt. Precis som Fleck hävdar att tankestilen inverkar mer än vi tror, menar Bateson att premisserna gör det, framför allt att vad han kallar *Larger Mind* är starkare än den enskilda människans individuella *Mind*.

---

<sup>15</sup> Gregory Bateson, *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution and epistemology*, New York: Paladin, 1973.



Psykiska symtomen kan vara tecken på att människor har kört fast i systemiska premisser, vilket gör det svårt för dem att förhålla sig till förändringar. Den vetskapen är av största betydelse för terapi eftersom förändring är både terapins kärna och problem. Människor söker sig till terapi för att de kört fast och söker en väg ut, samtidigt som de verkar klamra sig fast vid sina symtom. I sådana dilemman eller paradoxer behövs det att man kan göra något som är tillräckligt oväntat, vilket redan den legendariske terapeuten M.H. Erickson visste. Erickson kan ses som en gemensam utgångspunkt för alla terapeuter i denna studie. Erickson bemötte paradoxer med lika paradoxala interventioner som skulle motverka paradoxerna – vilket inspirerade till titeln på Milanoinstitutets forskningsrapport, *Paradox and counterparadox*, där de beskriver sitt forskningsarbete med anorexi och systemterapi i praxis.<sup>16</sup> Det intressanta för mitt syfte att försöka få fram en större kollektiv fronetisk kunskap är att mina informanter och jag har gemensamma rötter som sträcker sig ända till Ericksons verk.

En senare tänkare som för en intressant diskussion kring det kunskapande subjektets nätverk är vetenskapsfilosofen Donna Haraway.<sup>17</sup> Hon introducerar begreppet ”situerad kunskap”, som innebär en sammanställning av erfarenheter som utgår från var och ens subjektiva situation. Hon lyfter ”det partikulära” som ett alternativ till den, som hon ansåg, förmenta objektiviteten, eftersom det partikulära ger den mest direkta och oförmedlade kunskap vi kan ha. För Haraway är det kunskapande subjektets perspektiv själva utgångspunkten, vilket betyder att alla oklarheter i fråga om subjektets position gör observationerna opålitliga. Därför har man som forskare ansvar för vilken position man tar.

Vi söker inte partiskheten för dess egen skull, utan av hänsyn till de förbindelser och oväntade öppningar som situerade kunskaper gör möjliga. Det enda sättet att finna ett större seende är att vara på en särskild plats.<sup>18</sup>

Citatet visar att det är just det subjektiva som gör det möjligt att få syn på viktiga förbindelser och möjliga öppningar. Men samtidigt som det unika och partikulära är vår enda direkta källa till vetande behövs – och häri ligger det avgörande – en mångfald av olika perspektiv för att

---

<sup>16</sup> Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata, *Paradox and counterparadox*, New York: Jason Aronson, 1978.

<sup>17</sup> Donna Haraway, ”Situerade kunskaper: Vetenskapsfrågan inom feminismen och det partiska perspektivets privilegium”. *Apor, cyborger och kvinnor: Att återuppfinna naturen*, Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposium, 2008.

<sup>18</sup> *Ibid.*, s. 241.

vetande ska bli till kunskap. För henne är nämligen tanken att en utifrånblick skulle kunna fånga en annan människas subjektiva erfarenhet ren illusion.

Som jag ser det handlar situerad kunskap både om fördjupad insikt i ett systems komplexitet och om vidgade horisonter för individens förståelse. Det innebär nya perspektiv som hör samman med vad Haraway talar om som ”förbindelser” och ”öppningar”. För att få fram en kollektiv fronetisk kunskap behövs, förutom att man som forskare redovisar sitt eget perspektiv och också samlar bidrag från ett större nätverk med skilda perspektiv. Jag slås av att Anita Ulwan, en av mina informanter, som svar på min fråga vad hon önskar sig för framtiden säger att hon funderar på att lyfta upp och dela erfarenheter med andra som kanske inte kommit så långt: *För detta är en grupp patienter där man kan känna sig otroligt oduglig.*

#### 4.2 Urvalskriterier

Den klientfamilj jag inviterade till att medverka i min studie valde jag av flera skäl, främst för att deras döden-i-rummet-situation passade in i uppsatsens tema; de hade en myndig dotter som trots en allvarlig fysisk status vägrade all fortsatt läkarkontakt. Ett annat viktigt skäl var att Alicia spontant skrev mail till mig, där hon och på ett väldigt direkt sätt förmedlar vad terapin betydde för henne mitt under den mest kritiska fasen i terapin. Sist men inte minst valde jag denna familj för att de i det avslutande samtalet ger uttryck för så stor tacksamhet och glädje över den hjälp de tillskriver terapin, att det inte går att ta miste på deras tillit till att Alicia verkligen blivit både frisk och fri från sin anorexi.

Till fältstudien valde jag sex informanter som alla har samtyckt till att bli presenterade med namn. Jag bad dem om det för att de har bidragit till forskning och utveckling i andra sammanhang och att det därför skulle bli tydligt att det handlar om kvalificerad och väl dokumenterad kunskap när det gäller terapeutisk behandling med anorexipatienter.

David Clinton är forskare och verksam vid KÄTS sedan starten 1996. Clinton valde jag dels på grund av hans starka engagemang för ett fortsatt utforskande av den anorektiska komplexiteten av interagerande faktorer och dels hans fokus på bemötandets betydelse för just denna patientgrupp.<sup>19</sup> Av de övriga fem valde jag tre som är verksamma vid MHE-kliniken i Mora för deras integrativa modell som förutom att ha fokus på den biologiska faktorn också fokuserar på den psykiska faktorn genom ett strategiskt tänkande och existentiella samtal, och

---

<sup>19</sup> Clinton & Noring, 2002.

där patientgruppen har en viktig roll för den sociala faktorn. Grundaren Göran Carlsson startade kliniken på tidigt åttiotal efter att ha arbetat med kvinnor och psykisk ohälsa i sin tjänst som föreståndare på förlossningskliniken i Mora. Det han lärde av den perioden var att det är modellen som behöver anpassas till individen och inte tvärtom, samtidigt som det behövs en grundläggande struktur i botten för att garantera en trygghet i att det kommer att gå bra. Så småningom utvecklades den integrativa modellen, dels på grund av hans fascination av M-H. Ericksons strategiska terapi och dels genom inflytelser från nya medarbetare, varav alltså två – Annica Carlsson och Dalida Rokka – medverkar i denna studie. Båda är legitimerade psykoterapeuter. De två övriga behandlarna valde jag för deras långa arbete med att implementera familjebaserad behandling och familjeterapi vid svårhjälp anorexi även för vuxna patienter. Olof Ulwan studerade näringslära och hjärnforskning i Sverige innan han flyttade till Oslo där han började som läkare på Ullevåls sjukhus. Efter att ha fördjupat sig i de psykiska svårigheter som är relaterade till näringsfysiologi och neurologisk sårbarhet beslöt han att utbilda sig i familjeterapi i USA. Också hans största inspiratör är M.H Erickson. Anita Ulwan är utbildad miljöterapeut och har de senaste femton åren tillsammans med sin man arbetat med familjebaserad behandling vid anorexi och kontinuerligt vidareutbildat sig i familjeterapi.

Vad dessa enheter har gemensamt, utöver inspirationen från Erickson, är framför allt att de, förutom sitt arbete med nutrition, mat och kropp, även har starkt fokus på de psykologiska och sociala dimensionerna i den anorektiska komplexiteten.

#### 4.3 Mitt tillvägagångssätt

Inför fältstudien kontaktade jag mina informanter via mail för att beskriva mitt projekt och ange skälen att invitera just dem. Jag informerade om att det skulle bli en semi-strukturerad intervju med relativt öppna frågor kring deras arbete med anorexipatienter. Intervjuerna utgick från ett gemensamt frågeformulär.<sup>20</sup> Under oktober 2016 genomfördes samtliga intervjuer. Därefter transkriberade jag ljudinspelningarna och tematiserade svaren. Under ett antal genomgångar av materialet utkristalliserade sig de områden som behandlas i avsnittet om fältstudien. Områdesindelningen har gjorts utifrån svar som återger informanternas inställning till och kunskaper om anorexi, svar som förmedlar vad dessa erfarna behandlare,

---

<sup>20</sup> Se bilaga.

som alltid varit måna om att lyssna till sina patienter, lärt om behandling vid långvarig anorexi och låga BMI-värden.

För att låta denna praktiska kunskap komma fram så tydligt som möjligt, har jag varit mån om att återge en relativt stor mängd av informanternas svar i citatform. På så vis förmedlar materialet mer direkt och oförmedlat informanternas unika kunskap om denna så utmanande symtombild. Det är min förhoppning att de citat jag har valt ger en fördjupad förståelse för denna erfarenhetsbaserade kunskap. För, som jag ser det, avspeglar många av svaren en levd erfarenhet som jag tänker är så unik att den kanske bara kan frambringas under denna typ av kollegiala samtal mellan terapeuter som brottats länge med samma frågor.

Också Alicias mail och familjens uttalanden vid det utvärderande samtalet förmedlar deras levda erfarenhet på ett väldigt direkt sätt. När det gäller fallstudien läste jag först av allt igenom Alicias journal och vår mailkorrespondens, för att få en uppfattning om hur de skulle fungera som material. Därefter bad jag familjen preliminärt om samtycke att delta i en kvalitativ studie och frågade Alicia om jag fick använda delar av hennes mail. När jag fått deras slutgiltiga medgivande läste jag journalanteckningarna och mailen ytterligare ett par gånger och valde ut sådant som jag tycker ger en god inblick i det anorektiska dilemma och den terapeutiska processen. Därpå saxade jag ut de avsnitt i Alicias mail som bäst tydliggjorde hennes perspektiv på sin process och fogade dem till min fallbeskrivning. Vår intensiva korrespondens varade från 7 april 2016 till 31 maj 2016. Jag har medvetet valt att ta med några avsnitt ur Alicias mail där hon beskriver hur mycket den terapeutiska relationen betydde för henne. Skälet är att jag tror att hennes upplevelse av både hur hon blev bemött och hur relationen till mig som terapeut utvecklades är betydelsefulla för behandlingen.

## **5. Diskussion med tidigare forskning**

Som vi sett i bakgrundsavsnittet finns det ett antal individer som aldrig kommer upp i de BMI-värden som behövs för att det ska vara meningsfullt att påbörja den psykologiska behandlingen enligt psykiatriförbundets riktlinjer. I min erfarenhet är det många i denna grupp som önskat samtalsterapi men inte fått det. En del har sagt att det var så, trots att de själva upplevt att de samarbetat så gått de kunnat i nutritionsbehandlingen. I en del fall har de avbrutit behandlingen, och det visar sig, enligt KÄTS rapport från 2002, att dessa så kallade ”dropouts” hade haft förväntningar på en behandling som mer syftar till insikt och mindre

handlar om mat. Många jag mött har lagt misslyckandet på sig själva och konstruerat sig själva som ”hopplösa fall” eftersom de inte klarade av den ångest och förvirring som det skulle innebära att gå emot anorexin. Bland det vanligaste jag hör på min mottagning är ”det kommer aldrig att gå” och ”jag tror dig men det gäller alla andra – inte mig”. Men, precis som Alicia, har många kunnat samverka till sin viktuppgång med hjälp av en terapeutisk behandling där de fått en förståelse för sin ambivalens så de kunnat ta ställning till sin självsvalt snarare än att kämpa mot en ångest de inte tror sig om att klara av att gå emot.

Långvarig anorexi definieras av att man har haft anorexi i tio år eller mer, och närmare var fjärde behandlad patient beräknas komma att ingå i denna grupp. Redan efter 5-6 år visar det sig vilka som är i riskzonen för långvarig anorexi och eftersom anorexi vanligtvis debuterar i tidiga tonår, hör många redan vid arton års ålder till denna riskgrupp. När de unga vuxna själva kan bestämma om de ska ha behandling eller inte förvärras ofta situationen som Ulwan & Ulwan visar i sin masteruppsats. Det har också visat sig vara är meningslöst med fler än två till tre behandlingsomgångar, då flera behandlingsomgångar av samma slag inte ger nya resultat.<sup>21</sup>

Ändå kan man göra en hel del. En avhandling från 2006, *Self image and eating disorders*, av den dåvarande KÄTS-forskaren Caroline Björck, visar att man tidigt kan identifiera dem som utvecklat särskilt svårhjälp anorexi, då de vid vårddebuten visar mer negativa självbilder än de övriga.<sup>22</sup> En annan studie visar också att de som ännu inte blivit bra tre år efter påbörjad behandling var sjukare från början, än de som blivit friska inom samma tidsrymd.<sup>23</sup> I ljuset av dessa fynd, som anger att man skulle kunna sätta in terapeutisk behandling från början respektive efter tre år, kan det vara av intresse att titta lite närmare på den forskning som ändå genomförs på behandling. Även om evidensläget ännu är tämligen svagt på grund av att terapeutisk behandling inte har evidensbaserats i någon större omfattning, finns det evidens för att såväl individual- som familjeterapi fungerar – även för de unga vuxna upp till 26 år.

## 5.1 Behandlingsforskning

---

<sup>21</sup> Anna Fant Mistic, *Betydelsen av mängd behandlingsinsatser hos patienter med diagnostiserad ätstörning*, Magisteruppsats i psykologi, Stockholms Universitet, 2007.

<sup>22</sup> Caroline Björck, *Self-Image and eating disorders*, diss. Stockholm: Karolinska Institutet 2014.

<sup>23</sup> *10 år med KÄTS*, 2008. s. 37.

Vi vet mycket lite om hur patienter och anhöriga upplever behandlingar de erbjuds, vilka förväntningar de har, vad de tycker är verksamt och liknande. Sådana frågor ställs ofta inte. Här kan kvalitativa undersökningar och systematiska fallstudier spela en viktig roll.<sup>24</sup>

Ovanstående citat är hämtat ur KÄTS rapport från 2002, och det är min förhoppning är att kunna bidra med en inblick i hur behandling kan erfaras av dem som genomgått behandlingar av det slag som utforskas att denna studie. Den sortens behandling som omfattar de psykosociala faktorerna i den anorektiska helheten har också stöd i de internationella studier som KÄTS rapport från 2002 refererade till; bland annat har det visat sig att familjeterapi är mer effektivt än individualterapi när det gäller barn och ungdom och att det finns evidens även för att familjeterapi fungerar lika bra som individualterapi ända upp till den övre gränsen för unga vuxna.<sup>25</sup> Senare har en rad studier, däribland en rapport från 2012 av Hurst med flera, bekräftat dessa fynd.<sup>26</sup> I en annan studie, från 2014, har man dessutom kunnat visa att det inte föreligger några större skillnader mellan den så väl dokumenterade Maudsleymodellen och systemisk familjeterapi, som är den familjeterapimodell som utvecklades vid Milanoinstitutet där jag studerade i början av åttiotalet och som sedan dess ligger till grund för mitt arbete och forskning.<sup>27</sup> Enligt en forskningsgenomgång av C. M. Bulik visar också en rad andra studier att en stor del av de vuxna patienterna blir bättre av olika typer av psykologisk behandling.<sup>28</sup>

I Sverige har Björck tillsammans, med sina forskarkollegor, några år efter avhandlingen om negativa självbilder och ätstörningar kunnat visa, att självhat var den viktigaste faktorn när det gäller att förutsäga behandlingsresultat.<sup>29</sup> Sedan dess har forskarna vid KÄTS arbetat med ett mer systematiskt utforskande av relationen mellan negativ självbild och behandlingsresultat i hopp om att det skulle kunna bidra till förbättrad behandling. En annan studie visar hur patienter fått signifikant förbättrad självbild efter relativt kort tids behandling.<sup>30</sup> Rön som dessa gör att forskarna vid KÄTS i en senare rapport kan skriva att det, genom att identifiera

---

<sup>24</sup> Clinton & Norring, 2002. s. 245.

<sup>25</sup> Clinton & Norring, 2002. s. 113, 183.

<sup>26</sup> K. Hurst, S. Read & A Wallis, Anorexia nervosa in adolescence and Maudsley-based treatment. *J Couns Dev*, 90, 2012. s. 339-245.

<sup>27</sup> W.S. Agras, J. Lock, H. Brandt, S.W. Bryson, E. Dodge, K.A. Halmi & B. Woodside, Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 2014. s. 1279-1286.

<sup>28</sup> C.M. Bulik, The challenge of treating anorexia nervosa. *Lancet*, 383 (9912), 305-312, 2014. s. 71.

<sup>29</sup> Caroline Björck et al Negative self-image and outcome in eating disorder: Results at 3-year follow-up. Karolinska institutet, Department of Clinical Neuroscience/Section for Psychiatry. Publicerad i *Eating Behaviors* 8, 2007. s. 399.

<sup>30</sup> Maria Blomgren & Kirsten Nilsson, *Självbilden hos ätstörningspatienter efter behandling samt komplementaritetens betydelse för självbilden*. Uppsala universitet, 2008.

och aktivt arbeta med negativa självbilder, blir möjligt att främja en mer terapeutisk process och ett bättre utfall.<sup>31</sup>

I samma rapport beskrivs inflytandet från några av våra svenska pionjärer, vilket jag tycker är intressant att ta upp. För, trots att det på den tiden inte ställdes några krav på evidensbaserad av terapeutiska insatser, har de mycket god praktisk kunskap att förmedla. De betonar de psyko-sociala och existentiella faktorerna, varför jag tycker att dessa pionjärer alltså har en självklar del i kunskapsbildningen. Särskilt Elsa-Britta Nordlund bidrog till en omfattande praktisk kunskap under sin tid vid Karolinska sjukhuset, där hon lär ha arbetat framgångsrikt med över tre hundra patienter under fyra decennier. Vid en föreläsning på S:t Görans sjukhus 1972 berättade hon om sitt arbete.<sup>32</sup> Det svåraste symtomet ansåg hon inte alls var problemen med att äta, trots att det kan vara livshotande. I stället var det svåraste att patienterna utvecklar en mängd tvångssystem för att tränga bort känslor. Behandlingen inleds med att skapa kontakt för de använder sitt skarpa intellekt till att stå emot alla försök att genom intellektuell övertalning förmå dem att äta. Därför betonar Nordlund att kontakt är oerhört viktigt. När man väl etablerat kontakt kan man prata om deras relationer och om hur oerhört isolerade de känner sig, hur ensamma de är och hur stort regressionsbehov och kontaktbehov de har. Jag tänker att detta är en intressant beskrivning som kan kasta ljus över att behandling som är inriktad på förståelse, medkänsla (*compassion*) och engagemang verkar fungera bra vid anorexi, och kanske kan den förklara varför det kan förefalla meningslöst att tala med patienter på låga BMI-värden – som jag ser det behöver bemötande satsa mer på kontakt och mindre på logik för att det ska fungera. Nordlunds berättelse stämmer med den alienation, ensamhet och längtan efter kontakt som så många enligt min erfarenhet upplever, till exempel skrev Alicia att hon kände sig som världens mest ensamma människa och hur hon önskade att hon kunde vara hos mig hela tiden. Nordlund fortsätter berätta att, när de börjat återhämta sig kommer hela problemet då de ska börja tampas med livet, och då kommer också alla de problem som tidigare har varit absorberade av själva anorexin. Flickorna börjar förstå att det gällde andra saker än maten och då kommer hela den livrädda flickungen fram. Rädd för allting, rädd för att visa känslor, och de hamnar i en fruktansvärd identitetskris. Också det stämmer med Alicias erfarenhet av att den underliggande ångesten övergick i en existentiell ångest. Vidare menade Nordlund att det är viktigt att också höra mammans berättelse; ju större diskrepans mellan berättelserna desto sjukare flicka. Men när de blir friska blir

---

<sup>31</sup> *10 år med KÄTS*, s. 24.

<sup>32</sup> Jag har här utgått från en utskrift av den inspelade föreläsningen.

berättelserna samstämmiga. Mot slutet av föreläsningen säger hon, liksom mest för att avrunda, att hon tillbringade söndagarna i telefonen med mammor över hela landet. Jag undrar om hon slängde in det på slutet av en slump eller om det var ett högst medvetet sätt att få med det utan att i själva föreläsningen provocera den tidens uppfattningar om att mödrar var ”överinvolverade”. I varje fall tänker jag, utifrån mina erfarenheter av att arbeta med mor-dotterrelationen som en helande kraft att i terapin, att också Nordlund var medveten om att förändringar kan ske genom att mammornas sätt att se och tilltala sina flickor ändras, precis det som hände med Alicias mamma.

Ett annat intressant dokument är rapporten *Ett liv av vikt* som regeringen beställde från Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet i samband med utbyggnaden av ätstörningsvården i Sverige. Rapporten, som blev klar 1993, ger god inblick i den kunskap som redan fanns hos ett antal psykoterapeuter med erfarenhet av anorexiterapi.<sup>33</sup> Vi som deltog som informanter var eniga om att de som är särskilt sårbara för anorexi vanligtvis är sensitiva flickor med stor inre tomhetskänsla, precis som Alicia. De har en empatisk inlevelseförmåga i andra människors situation men är vilsna inför sin egen. De är fulla av förståelse för andras mänskliga svagheter men angriper ofta sig själva för att vara misslyckade och fel. De visar ett ovanligt engagemang och gör stora ansträngningar att vara till för alla, samtidigt som de nedvärderar sina egna insatser och lider svårt av otillräcklighetskänslor. Vi tyckte oss också se att flickorna ofta har stor potential men plågas av höga krav på sig själva svårigheter att bli nöjda med sig själva och vad de åstadkommer.

I KÄTS rapporter nämns också kvalitativa studier som MHE-klinikens initiativtagare Göran Carlsson, hans medarbetare och ett antal klienter har producerat. I den grundläggande boken ges en god inblick i den integrativa modell de utvecklat.<sup>34</sup> De arbetar med hjälp till sund kontroll över maten kombinerat med strategisk terapi och existentiella samtal. I boken *Frisk och fri* beskriver klienterna själva hur de uppfattat behandlingen och vad som hjälpte; att de blivit kroppsligt friska och även fria från alla psyko-sociala faktorer som ingår i den anorektiska komplexiteten.<sup>35</sup> Senare har en intressant studie visat att det föreligger en

---

<sup>33</sup> *Ett liv av vikt*. Rapport Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet, 1993.

<sup>34</sup> Bengt Eriksson & Göran Carlsson, *Ätstörningar; En strategisk behandlingsmodell*, Lund: Studentlitteratur, 2001.

<sup>35</sup> Göran Carlsson (ed.), *Frisk och fri från ätstörningar*, Stockholm: Mareld, 2009.



samstämmighet mellan hur klienterna ville ha sin behandling och hur nöjda de blev med resultatet.<sup>36</sup>

Efter att Björck med sin avhandling visat att de som ingår i gruppen särskilt svårhjälpt anorexi initialt uppvisar större sämre självbilder än andra, har det kommit flera studier från KÄTS som fokuserar på kopplingen mellan negativa självbilder och anorexi. Björck och hennes medforskare, som kom fram till att självhat är den allra viktigaste faktorn för att förutsäga dåligt behandlingsresultat, visar att självhatet också har implikationer för bemötande och behandling.<sup>37</sup> Men vi vet att signifikanta faktorer som självhat och negativa självbilder generellt kan förbättras med terapeutisk behandling och det har visat sig att de som får behandling under det första året visade sig symtomfria efter tre år. samtidigt indikerar förekomsten av förstämningssyndrom och ångestsyndrom att behandlare redan från början bör vara beredda på att flera störningar behöver uppmärksammas och behandlas, och man drar slutsatsen att ju fler diagnoser som samexisterar desto mer komplicerad blir behandlingen.<sup>38</sup> Av dessa skäl kommer försök att enbart behandla ätstörningen sannolikt inte ge tillfredsställande utfall, skriver Clinton och Norring. I stället, menar de att det kan vara nödvändigt att anpassa behandlingen efter samtliga störningar och att bedöma hur de ska prioriteras. De lyfter också fram tongivande forskare som rekommenderar att man fokuserar på psykologisk behandling och specifika psykologiska faktorer som självbilder. En intressant studie i sammanhanget, av Sanna Aila Gustavsson, utforskar egenupplevda förväntningar från själv och andra och effekterna av själv-värdering hos flickor med ätstörning.<sup>39</sup> Enligt denna studie hade många svårigheter att tolka förväntningar, något som stämmer mycket väl med min erfarenhet; det är så otroligt svårt för dessa flickor att ta besvikelser som kommer av att det de är med om inte riktigt stämmer med vad de trott. Slutsatsen är enligt Gustavsson, att det är viktigt att integrera kontextuella likaväl som intrapersonella faktorer i behandlingen.

Ändå satsar man, enligt den senare rapporten från KÄTS, mer nu ännu mer forskning på biologiska faktorer. Ett skäl som anges är det redan nämnda – att ökningen av anmälningar till anoreximottagningarna ökar och därmed förväntas också det antal som utvecklar långvarig anorexi öka. Ett annat skäl som uppges är att allt fler forskare ifrågasätter att anorexi skulle ha

---

<sup>36</sup> Dalida Rokka, *Förändring i vardande*, arbete Legitimeringsgrundande utbildning i kognitiv beteendeterapi, Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi, 2012.

<sup>37</sup> Caroline Björck m.fl., 2007.

<sup>38</sup> Clinton & Norring, 2002.

<sup>39</sup> Sanna Aila Gustavsson, *The importance of being thin: Perceived expectations from self and others and the effect of self-evaluation in girls with disorderd eating*. Örebro studies in medicine, 2010.

någonting att göra med förklaringsmodeller man tidigare provat inte håller – exempelvis har man alltmer ifrågasatt att självsvalt skulle bero på ”slankhetsidealet och den allmänna kvinnosisten i samhället”, eftersom tonårsbantning är så vanligt.<sup>40</sup> Men jag menar att det finns internationella publikationer som inspirerat mitt arbete och som det kan vara intressant att titta närmare på.

## 5.2 Diskussion med mina inspiratörer

Mitt arbete har inspirerats främst av en rad kvalitativa studier som kommit under de sista femtio åren. På sextiotalet kom den existentiella analytikern Mara Selvini Palazzoli ut med *Anorexi, boken om självsvalt* och satte därmed fokus på den fenomenologisk-existentiella dimensionen i arbete med anorexi.<sup>41</sup> Efter att ha arbetat flera decennier som existentiell analytiker med anorexi som specialitet skriver hon att det inte förklarar någonting att definiera anorexia nervosa som förändrad eller sjuk kroppsupplevelse och att det heller inte tjänar något terapeutiskt syfte. I stället hävdar hon att det är viktigt att utgå från patienternas person och deras enastående *élan de vie*. Hennes budskap är – efter ett par decenniers arbete med existentiella samtal och analyser med svårt anorektiska patienter – att självsvalten är intentional, det vill säga en handling som ytterst sett är självvald. Hon kom fram till att svälten var det *enda* sättet för en individ att under sina specifika omständigheter känna sig nöjd och tillfreds med sig själv och förverkliga sig själv. Det tycker jag har likheter med Alicias bindning till anorexin som sin bästa vän *som funnits där och hjälpt mig*. Det ledde till att hon alltmer intresserade sig för de omständigheter som verkade binda patienterna i anorexin och så småningom kom hon fram till att man måste utforska den kontext som anorexin är inbäddad i. Tillsammans med tre andra fenomenologiskt inspirerade psykiatrer startade hon Familjeforskningsinstitutet i Milano där den systemiska familjeterapin genomgick en väsentlig utveckling. Det var vid Milanoinstitutet jag utbildades innan jag startade Anorexiamottagningen, och jag återkommer till deras forskning i teoriavsnittet. Men redan nu vill jag nämna min främste lärare i Milano, Gianfranco Cecchin, för hans fortsatta arbete med betydelsen av terapeutens perspektiv, som jag har forskat vidare på och beskrivit i en antologi från 2015.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> *10 år med KÄTS*.

<sup>41</sup> Mara Selvini Palazzoli, *Anorexi: boken om självsvalt*. Stockholm: Natur och Kultur, 1979.

<sup>42</sup> Mia Andersson, When you say it's not sickness, it's love there will be a powerful change of context. *Systemic Therapy as Transformative Practice*. Imelda McCarthy & Gail Simon (eds.), 2016.

Jag vill också nämna några andra viktiga inspirationskällor. På sjuttioalet skrev anorexiläkaren Steven Levenkron boken med titeln *The best little girl in the world*, en titel som lyfter fram det perspektiv som är det jag förmedlar i min intervention med ”pallarna” där det framgår att Alicia utan att veta om det är ”världens bästa tjej”.<sup>43</sup> Levenkron skriver ur ett inifrånperspektiv, som om han vore ”Tessa” själv, och han lyckas leva sig så väl in i Tessas situation och beskriva hennes upplevelse av både anorexin och behandlingen att mina klienter som läst den tyckt han träffar precis rätt. Särskilt porträttet av Sanny, terapeuten, var precis en sådan som man vill möta skrev en av mina flickor i ett utlåtande om boken, ”med fin förståelse, ödmjukhet och engagemang”. I en senare bok, *Anorexia Nervosa, att förstå, behandla och bota*, skriver Levenkron, att symtomen är uttryck för underliggande emotionella svårigheter, något som ”måste framhållas gång på gång för den anorektiker som håller på att tillfriskna, så att hon inte återvänder till sina ritualer för att bli fri från den rädsla som ännu finns kvar”.<sup>44</sup> Tillfrisknandet går ut på att lära sig lita på sig själv, och i den kris som föregår själva tillfrisknandet har terapeuten i uppgift att hjälpa anorektikern med skräcken och att arbeta fram, inte bara en vilja att bli frisk, utan framför allt en egen *anledning* att bli det. Dessutom måste man erbjuda lika mycket *trygghet* som anorexin gör och göra verkligheten mycket mer tilltalande, skriver Levenkron. Också i min erfarenhet behövs det en ny trygghet i stället för den som anorexin ger som skydd mot underliggande ångest. För Alicia var mina ord till hjälp men hon beskriver hur det var mamman som till sist utgjorde den trygghet som verkligen hjälpte. Det mest intressanta med Levenkrons bidrag till kunskapsutvecklingen är framför allt att, om det inte finns en anledning att ta sig vidare fungerar den existentiella ångesten som en upprätthållande faktor. Också det bekräftas av Alicias mail.

Under åttiotalet kom en bok av den danska psykologen Tove Hvid, som skrev om sin dotters anorexi. Hon ger en fantastisk analys av flickans personliga anledning till sin svält vilket hon fångar in med den helt fantastiska titeln *Att svälta för att leva*.<sup>45</sup> Värdet med denna bok, som bygger på en mammas erfarenhet av att vara så nära sin dotter i hela förloppet, ger en unik förståelse för vilken mening anorexin hade för henne, och det stora värdet är förståelsen att det innebar en kamp för att leva. Det har stärkt mitt förtroende för den positiva mening

---

<sup>43</sup> Steven Levenkron, *The best little girl in the world*, Chicago: Contemporary books, 1978.

<sup>44</sup> Steven Levenkron, *Anorexia Nervosa, att förstå, behandla och bota*, Stockholm: Natur och Kultur, 1986. s. 25.

<sup>45</sup> Tove Hvid, *Att svälta för att leva: en bruksbok om anorexi för mödrar och döttra*, Stockholm: Wahlström & Wistrand, 1985.

anorexin har, ett förtroende som hjälper mig att tro att det kommer att gå, att det handlar om mer än att överleva, att det handlar om att leva.

En annan bok från åttiotalet vill jag nämna för dess genusspecifika inriktning och också för dess titel: *Too good for her own good* av Claudia Bepko och Jo-Ann Krestan, som har lång erfarenhet av att arbeta med kvinnor med olika former av missbruk och ätstörningar.<sup>46</sup> De skriver om de ”namnlösa lagar som styr kvinnor” som att alltid vara duktig och till lags. Precis som Levenkron har de fångat den väsentliga aspekten – att det rör sig om flickor och kvinnor som är ”världens bästa” och därmed givetvis alldeles för bra för sitt eget bästa. Inspirerad av Bepko och Krestan och en del andra feminister som under 80-talet skrev mycket om genusspecifika faktorer i terapeutiskt arbete med flickor och kvinnor, utforskade jag mor-dotter-relationen som en helande kraft i den terapeutiska behandlingen vid ätstörningar.<sup>47</sup> Framför allt var mina texter inspirerade av den feministiska familjeterapins tes att man inte blir självständig genom att separeras från sin mamma utan tvärtom att individuation sker genom bevarande av intima relationer mellan mor och dotter. Redan då utgjorde mammorna ett stöd i matsituationerna, och precis som i Alicias fall upphörde de uppslitande scenerna i matsituationerna och det började fungera smidigt i och med att mamman genom behandlingen kunde se och relatera till sin dotter som person hon kunde stödja och inte som en sjukdom som måste bekämpas.

Den kanadensiska psykologen Peggy Claude-Pierre som startade Montreux-kliniken i skrev på nittiotalet om vad hon kallar CNS (Confirmed Negativity Syndrom).<sup>48</sup> CNS innebär att man tenderar att i huvudsak tillägna sig sådant som bekräftar negativa tankestrukturer medan neutrala eller positiva budskap passerar obemärkt eller till och med transformeras till att passa redan existerande strukturer. Jag tänker att för dem som är sårbara för anorexi är begreppet CNS synnerligen relevant, då de flesta av dem i sin orientering i världen styrs av negativa självbilder som tenderar att ständigt bekräftas i deras interaktion med sin omvärld. Detta fenomen kan spela in också i det terapeutiska samtalet så man kan behöva utvärdera hur det man säger tas emot. Till exempel kan klienterna tänka om ett positivt yttrande att: ”det säger

---

<sup>46</sup> Claudia Bepko, Jo-Ann Krestan, *Duktig flicka*, Stockholm: Natur och Kultur, 1993.

<sup>47</sup> Mia Andersson, Mother-Daughter Connections: The healing force in the treatment of eating disorders. *Journal of Feminist Family Therapy*. 6 (4), 1995a. s. 3-19. + Mia Andersson, Att återerövra det förlorade morsarvet. *Svensk Familjeterapi*, nr 3-4 1995b. s. 20-30. + Mia Andersson, Mödrar och deras döttrar – att återskapa tillhörigheten i mor-dotter relationen, den helande kraften i arbetet med ätstörningar. *Fokus på Familien*, nr. 3-4 1997.

<sup>48</sup> Peggy Claude-Pierre, *The Secret Language of Eating Disorders*, Random house, 1997.

hon bara för att hon är min terapeut”, eller: ”det säger hon vara för att hon vill att jag ska bli fet och äcklig”, eller: ”det säger hon för att bara men egentligen tycker hon precis tvärtom”.

Claude-Pierres iakttagelser stämmer väl med den fenomenologiska filosofin. Enligt John Dewey kommer erfarenheten alltid före upplevelsen, för sinnenas intentionalitet blandar sig i varseblivningen.<sup>49</sup> Det stämmer framför allt med Hans Georg Gadamers hermeneutik och syn på tankar om förmedlingskonsten och estetikens roll i den. Gadamer skriver: ”det estetiska objektet är en process av förvandling och förmedling där framförandet liksom tillägnelsen är nödvändiga beståndsdelar”.<sup>50</sup> Ett budskap måste alltså förmedlas på ett sådant sätt att det passar mottagarens tillägnelseförmåga, annars är det fullkomligt meningslöst att prata vidare. Gadamers arbete med förmedlingskonsten skulle bidra till Cecchins viktigaste bidrag till terapin som samtalskonst – den estetiska nyfikenheten som innebär att man måste först lära känna sina klienter väl innan man börjar, som Gadamer säger, ”pådyvlar dem sina föreställningar”.

Ytterligare en intressant läsning är en bok från 2013, också den med en fantastisk titel, *Decoding anorexia*, av forskaren Carrie Arnold, som själv både har haft anorexi och även intervjuat många som har det.<sup>51</sup> Också hennes titel anger att det är fråga om ett kryptiskt språk som måste dechiffreras. Det jag tycker är det viktigaste hon lyfter fram är vilken avgörande roll ångest och OCD (obsessive compulsive disorder) spelar i sårbarheten för anorexi. Utifrån sin egen erfarenhet kan Arnold beskriva det anorektiska tillståndet väldigt insiktsfullt och på ett sätt som får fram att det avgörande är att finna andra sätt att bli fri från ångesten än att svälta sig. Särskilt nämner hon en variant av den så kallade tredje generationens KBT, compassionfokuserad terapi, CFT, som tidigare visat sig verksamt vid OCD och andra former av ångest, och nu alltså även vid anorexi. Det viktiga med Arnolds bidrag som jag ser det är att hon liksom jag har en erfarenhetsbaserad kunskap om att ångesten föregår anorexin och inte tvärtom är en svälteffekt som den biologiska diskursen hävdar. Det är ett tema som är centralt i min magisteruppsats *Anorexiterapi*.<sup>52</sup> Flickan, som jag kallar ”Felicia”, tror först att jag bara kommer att göra så hon blir fylld av den gamla ångesten igen. I en vinjett visar jag hur tufft det blev för henne när hon insåg att jag inte såg ångesten som en svälteffekt utan som

---

<sup>49</sup> John Dewey, John, *Art as experience*, Perigee Books. U.S. 2005.

<sup>50</sup> Hans Georg Gadamer, *Sanning och metod (i urval)*, Göteborg: Daidalos, 1997. s. 15.

<sup>51</sup> Carrie Arnold, *Decoding Anorexia, how breakthroughs in science offer hope for eating disorders*, New York: Routledge, 2013.

<sup>52</sup> Andersson, 2014.

en underliggande faktor. På sjukhuset hade hon kunnat ta kamp om ångestens natur som ett sätt att komma undan att äta. Hon hävdade att det var ångesten som fick henne att svälta och behandlarna gick emot henne i det. När hon hävdade att hon måtte väl veta bäst eftersom det var hennes ångest och behandlarna hade ju inte ens varit med tidigare, fick hon svaret att hon i så fall måste ha haft en ätstörning redan innan dess som hon inte var medveten om. När jag nu otippat visade mig enig med hennes syn på ångesten, tvingades hon inse och erkänna för sig själv: ”jag valde att svälta mig”. I och med det kom den existentiella ångesten upp och blev möjlig att utforska och förhålla sig till.

## 6. Teori

Den terapeutiska inriktning åt vilken jag ägnat hela mitt yrkesverksamma liv, kan bäst beskrivas som en blandning av två kunskapsformer; den fronetiska kunskapsformen inom den fenomenologiska filosofin, och den som emanerar ur den cybernetiska epistemologin, systemteorin. Dessa två kunskapsformer ligger varandra så nära att den systemiska terapin kan ses som en praktisk kunskap på fenomenologisk grund. Framför allt min lärare Cecchin arbetade oförtröttligt med att förena fenomenologin med den cybernetiska epistemologi som låg till grund för hans utveckling av den systemiska terapin. Utifrån vad jag läst av mina informanternas publikationer, förutsätter jag att de har liknande terapeutiska perspektiv som jag och att jag därför kan skriva om terapiteori utifrån de källor jag öst ur. Jag presenterar de två kunskapsformerna var för sig.

### 6.1 Fronetisk kunskap

Den fronetiska kunskapsformen härrör ur Aristoteles begrepp *fronesis*, det goda omdöme som behövs när man ska träffa ett avgörande i det unika fallet.<sup>53</sup> Enligt Aristoteles finns inget förutgående vetande som skulle kunna upplysa om vad som skulle vara det rätta handlandet i det enskilda fallet. Detta är något den handlade individen måste vara medveten om, en medvetenhet Aristoteles kallar ”etiskt vetande”. Frågan om det rätta handlandet kompliceras av att den som har i uppgift att träffa ett avgörande alltid ”redan har lärt” något och således bär på färdiga föreställningar som sin utgångspunkt. Men sådana förhandsinställningar kan också skymma det som är. De kan på så vis styra ens val och handlingar på ett sätt man inte har klart för sig. Därför behövs vad Aristoteles kallar ett ”estetiskt omdöme” – att man kan

---

<sup>53</sup> Aristoteles, *Nikomachiska etiken*. Stockholm: Natur och Kultur, 1967

avgöra vad som faktiskt behövs i den konkreta situationen och inte vad man själv förutsätter skulle vara bäst.

Dessa båda begrepp, *etiskt vetande* och *estetiskt omdöme* kom att bli centrala för Cecchin. Jag behöver alltså sträva efter att både se det som är som det verkligen är. Det får bland annat den avgörande effekten att klienterna känner sig rätt förstådda. Som Alicia skrev: ”Det är skönt att du förstår så väl. Det ger mig hopp”. Motsatsen däremot blir destruktiv. Jag hade en gång en ung flicka som sa att när man känner sig felförstådd utplånas man. Förmågan att förstå är emellertid inte någon given egenskap menar Gadamer utan det är fråga om: ”... förståelsens under som inte är någon själarnas hemlighetsfulla kommunion utan ett deltagande i gemensam mening”.<sup>54</sup> Detta gör den fronetiska kunskapsformen intressant i terapeutisk verksamhet.

Att den individ som har i uppgift att handla, själv måste avgöra vad som är rätt i den konkreta situationen står i centrum för den fronetiska kunskapsformen. Det innebär att den fronetiska kunskapen är en praktisk kunskap, hävdar Riccardo Dottori i *The Concept of Phronesis by Aristotele and the Beginning of Hermeneutic Philosophy fronesis*.<sup>55</sup> I en genomgång av Gadamers *Sanning och metod* visar han hur Aristoteles fronesisbegrepp löper genom hela verket. Det utgör en förutsättning för att hermeneutiken blivit inte bara en teoretisk utan också en praktisk uppgift, hävdar han. Dottori utgår från Gadamers syn på fronesisbegreppet som en ”praktisk visdom”, och hävdar att den konkreta möjligheten ”att vara förmögen till att fälla ett omdöme” är någonting skilt från det abstrakta begreppet ”omdömesförmåga”.

I sitt resonemang refererar Dottori främst till det kapitel i Gadamers verk som tar upp Aristoteles etik, *Återerövrandet av det hermeneutiska grundproblemet*.<sup>56</sup> Där skriver Gadamer att ett etiskt vetande inte är ett vetande om någonting, utan tvärtom måste den som har i uppgift att handla se vad situationen kräver av henne, eftersom varje situation är unik:

Om det som är gott för människan alltid påträffas i den praktiska situationens konkretion, i vilken hon befinner sig, så måste det etiska vetandet åstadkomma just detta: att se vad den konkreta situationen kräver av henne. Uttryckt på ett annat sätt: den handlande måste se den konkreta situationen i ljuset av vad som krävs av henne i allmänhet.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> Gadamer 1997. s. 138

<sup>55</sup> Riccardo Dottori, The concept of phronesis by Aristotele and the beginning of hermeneutic philosophy, *Ethics & Politics* XI, 2009, 1. s. 301-310.

<sup>56</sup> Hans Georg Gadamer, *Återerövrandet av det hermeneutiska grundproblemet*, ur *Sanning och Metod: Grunddrag i en filosofisk hermeneutik*. Södertörns Högskola, 2012.

<sup>57</sup> Ibid. s. 11

Själv kommenterar Gadamer detta stycke med att ett vetande i allmänna termer som inte vet hur det ska tillämpas på den konkreta situationen förblir meningslöst, ja rentav hotar att täcka över de konkreta krav som utgår från situationen. Det är en kommentar som jag anser vara helt central för den terapeutiska verksamheten. Utan en fronetisk kunskap som guide kan vi inte annat än försöka tillämpa det vi tror oss veta i det unika fallet. Och, som Maturana påpekar – vi är inte medvetna om att vi inte är medvetna. Det vill säga vi tror att det vi ser är en objektiv verklighet när det i själva verket är något som frambringas i av oss.

Jag har valt att ägna ett ganska långt avsnitt åt Gadamers arbete framför allt för att det varit så viktigt för Cecchin som jag lärt så mycket av om terapi som samtalskonst. En viktig aspekt av Gadamers inflytande är att han vill återupprätta det estetiska omdömet som kunskapsform som han skriver i *Förnuftet i vetenskapens tidsålder*.<sup>58</sup> Hans skäl är dels att estetiken kräver att man förmår vara närvarande i det kritiska elementet, och dels att estetiken utgör själva nerven i ett utforskande som är helt inriktat på den andres i-världen-varo. Gadamers tankar kom att bli oerhört centrala för Cecchins utforskande av möjligheten att hjälpa människor som kört fast i ett dilemma, att komma loss, något jag beskriver närmare i *Vägar till befrielse*.<sup>59</sup>

Motsatsen till att göra det rätta i den konkreta situationen kallar Gadamer ”förblindelse” för den som är överväldigad av sina passioner ser inte vad som är rätt i situationen. Det är också något som är centralt i behandlingsarbete – hur lätt är det inte att våra egna ambitioner tar över och börjar styra processen! En annan motsats till det rätta avgörandet är, enligt Gadamer, en övertro på att metoder och objektivitet ska kunna befria en från att själv behöva ta ställning. Också det är lätt att känna igen i behandlingsarbete – hur vi önsketänker att det ska finnas en metod som kan ge oss en säkerhet i det enskilda fallet!

Men det går att motverka fällorna med hjälp av hermeneutiken menar Gadamer. I stället för att förfoga över olika metoder kan vi öva upp ”ett kunnande som kräver en särskild andlig finkänslighet ... den som uttolkar måste låta partens avsedda insikt komma till gällande såsom det för honom framstår som nödvändigt i den egentliga samtalssituationen” (*min kurs*).<sup>60</sup> Det centrala budskapet är att den andliga finkänsligheten motverkar ett förfrämligande, något som

---

<sup>58</sup> Hans Georg Gadamer, *Förnuftet i vetenskapens tidsålder*, Göteborg: Daidalos, 1989. s. 599.

<sup>59</sup> Mia Andersson, Från läsning till upplösning, *Vägar till befrielse*. Andreas Carlgren & Torbjörn Frej (red.), Skellefteå: Artos, 2015.

<sup>60</sup> Gadamer 2012. s. 3.



färdiga teorier, metoder och modeller kan förorsaka. Att motverka förfrämligande med hjälp den sortens kunnande som kräver andlig finkänslighet kan vara särskilt betydelsefullt när man har att göra med personer som utvecklat anorexi, då tillståndet redan innebär mycket av både inre och yttre alienation, som fallet med Alicia visar. Jag minns att jag i min första föreläsning för tre decennier sedan talade om den inre och yttre alienationen hos dessa flickor. Så det är en erfarenhetsbaserad vetenskap jag haft länge och fått bekräftad genom åren.

I *Den gåtfulla hälsan*, en bok som mer specifikt handlar om hälsa och sjukdom, hävdar Gadamer att ett tillstånd innebär så mycket mer av icke mätbara gränsvärden än de mätbara värden som diagnoser kan täcka.<sup>61</sup> Han skriver:

När vi frågar oss vari den egentliga skillnaden mellan sjukdom och hälsa består, så ser vi att sjukdomen inte låter sig bestämmas utifrån alla de symptom som avviker från vissa genomsnittliga mätvärden, vilka man använder för att uppställa en norm för vad som är hälsa. De icke mätbara gränsvärdena är så talrika att de mätbara därigenom förlorar sin kraft.<sup>62</sup>

Citatet rör vid problem som vidhäftar den binära indelningen i friskt och sjukt som präglar dagens sjukvård, där man får en diagnos innan behandling kan sättas in och den behandling som sätts in är kopplad till diagnosen. Denna binära indelning får konsekvenser bland annat för bemötande inom vården. Gadamer menar att bemötande är av betydelse – särskilt i de fall då behandlaren vill förmedla något som går tvärt emot patienternas förhandsinställning och de har svårt att tillägna sig ett nytt perspektiv på sig själv eller sin situation.

Gadamer anser att mänsklig förståelse äger rum i form av ett möte mellan olika förståelsehorisonter.<sup>63</sup> Han betecknar alla föreställningar eller med Aristoteles ord ”vad vi redan lärt” med begreppet fördomar. Han gör det för att poängtera att, fast de är vår enda möjliga utgångspunkt och därmed nödvändiga för vår orientering, så kommer de också i vägen för det som är. Men i mötet med andras fördomar utmanas våra egna fördomar, något som kan leda till att man tvingas överge dem. Eftersom det gäller alla människor gäller det alltså terapeuter lika väl som klienter. Det är den springande punkten när det gäller behandlingssammanhang för vi behandlare är så vana vid att fokusera på klienterna och det behov av förändring vi tycker oss se, att vi sällan reflekterar över vad som händer med oss själva och våra perspektiv i den terapeutiska processen. Kanske det är de som behöver

---

<sup>61</sup> Hans Georg Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, Ludvika: Dualis, 2003.

<sup>62</sup> *Ibid.*, s. 45.

<sup>63</sup> *Ibid.*, s. 11.

förändras. det är som Cecchin säger: när vi tycker våra klienter sitter fast är det vi själva som har kört fast.

Som jag redan nämnt var dessa insikter helt centrala i Cecchins arbete, något som bekräftas av att *Den gåtfulla hälsan* presenterades för första gången vid Milanoinstitutets internationella sommarskola 1981 som jag deltog i. För tydlighetens skull ändrar Cecchin Gadamer's "möte mellan förståelsehorisonter" till "möte mellan fördomssystem" när han talar om mötet mellan behandlare och klient. Och han citerade ofta något Gadamer skriver om det "läkande samtalet" – och som jag också tycker är alldeles oöverträffat:

... det slags samtal som kan vara till hjälp... lyckas egentligen först när det nästan inte går att skilja från det som även annars kan inträffa mellan människor, nämligen att man råkar in i ett samtal som ingen egentligen leder, utan som leder oss alla. Det förblir till slut giltigt också för detta slags samtal ...<sup>64</sup>

Utgångspunkten för Gadamer är alltså att samtalet i sig är själva behandlingen och det som ska leda till friskhet.<sup>65</sup> Det gäller att tala till sina klienter utan att packa på dem sina egna föreställningar, och att erkänna den andre just i egenskap av att vara en annan.<sup>66</sup> Men samtalet fungerar inte alltid så, särskilt inte om sjukdomstanken kommer i vägen. Bland annat skriver han om den situation som uppstår "när man säger att man lyckas behärska sjukdomen. Då har den redan avskilts från personen och behandlas som ett eget väsen man måste klara av".<sup>67</sup> Jag tänker att det som händer när man avskiljer anorexin från personen är att den konstrueras till något som ofta upplevs som ett främmande väsen, något som invaderat och bestämmer över individen i och med att man säger saker som: "nu är det Anorexin som pratar" och "låt inte Anorexin bestämma" och liknande. Som jag ser det försvårar det för klienterna att se sig själva som *en* person med två motstridiga krafter snarare än som två olika gestalter. En del inte bara konstruerar anorexin som en starkare makt de är chanslösa mot, de till och med sammansmälter med den, "gifter sig med diagnosen" som mina lärare i Milano sa, så de tror att de *är* sin anorexi. I min erfarenhet är det därför väsentligt att motverka sådan avskiljning och, i stället för att försöka behärska sjukdomen, hjälpa sina klienter att komma i kontakt med sin ambivalens. Då som först kan de börja utforska självsvältens mening så de kan förhålla sig till sitt anorektiska dilemma.

---

<sup>64</sup> Gianfranco Cecchin, Garry Lane, Wendel Ray, *Irreverence: a strategy for therapists' survival*, London: Karnac Books, 1992.

<sup>65</sup> Gadamer 2003. s. 51.

<sup>66</sup> *Ibid.*, s. 17.

<sup>67</sup> *Ibid.*, s. 18.

Att samtalet inte fungerar om sjukdomstanken kommer i vägen beror enligt Gadamer också på att det uppstår en ojämlikhet i relationen som går tvärs emot det läkande samtalet. Han skriver att det läkande samtalet står för en humanisering mellan två i grunden ojämlika parter och han anser att ”hantera sådana hör till de svåraste uppgifterna i vår mänskliga samvaro”. Det är min förhoppning att denna studie ska bidra till en större kollektiv fronetisk kunskap som kan bidra till att vi blir bättre på denna den svåraste uppgiften i mänsklig samvaro.

## 6.2 Systemteori

Liksom den fronetiska kunskapsformen utforskar den cybernetiska epistemologin komplexa interaktioner. Den cybernetiska epistemologin kom in i terapifältet genom Batesons arbeten med mentala nätverk inom levande system, som sammanställdes i *Towards an ecology of mind*. Bateson utgick ifrån den cybernetiska epistemologin i sitt utforskande av vilken roll information, kommunikation och förändring har i evolutionära processer. Bland annat studerade han hur rekursiva interaktionssekvenser mellan olika enheter i en större helhet bildar ”mönster som förbinder”. Dessa mönster bidrar till den evolutionära processen och systemet utvecklar en allt större komplexitet. Bateson talar också om systemiska premisser som styr individuella handlingar i mänskliga system. De spelar stor roll för systemets förmåga att överleva i interaktion med sin omvärld. Utan dem hade systemet upphört att existera enligt Batesons efterföljare, den chilenske biologiprofessorn och perceptionsforskaren Humberto Maturana.<sup>68</sup> Att systemen är vad Bateson kallar överlevnadsenheter förklarar att det uppstår svårigheter om man önskar någon förändring, för ”det är systemet som avgör vad det accepterar som incitament till förändring” säger Maturana.

En som tidigt tog den systemiska synen på utveckling och förändring på största allvar är Bradford Keeney. I en banbrytande bok, *Aesthetics of change*, skriver han att Bateson uppmanade sina efterföljare att ”anta ett systemiskt perspektiv”.<sup>69</sup> Att se systemiskt innebär att se mönster, se kopplingar mellan händelser, handlingar och premisser. Det systemiska perspektivet i terapi gör det möjligt att utforska hur handlingar är inbäddade i sin logisk-relationella kontext. För i den kontexten är de individuella handlingarna, hur paradoxala de än kan verka, alltid rätt. Lärarna vid Milanoinstitutet uppmanade därför sina elever att alltid se

---

<sup>68</sup> Humberto Maturana, *Epistemology: How do we know and what is it to know?* Oxford Conversations, Arr. KCC, 1985.

<sup>69</sup> Bradford Keeney, *Aesthetics of change*, New York: The Guilford Press, 1983.

*systemiskt*, vilket innebär det att utforska dels hur det människor gör helt *rätt*, och dels vilken kontext som är relevant för att se hur det människor gör är *vettigt* (*makes sense*). Han menade att vi som terapeuter bör ställa de viktiga systemiska frågorna: ”hur är det människor gör rätt?” och ”i vilken kontext är det människor gör vettigt?” Till exempel, ”hur kan det vara rätt för denna individ att svälta sig själv?” Och ”i vilket relationellt sammanhang är det vettigt, eller klokt, av henne att svälta sig?” En liten vinjett från min verksamhet kan belysa detta.

En 13-årig flicka som precis börjat hos mig, är ett bra exempel både på vikten av att utforska vilket nätverk som är relevant och på vilken makt systemiska premisser kan ha. Flickan led av så svåra ångestattacker att hon svimmade och föräldrarna undrade, som alla föräldrar, vad de gjort fel eller missat. Då jag fick veta att flickan hade börjat i en ny skola valde jag att utforska vad som hände där i stället för vad föräldrarna gjort eller inte gjort. I den nya klassen verkade det finnas starka premisser om hur man ska vara för att räknas, premisser som för övrigt är dominerande i samhället i stort; att kunna prata frimodigt, visa sig säker på sig själv och stå upp för sig själv, något som denna sensitiva och lite blyga flicka sa att hon hade svårt med. Vad jag förstod av berättelsen var det särskilt en flicka i klassen som verkade upprätthålla den typen av premisser genom att högt och ljudligt uttrycka sina åsikter och se till att ständigt hamna i centrum. Dessutom var hon väldigt smal. Medan min unga klient berättade fick jag dessutom en känsla av att den andra flickan uppträdde överlägset mot henne, så jag frågade: ”hur blir det för dig då i relation till henne?” ”Då sjunker jag i värde” svarade hon. Jag fortsatte att lite försiktigt lyssna med henne om hon kunde se någon koppling mellan hennes val att svälta sig och upplevelsen att sjunka i värde i relation till den andra flickan. Svaret kom överraskande prompt: ”man ska ju va´ som man ska va´!”

Av allt detta, som min klientflicka verkade tro krävdes för att vara med, var en smalare kropp det enda hon trodde sig om att klara att leva upp till. Genom att jag fokuserade på klasskontexten snarare än på familjen kunde jag förstå, med Cecchins ord, det *vettiga* i hennes svält utifrån den kontexten. Det verkade också vara *rätt* för henne att svälta, då det var kopplat till hennes känsla av värde, som var en viktig premiss i det sammanhanget. Exemplet visar att poängen med att se systemiskt är att man inte fokuserar på den kontext som man själv kanske uppfattar som relevant, utan att man utforskar vilken kontext som är den relevanta utifrån klientens livsvärld.

När jag vid ett senare tillfälle pratar med samma flicka om att acceptera sig själv som man är, får jag svaret ”om man accepterar alla sidor hos sig själv vad ska man då med ätstörningen till?!” Hon berättar också: ”första gången jag var här då var det bara kaos i huvudet. Det jag uppfattade att de sa på sjukhuset stämde inte. De sa att mitt problem var att jag inte åt och att jag skulle äta. Men när jag kom hit och kom underfund med saker som att jag sjönk i värde och sådant som jag inte hade kontroll över, då kände jag att *det stämde!*”

Mina systemiska frågor hjälpte alltså flickan att få syn på viktiga kopplingar, det vill säga mönster som förbinder svälten med premisser om hur man ska vara. Hon fick också en erfarenhet av att bli bemött som en normalt funtad människa, eftersom jag kunde förmedla att det hon gjorde var *rätt*. Och hon blev förstådd i att hon verkade ha en *vettig* anledning till sin svält, eftersom den var logisk i hennes relationella kontext. Det måste ha brutit upp föreställningar hon hade om sig själv som ”fel” och ”konstig”. Denna typ av, vad jag kallar, ”förändrande erfarenheter” i relation med mig kanske hade minst lika stor betydelse för den 13-åriga flickan som de insikter i kampen för att bevara sitt värde hon fick.

För att titta närmare på problemen med terapeutisk förändring återgår jag till Keeneys bok om förändringens estetik. Keeney beskriver hur han tar avstamp i Child Guidance Clinic i Palo Alto, som länge var en smältdegel för strategisk och systemisk utveckling. Under en tid vistades Bateson där samtidigt med den legendariske terapeuten Milton H. Erickson. Det sägs att de sökte sig till samma ställe för att samarbeta kring mänsklig kommunikation. Erickson var bland annat en mästare i att bemöta paradoxer. Citatet nedan belyser hur oerhört nära Ericksons terapeutiska verksamhet ligger den fenomenologiska filosofin och Aristoteles etik:

What stands out in Milton Erickson's work is the uncanny way he was able to enter the experiential world of his client and alter that world in a way that evaporated symptomology and helped the client access his own resources. ... His work indicates that therapists can play an active part in the reconstruction of a client's world of experience.<sup>70</sup>

För Erickson betyder, som framgår av citatet, den praktiska kunskapen, att terapeuten både kan ta sig in i klienternas livsvärld och spela en aktiv roll i rekonstruktionen av den. Båda dessa aspekter skulle återkomma i Cecchins arbete i hans mest centrala termer ”estetisk nyfikenhet” och ”pro-aktivt engagemang”.

---

<sup>70</sup> Keeney, s. 4.

Keeney skriver att terapins yttersta angelägenhet är förändring. Samtidigt hävdar han: ”den terapeutiska processen kan inte komma till sin rätt utan en fundamental revision av själva begreppet förändring i enlighet med den cybernetiska epistemologin, som tar sin utgångspunkt i vår erfarenhet av reciproka orsakssamband”.<sup>71</sup> Med reciproka samband betonar Keeney att båda parterna påverkar varandra ömsesidigt i processen. Visserligen är det en självklarhet att den systemiska terapin bygger på att alla påverkar varandra. Men av tradition var det klientsystemet, till exempel en familj, som var objekt för analysen. Det nya med Keeneys arbete var att han fokuserar på reciproka orsakssamband inom det terapeutiska systemet, det vill säga familj-terapeut-enheten. Det betyder att man som terapeut nu måste ta med sin egen närvaro och aktivitet, eller med Maturanas ord: hur jag är involverad i en situation som förändrar relationer.

I praktiken betyder det att det inte räcker med att ha fokus på familjesystemet för att förstå vad som sker i den terapeutiska processen, utan det i det systemiska perspektivet behöver man ta med effekterna av terapeutens närvaro och aktivitet. Dels är man i sina observationer styrd av teorier eller fördomar och dels påverkas de av interaktionen i rummet. Därför hör det man ser – och gör – i en klientfamilj inte enbart samman med familjesystemet, utan med det terapeutiska systemet. Som Cecchin säger är det ett möte mellan två fördomssystem där inte någon kan ha en objektiv syn eller neutral position.

Keeney fortsätter med tanken att i och med att terapeuten är medveten om det reciproka i utbytet inom det terapeutiska systemet kommer man som terapeut att se sina relationer med sina klienter som del av pågående evolutionära processer. Det viktiga är att vara medveten om att utvecklingen kan gå åt flera håll. Därför, menar Cecchin, är det viktigt att man som terapeut är medveten om och tar ansvar för sin delaktighet i situationen. Senare skulle han spetsa till det med att man till och med har ansvar för vad man *tror* för det har konsekvenser. Maturana och ett terapeutiskt team i Santiago, Chile, som anlitat honom som systemisk konsult är inne på samma linje. I *The bringing forth of pathology* skriver de om patologi som en konsekvens av fenomen som uppstår i interaktion inom en kultur där illusionerna om en objektiv kunskap om psykiatriska fenomen har auktoritet.<sup>72</sup> De hävdar att experterna tillskrivs

---

<sup>71</sup> Ibid., s. 7.

<sup>72</sup> Carmen Luz Mandez, Fernando Coddou, Humbeto Maturana, *The bringing forth of pathology, Radical constructivism, autopoiesis & psychotherapy*, Vincent, Kenny, (ed.) Dublin: A special issue of the Irish journal of psychology. 1998 s. 144 - 172

en objektiv kunskap som legitimerar makt att avgöra vad som är rätt och riktigt. Det är dock en illusion att det skulle finnas någon sådan objektiv vetenskap om vad som är rätt och fel, friskt och sjukt, normalt och onormalt. Därför behöver vi reflektera över hur vi vet det vi vet. Om vi inte gör det invaggas vi i illusionen att vi ser den verkliga familjen, när vi i själva verket *frambringar en familj*. Om vi däremot sätter objektivitet inom parentes och lyssnar till familjerna, avslöjas illusionen om kunskapens validitet. Men om vi inte gör det tenderar vi att hålla fast vid den familj vi själva frambringar.

Insikten att vi själva och allt vi tror på är involverade den terapeutiska processen visar hur nära systemteorin ligger den fronetiska kunskapen och fenomenologins berömda parentessättning (*epoché*). Att sätta objektivitet inom parentes innebär, med Maturanas ord, en medvetenhet om att vi inte kan göra någon observation oberoende av vår egen närvaro som observatör. Problemet är, som vi sett, att vi inte är medvetna om att vi inte är medvetna om det utan är förblindade som Gadamer säger. Därför tar vi fenomenen för verkligheten, när vi i själva verket frambringar en verklighet säger Maturana.

För att belysa detta och vilka konsekvenser som kommer av min medvetenhet eller brist på medvetenhet om min del i det jag observerar väljer jag som exempel den seglivade hypotesen om ”överinvolverade mödrar”. Jag ger det ett ganska stort utrymme eftersom mor-dotter relationen blivit felförstådd och framför allt att det är viktigt just när det gäller anorexi som är det mest genusspecifika symtom vi har. Lyckligtvis är den hypotesen inte längre lika förhärskande som den var i början av min verksamhet, då jag träffade många mammor som var övertygade om att deras dotter aldrig skulle bli frisk om de inte lät henne vara i fred och ta hand om sig själv.

Enligt den genusspecifika psykologin är beteckningen överinvolverad ett misskrediterande av det starka engagemang som mödrar har för sina döttrar. Feministerna slog hål på myten om att det ska till en frigörelse genom separation för att en flicka ska uppnå autonomi. I stället hävdade de att en sann individuation sker med bevarande av intima relationer med mamman. Om man följer den tanken, kan det starka engagemang många mödrar visar sin dotter i stället bedömas utifrån vilken effekt det får. Kanhända en flicka, likt Alicia, vågar äta lite mer än hon annars skulle ha gjort, även om det ännu är så lite, att en utomstående observatör inte direkt lägger märke till den aspekten. Det är i så fall rimligt att mamman märker den lilla effekten, och att den förstärker hennes involvering. Men visst kan man se mödrar som är

väldigt involverade i sina döttrars liv, som sjukskriver sig för att bryta flickans isolering och se till att hon får i sig lite mat, och precis som Alicias mamma, smyger in i hennes rum om nätterna för att lyssna om hon andas. Men kanske är det också en intuitiv känsla för att deras relation är en förutsättning för flickans individuationsprocess och återhämtning.

Jag tar detta exempel för att belysa varför jag som behandlare behöver reflektera över, och ta ansvar för, vad jag tror, och hur mina modeller för hur jag ska handla spelar in i situationen. Om jag till exempel tror att mammans engagemang är ett uttryck för överinvolvering och hindrar dottern från att bli frisk, så kanske jag uppmuntrar mamman att låta henne klara sig själv, med risk att gå miste om den kanske viktigaste faktorn som kan leda till att hon blir fri.

Keeney citerar ett intressant uttalande av Erickson som handlar om hans syn på förändring och behandlarens uppgift: "Jag tror inte terapeuten gör någonting utöver att tillhandahålla möjligheten att reflektera över sitt problem på ett gynnsamt sätt".<sup>73</sup> Här kan man se likheter med Gadammers tankar om det läkande samtalet. I samband med sådana resonemang om hur försiktig man kan behöva vara med att introducera förändring skriver Keeney att det handlar om att arrangera en kontext där klienten kan använda sina egna resurser för att uppnå förändring. Detta är något som Cecchin plockar upp och ger en ännu skonsammare formulering; att arrangera en kontext som endast subtilt förmedlar att förändring är möjligt.

Det kan nästan verka paradoxalt är att alla dessa förgrundsgestalter för systemisk teori och terapi är *för* att terapeuten ska vara aktiv, till och med vad Cecchin kallar *pro-activ*, det vill säga verka för att förändring sker, däremot inte direkt förändra. Att Cecchins bidrag blivit så genomgripande inom systemteorin – och för mitt arbete – gör att jag vill beskriva det lite närmare.

### 6.3 Milanoskolan och Cecchins systemisk-fronetiska utvecklingsarbete

I sin forskningsrapport *Paradox och motparadox*, beskriver Milanoteamet hur de utforskade interaktionssekvenser utifrån en cirkulär epistemologi, det vill säga vilken effekt en handling hade någon annan stans i systemet, snarare än med hypoteser om linjära orsaksamband.<sup>74</sup> Ju mer de utforskade samband, mönster och premisser, desto mer insåg de att paradoxala symtom *systemiskt sett* var rätt desto tydligare blev det att lösningen låg i att identifiera den

---

<sup>73</sup> Keeney, s. 8.

<sup>74</sup> Palazzoli et.al. 1978



rätta logiska eller relationella kontexten där det var vettigt. I den 13-åriga flickans fall valde jag att utforska klasskontexten snarare än familjekontexten till exempel. På så sätt kom de fram till sin mest uppmärksammade intervention, den positiva konnotationen. Med hjälp av den kunde de intervensera på ett sätt som gav en positiv bibetydelse åt det som konnoterats negativt. I fallet med trettonåringen innebar mitt utforskande att hon kom fram till att svälten hjälpt henne att upprätthålla en känsla av värde, och när hon förstått vilken mening svälten hade kunde hon välja att acceptera sig själv som hon var, till och med sin känslighet och osäkerhet för, som hon sa, ” om man accepterar alla sidor hos sig själv vad ska man då med ätstörningen till”. På en internationell kongress i familjeterapi i Paris 2010, sa en av huvudtalarna, Cecchins medförfattare Wendel Ray, att den positiva konnotationen är den mest verkningsfulla terapeutiska intervention vi känner till<sup>75</sup>. Genom att man endast lägger till en liten positiv bibetydelse till någonting som blivit negativt denoterat kan ett nytt perspektiv öppnas utan att stöta på motstånd mot förändring. Det lilla tillägget innebär bara en förskjutning i perspektiv och inte några konfrontationer eller förändringsidéer som skulle kunna upplevas som hotfullt för systemet.

Cecchin ansåg att det stora värdet med den positiva konnotationen är att den förändrar terapeuten. Det vill säga den hjälper att bli medvetna om att vi inte är medvetna om hur våra fördomar, våra sinnens intentionalitet, blandar sig i vår varseblivning och hur vi frambringar klienterna så som vi ser dem. Det viktiga är att, som Maturana föreslår, reflektera över hur vi vet det vi vet, så att vi inte invaggas i illusionen att vi ser den verkliga familjen, när vi i själva verket frambringar en familj. I exemplet med mammornas ibland ovanligt stora engagemang i sitt barn är det lätt hänt att man frambringar en överinvolvering som del i problemet. Men om man tänker på mor-dotter relationen utifrån en positiv konnotation, kan det frambringa en helt annan familj där mammorna kan användas som resurs, som Alicias mamma. Hennes förmåga att tillägna sig ny information bidrog starkt till att Alicia tonade fram som person och att sjukdomstanken tonades ner, och att Alicia kom ur sitt anorektiska dilemma.

Cecchin, som oförtröttligt verkade för att det systemiska perspektivet skulle omsättas i klinisk praxis, drevs av en stark tro på att förändring är möjligt. Redan under utbildningen i Milano minns jag att de sa: ”vi vet inte *när* eller *var* eller *hur* det kommer att förändras, men *att* det kommer att förändras, det vet vi”. Även om människor kört fast kan förändring ändå till sist

---

<sup>75</sup> Wendel Ray, 7th EFTA Congress, 2010.

ändå ske, för levande system kännetecknas av en plasticitet, en förmåga att adaptera till förändrade omständigheter. Men det kan ta mycket längre tid, ske någon annan stans i systemet och ske på helt andra sätt än man förväntat sig, vilket kräver en öppenhet från terapeutens sida. I Alicias fall började förändringen i mammans förmåga att tillägna sig budskapet att anorexin kan ses som meningsbärande snarare än som en sjukdom. Dessutom insåg Milanoteamet att det räcker med en liten förändring någonstans i helheten så kommer den att sprida sig. Genom mor-dotter relationen kunde förändringen i mammans förståelse sprida sig till Alicia.

Mer än ett decennium efter sin forskningsrapport skriver Milanoteamet en artikel, där de presenterar tre riktlinjer för det systemiska samtalet; *Hypthesizing, Circularity, Neutrality, Three guidelines for the conductor of the session.*<sup>76</sup> De har nu börjat uppmärksamma terapeutens roll i hypotesbildningen och betonar vikten av den cirkulära epistemologin för hur man ställer frågor i sitt utforskande. Men eftersom artikeln kom vid en tidpunkt då neutralitetsbegreppet började ifrågasättas, uppstod en het debatt om den tredje riktlinjen, som var att förhålla sig neutral till det man observerade.

Som svar på neutralitetskritiken publicerade Cecchin sju år senare en reviderad version av riktlinjerna för samtalsledaren; *Hypthesizing, Circularity, Neutrality Revisited, an Invitation to Curiosity.* Här inviterar han, som underrubriken anger, till att reflektera över möjligheten att terapeutens nyfikenhet ska ersätta den förlorade illusionen om neutralitet.<sup>77</sup> Han kombinerar också nyfikenhet som drivkraft i det terapeutiska samtalet med Aristoteles begrepp estetiskt omdöme, det vill säga öppenhet för vad den konkreta situationen kräver av mig som terapeut. Denna speciella kombination skulle han senare benämna *estetisk nyfikenhet*. Med det avser han den engagerade viljan att så gott det går, med Keeneys ord, ta sig in i den andres livsvärld, trots att man inte kan göra sig kvitt sina fördomar, för att så kunna bli delaktig i att den transformeras.

Men innan jag kommer till hans tankar om det vill jag gå närmare in på vad Cecchin skriver om etik i terapi. Först och främst gör estetiken att vi undviker en förenklad syn på mänskliga betingelser, för skifte till det estetiska i terapin stryker under vår känslighet för

---

<sup>76</sup> Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Guliana Prata, *Hypothesizing, Circularity and Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session, Family Process*, 1980.

<sup>77</sup> Cecchin, Gianfranco, *Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity, Family Process* 26, 1987.

mönster. En estetisk ram kan också öka nyfikenheten, det vill säga drivkraften att fortsätta att utforska. När det kommer till transformation menar Cecchin att vi gör bäst i att frambringa mönster genom att interagera med familjen i stället för att förändra, för förändring är något som tar form i terapeutens huvud. För om familjen skulle göra som man sa så skulle det bli en ny familj. Hans slutsats är att eftersom vi inte kan veta vad som passar den specifika familjen återstår oss ingenting annat än att interagera med den. Då kanske vi berör systemet på ett sätt som gör att de hittar egna vägar att gå vidare.

Under åren som följde publicerade Cecchin ett par böcker tillsammans med Gerry Lane och Wendel Ray.<sup>78</sup> *Irreverence* handlar om en strategi för att överleva som terapeut, nämligen att förhålla sig vanvördigt gentemot allt man lärt sig; ta ställning mot alla teorier, slutsatser och fördomar som tagit form i ett annat sammanhang och inte kan appliceras i en ny kontext.

Ett par år senare fördjupar Cecchin, Lane och Ray sina analyser om terapeutens ofrånkomliga fördomar, vad de kallar ”fördomarnas cybernetik”, i en bok med samma namn.<sup>79</sup> Här vidareutvecklar de tanken att terapi är ett möte mellan fördomssystem där båda parter trossystem oundvikligen blandar sig i processen. Författarna menar att vi därför måste vara ansvariga, ta ansvar för vad vi tror, för det får konsekvenser. För negativa konsekvenser drabbar inte bara för dem vi behandlar utan det vi tror får oundvikligen konsekvenser också för andra människor långt ut i förgreningarna av deras nätverk. Författarna refererar till Gadamer i att vi aldrig kan komma ifrån att vi har fördomar, och att det inte heller skulle vara önskvärt, då de är det enda vi har som utgångspunkt för vår orientering. I stället för att ägna oss åt det fåfänga i att försöka skaka dem av oss bör vi göra konstruktivt bruk av fördomarna; tydligt redovisa dem, pröva dem i den konkreta situationen och vara beredda att byta dem om det visar sig att de inte fungerar i den kliniska situationen.

Något som jag tycker är särskilt viktigt är Cecchins tanke att när fördomssystemen kolliderar är det bättre att det är vi som ger oss eftersom ”det är vi som har råd att inte ha rätt”. Det är ju inte våra liv som står på spel. Men för den skull får vi inte sluta att engagera oss. Tvärtom ska vi göra konstruktivt bruk av våra fördomar. Långt efter Cecchins död fick jag se en videoinspelad intervju från 1999, vilket är det sista material av honom som jag kunnat finna i

---

<sup>78</sup> Cecchin et.al., 1992.

<sup>79</sup> Gianfranco Cecchin, Garry Lane, Wendel Ray, *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*, London: Karnac Books, 1994.

mina efterforskningar. I intervjun förenar han den estetiska nyfikenheten med ett passionerat engagemang för att hjälpa människor att komma loss. Han brukade säga att folk kommer till terapi för att de sitter fast och det är vårt jobb att få loss dem, precis som att de kommer för att de har konstruerat sig själva som fel-i-relation och vårt jobb är att se hur de är rätt-i-relation. I denna sista intervju, som jag betraktar som hans ”professionella testamente” då han ser den terapeutiska verkan som att: ”när vi är nyfikna och engagerade så kommer klienterna också att bli nyfikna och engagerade”.<sup>80</sup>

## 7. Fältstudien

Som Dottori framhåller, behöver vi ”vara förmögna till att fälla ett omdöme”, och det är det som gör den fronetiska kunskapen till en praktisk kunskap. Givetvis blir det olika bedömningar, inte bara från fall till fall, utan det blir också olika beroende på behandlaren, eftersom alla handlar utifrån sin unika situation. I mitt sökande efter sådant som kan bidra till den fronetiska kunskapen har jag därför utgått från Haraways tankar om ”situerad kunskap”. Genom sammanställningen av mina informanternas erfarenhetsbaserade kunskap hoppas jag att fältarbetet ska ge en situerad kunskap och, tillsammans med de övriga två materialen i denna studie, bidra till att tydliggöra den fronetiska kunskap vi har om vad som är terapeutiskt verksamt vid särskilt svårhjälp anorexi. Därför gör jag min bearbetning av intervjusvaren utifrån de andra två materialen – fallstudien och min kunskap. Som framgått av teoriavsnittet anser jag, liksom Cecchin, att terapeutens perspektiv är av största betydelse varför jag gett extra stort utrymme åt informanternas syn på anorexi som fenomen.

### 7.1 Informanternas syn på anorexi som fenomen

Som jag hade förstått det genom böcker och studier som mina informanter publicerat, har de alla inställningen att anorexi är ett komplext tillstånd av bio-psyko-social natur. Det stämmer med såväl min erfarenhet som med fallstudien. Berättelsen om Alicia visar att anorexin hade starka kopplingar till de psyko-sociala faktorerna i den anorektiska helheten. Alicia skriver att hon kunde släppa sin anorexi men inte vågade, för utan den visste hon varken vem hon var eller hur hon skulle uppfattas av andra. Jag hade också förstått att mina informanter, trots att forskningen varken kunnat identifiera några signifikanta underliggande eller upprätthållande faktorer, räknar med en rad faktorer som både ligger under och upprätthåller anorexin,

---

<sup>80</sup> Gianfranco Cecchin, *A Bopper in Training and Therapt*, Video intervju, presented att a memorial conference *Gianfrancos Eyes – 10 years after*. Arr. Il Centro di Terapia della Famiglia, 01/04 2014.

faktorer som spelar in i bemötande och behandling. I terapin med Alicia utforskade vi underliggande faktorer, som hennes ångest och upplevelse av att vara tom och sakna mening i relation till andra. Och metaforen ”tappa kompassen” var ett sätt att också utforska om anorexin kunde vara sin egen upprätthållande faktor; om den tjänade till att hejda en okontrollerbar framfart när Alicia saknade kontakt med sig själv som utgångspunkt för att gå vidare i livet. Som jag ser det tonade reflektionerna över underliggande och upprätthållande faktorer ner sjukdomstankarna i hela familjen, något som gav ett visst lugn och gjorde det möjligt för dem att tillägna sig nya perspektiv.

Trots min förhandsinställning till vad informanterna anser tycker jag det är väldigt spännande att se om det jag tror stämmer. Det visar sig, som förväntat, att samtliga informanter ser anorexi som ett komplext tillstånd av bio-psyko-social natur. David Clinton menar att då det är ett multideterminerat tillstånd är det viktigt att se hur olika faktorer samverkar. Göran Carlsson anser att det inte är fråga om någon sjukdom, i varje fall inte initialt. Men i en del fall kan det utvecklas till att bli en sjukdom. Men han säger med emfas att det är en sjukdom som man kan bli frisk från om det bara finns någon sorts motivation att försöka och det finns någon metod som passar just den personen. Och det viktiga är att man *har* en sjukdom, man *är inte* en sjukdom. Olof Ulwan hävdar att det över huvud taget inte är någon sjukdom utan ett kraftigt försvar: *Där har du din erfarenhet att det inte finns några omöjliga tillstånd även om det har pågått i 20-30-40 år.*

O Ulwan menar att det inte är tiden som avgör utan det är fråga om mönster som kan vara väldigt svåra att ändra. Han säger att han och Anita Ulwan numera aldrig talar om sjukdom, bara om sårbarhet. Både vid MHE-kliniken och vid teamet i Oslo är de alltså övertygade om att det går att bli bra från anorexi, något som jag tror hör till det mest avgörande för ett gott resultat. Som Cecchin säger – det vi tror får konsekvenser!

Informanterna utgår alltså i sitt arbete från att anorexin har en mening som man måste sätta sig in i. Anorexin kan också vara en signal till omvärlden om något som inte går att kommunicera på annat sätt, kanske för att man själv är förvirrad och varken förstår sina symtom, sin situation eller sig själv. A Ulwan tänker att även om det är ett förvirrande språk så är den ett sätt att ge besked på, ett språk som har att göra med att inte bli sedd och förstådd eller bekräftad för sig själv. Eller att inte förstå sin omgivning. Som jag ser det är detta att bli bekräftad för den man verkligen är och inte bara tycker sig få sina negativa självbilder

bekräftade är avgörande för att personen bakom symtomen och självbilderna kan tona fram för sig själv. Då kan hon samverka till att sjukdomstankarna tonar ner, och genom att utforska sin självsvält och sin värld engagera sig i att, med Keeneys ord, den rekonstrueras.

En viktig konsekvens av det fenomenologiska perspektivet på anorexi är, som jag ser det, att när vi kan identifiera och komma till rätta med vitala underliggande och upprätthållande faktorer, kan personen bakom symtomen medverka till att sjukdomstanken tonar ner. I min erfarenhet med Alicia tog det lång tid innan hon vågade släppa anorexin som skydd både mot den ångest hon enligt mamman haft före anorexidebuten och mot den existentiella ångest som var kopplad till framtiden. Som doktor Nordlund sa, när de börjat återhämta sig kommer hela problemet då de ska börja tampas med livet, och då kommer också alla de problem som tidigare har varit absorberade av själva anorexin.

Det visar sig att också informanterna anser att anorexin fungerar som en räddning från något som varit, eller en lösning på någonting som har med framtiden att göra. I första hand anser de att de underliggande faktorerna har att göra med personvariabler, som den typ av sensitivitet som framkom i *Ett liv av vikt*. I min erfarenhet kan det vara närmast omöjligt att få klienter att samverka till en viktuppgång för de är rädda att de ska tvingas gå tillbaka till det outhärdliga som var innan anorexin kom. Som jag beskriver var mitt intryck av Alicia i början att hon bara satt och stirrade tomt framför sig, något som kan ses som ett skydd. Därför blev jag väldigt förvånad att hon så tidigt vågade säga att hon kände sig tom och meningslös i relation.

I första hand rör det sig om en särskild sensitivitet och perfektionism, säger O Ulwan, och den är i de svåraste fallen en genetiskt betingad sårbarhet, en neurobiologisk faktor. Han konstaterar: *Anorexin är ett tillstånd som är skapat av dig själv för att överleva nåt som är värre. Känslan av kontroll leder till förstärkning: "OK om jag fortsätter att svälta mig så har jag mer kontroll"*. I teamet i Oslo brukar de tala om olika sorters sårbarhet, en sårbarhet som kan utveckla sig till negativa spiraler, och en annan sårbarhet som kan utveckla sig till spiraler som blir till *en sensitivitet som de kan utnyttja i en begåvning*. Ulwan anser att det är samma sak som Eileen Aaron avser med HSP (Highly Sensitive Person). *Vi kallar det också att de är hyperkänsliga och väldigt altruistiska, det som Peggy [Claude-Pierre] också har funnit*. Han fortsätter att berätta att i stället för ADHD brukar de i sina samtal med klienterna prata om "ABBA", Absolut Begåvad Bara Annorlunda. Jag tycker det är spännande för det är ett resonemang som har likheter både med vad som kom fram redan i *Ett liv av vikt* och med vad

jag gör när jag vänder på mina pallar, det vill säga som jag visade Alicias familj att det i grunden rör sig om altruistiska, engagerade människor med ett självklart personvärde och som upplevs som en gåva av andra. Men själva tror att det är precis tvärtom, för deras negativa självbild säger att de inte kan leva upp till allt det som de egentligen redan är.

A Ulwan berättar om sin erfarenhet att det rör det sig om en väldig oro som handlar om en mentalisering av andra människor och förstå andra människor och sig själv anser A Ulwan. Hon tänker att det kanske viktigaste skälet till anorexin är att den sänker oron: *Det är ett effektivt sätt att sänka oron för man har ju inte energi till att vara orolig. Oron försvinner när du svälter dig. Och det är en lösning som ligger nära det fysiska – jag menar att svälten har en så positiv respons hos de här flickorna som har kaos i huvudet.* Även hon talar mycket om den underliggande sårbarheten, så mycket som inte har blivit sett och förstått vare sig i närmiljön eller i tidigare behandling. När det är svårt med koncentrationen i skolan kan man sitta och , dagdrömma, låtsas vara med men: *vad som sker är att du börjar snacka ner dig själv, du får en röst som säger att du inte är tillräckligt bra, du klarar inte det andra klarar.* Just detta att många jämför sig med vad de anser vara ”normalt”, eller ”idealt” för den delen, och att de definierar ut sig själva, tycker jag verkar vara det som mer än annat ger näring åt negativa självbilder. Det stämmer också med min erfarenhet, att det verkar det som om anorexin är överlägsen allt annat när det gäller att skydda mot underliggande ångest eller annan psykisk ohälsa. Det är, som Carrie Arnold betonar, viktigt att förstå att ångest och OCD är något som *föregår* svälten, inte tvärtom.

När det gäller upprätthållande faktorer tycker jag man ofta kan upptäcka väldigt goda skäl till att människor blir kvar i sin bindning till anorexin. Till exempel kan rädslan att ”stå naken i världen utan anorexin” som Alicia uttrycker det, vara värre än alla de nackdelar som självsvälten innebär. och som Nordlund sa: ”då kommer hela den livrädda flickungen fram”. Det är som någon sa (jag minns tyvärr inte vem, men det är en så skarp iakttagelse att jag ändå vill nämna den), att anorexi inte är uttryck för något slankhetsideal eller fåfänga som många tror, det är alldeles för plågsamt för att kunna förklaras med det. Men om det stämmer som Hvid hävdar, att anorexin handlar om att svälta för att leva, kan man i stället titta närmare på alternativet – att leva som levande död. Det kan till och med erfaras som någonting mer hotfullt än att dö fysiskt.

Med tanke på dessa existentiellt sett extrema frågor om liv och död och kanske levande död är jag nyfiken på mina informanternas erfarenheter av faktorer som upprätthåller anorexin.

Informanterna bedömer att det som upprätthåller anorexin också främst har med personfaktorer att göra. G Carlsson anser det självklart att man får ut någonting av sin svält, *kanske att man för första gången känner sig sedd även om det bara är för att man blivit mager och inte för vem man är som person.* Jag tänker att behovet av bekräftelse måste vara en av de främsta drivkrafterna, särskilt för flickor som Alicia som har så mycket av både inre och yttre alienationsupplevelser och som så väl behöver kontakt och bekräftelse i relationer med andra för sin individuationsprocess. I den kvalitativa FOU-studien jag medverkade i var just upplevelsen av att bli sedd och förstådd bland de viktigaste svaren på vad som hade hjälpt våra brukare att bli friska och fria från sin anorexi. De talade om hur viktigt det var att terapeuten förstått dem, sett deras liv som det verkligen varit och trott på dem.

En annan anledning till att bindningen till anorexin upprätthålls är att den ger en känsla av att man klarar något. Enligt A Ulwan kan känslan av att bemästra någonting, även om det bara är att hålla sig extremt mager, bli mycket viktig för den som tvivlar på sig själv, för man får hålla på med det lilla man kan och det ger en känsla av bemästrande och värde. Konsekvensen blir att *deras drömmar, resurser och hopp ligger undanträngt av ätstörningen, för anorexin blir så stor del av patientens liv att de inte får fatt i sina resurser.* Det är något som stämmer mycket väl med erfarenheter som jag har att dessa flickor känner sig så otillräckliga och inkompetenta fast de är allt annat än det. men det medför ofta en stark spänning, eller ett glapp, mellan en extremt hög ambitionsnivå, som är motiverad av flickornas potential, och ett lika extremt låg självkänsla som skapar oro och ångest. Jag tänker att det är själva glappet som är problemet och att arbeta med det kan vara mer fruktbart än att försöka sänka kraven eller öka självkänslan. För blir man varse glappet kan man inse att man missförstått något väsentligt om sig själv, att det inte handlar om att vara otillräcklig utan att det helt enkelt kan ta lång tid att utvecklas när man begåvats med mycket resurser. Därför blir det intressant för mig att Ulwans ger så stark positiv konnotation till ännu icke kända resurser.

Dalida Rokka talar också om framtidsscenarioet, om den existentiella ångesten för en framtid utan anorexin och behovet av individuation: *så kommer frågor om den egna identiteten och om det går att ha ett liv utan anorexin och ändå vara nöjd med kroppen och ha självbilden på plats. Ytterst handlar tveksamheten att gå ur sin ätstörning om frågor som: ska någon se mig för mig och inte se mig för att jag är utmärslad?*



Till de faktorer som fortsätter att upprätthålla anorexin hör i min erfarenhet även sjukdomstankar. Många jag mött har trott att de aldrig kommer att bli bra. ”Det kommer aldrig att gå”, är en vanlig replik på min mottagning och jag tror att det är tankar som bekräftats av den dominerande diskursen om anorexi som en sjukdom man kan få leva med resten av livet, som förmedlas i hela samhället. I den mån sådana tankar har förstärkts av tidigare vårderfarenheter, kan patienterna ha svårt att skaka av sig föreställningar om att de aldrig kan bli bra, eftersom de då dessutom kommer från auktoriteter på området.

Den sortens erfarenheter av bemötande blir problematiska, kan hålla kvar patienter i anorexin i många, många år berättar Clinton. Det får mig att tänka på vad Maturana och teamet i Santiago skriver om patologi, att det kan ses som konsekvens av fenomen som uppstår i interaktion inom en kultur där illusionerna om en objektiv kunskap om psykiatriska fenomen har auktoritet. Det är vanligt att patienterna tvivlar på sin egen erfarenhet, vad de egentligen vet om sig själva. Ofta Googlar de också på sociala medier där de får sina farhågor om en utveckling mot kronicitet förstärkta.

Informanterna menar att mycket som upprätthåller anorexin har med den dominerande biologiska diskursen och tidigare vård att göra. Clinton betonar att bemötande kan vara en faktor. A Ulwan säger att patienterna många gånger har med sig negativa erfarenheter från tidigare vård, att de kan vara väldigt skeptiska, väldigt omotiverade, något man måste bryta igenom. Annica Carlsson anser att negativa effekter av tidigare vård beror på ett ensidigt perspektiv på tillståndet. Särskilt de som haft anorexi länge behöver konkret hjälp både med hur de ska göra med mat, men också med problem som ligger under och med det som upprätthåller anorexin. De ju har hittat ett sätt att leva, och det behövs ett perspektiv som tar med det. Men det kräver en helhetssyn som ofta saknas i vården anser hon: *Antingen så är det fokus på mat eller då tappar man allt det här med funktion och familj, och om jag börjar äta vad händer då med uppmärksamhet osv. Eller så har de nästan bara fått terapi men inte fått hjälp med mat och kropp vet de inte hur de ska göra och då blir det så svårt också, för även om de förstår att det är ett sätt att få uppmärksamhet så har det ändå inte hjälpt i men hur ska jag äta då, konkret. ... Jag kan tycka att just med de här långtidssjuka – att det varken blir hackat eller malet.*

A Ulwan talar om situationer då hon möter en patient som är förvirrad och inte förstår allt, men som mitt i allt kaos ändå har funnit sin lösning: *Då måste man göra något annat än att komma in några gånger och fylla i ett formulär och sedan säga ”detta är din sjukdom” – det är helt tokigt, det är ett märkligt sätt att tänka på. Vilken definitionsmakt det har och hur smalt man ser på människan.* Hon fortsätter med att personen bakom, den behöver man verkligen förstå: *Det är nödvändigt att förstå båda delarna [anorexin och personen] för om man inte förstår personen och bara går på sjukdomen kan det vara att faktiskt bara upprätthålla och inte få till någon ändring.* Men, lägger hon till, det sker i bästa mening, men utan förståelse ofta och utan att kanske höra med dem som kämpar med sitt problem: *jag tänker att detta tillstånd är så förvirrande och det förvirrar också vården och förvirrar dem som är runt på ett sätt som kan upprätthålla symtomen, ja.*

Också G Carlsson delar med sig av sina synpunkter på negativa effekter av tidigare vårderfarenheter. Här väljer jag att citera ett längre stycke av det han sa, då det förmedlar en mix av både humor och indignation som skvallrar om en lång erfarenhetsbaserad vetskap om hur klienterna har upplevt det: *De säger att i annan vård har de sagt att du ska ligga still, äta det som var på tallriken, ligga still i en timme efteråt, passas för att gå på toaletten. Och på sjukhuset fick man inte gå utan strumpor för då kunde man frysa bort kalorier och man fick inte ha två strumpor för då kunde man svettas bort kalorier och man fick inte ligga och vifta på tårna under täcket för då fick man extravak osv. Och här händer ingenting av det så därför behöver de inte göra motstånd. Men så händer det också att de säger att det man har pratat om förut är också att ”det är ingen idé att vi pratar med dig ens förrän du väger normalt, utan terapi det får man inte förrän man gått upp i vikt, och terapi – om man får det på sjukhus! Så är det, ja, ingen riktig terapi utan man får träffa en psykolog en gång i månaden eller vad det nu kan va’. Så det de ofta säger är att de tidigare behandlats som en sjukdom, det är ingen som lyssnat eller trott på dem för att de är så sjuka så de kan inte tänka själv och de kan inte tycka nånting för det har de inte rätt till (suck.)* Han avslutar med att kommentera: *Men det vi ser styrs ju av att vi träffar dem som har misslyckats i den ordinarie vården – de som har lyckats kommer ju aldrig hit!*

O Ulwan talar också om effekter av tidigare behandlingar där människor många gånger känt sig djupt kränkta, både patienter och föräldrar: *De är så kränkta, de är så kränkta! De måste bara komma och prata, de är så traumatiserade så vi måste jobba med posttraumatiskt*

*stressyndrom, och så kommer frågorna: "Varför gjorde de så här?" Och de har ju varit i många behandlingar innan de kom till mig och Anita.*

## 7.2 Bemötande

Redan innan jag planerade intervjuerna visste jag att Clinton är starkt engagerad i bemötandets stora betydelse för behandlingsutfallet. Också för Alicia var bemötandet avgörande, åtminstone hävdar hennes mamma att hon fick tillit till mig redan vid första samtalet, och hade ett fokus inför Stockholmsresorna som fortsatte att vara starkt hela tiden. Det stämmer med min generella erfarenhet att om man vinner flickornas förtroende från början så är det mycket bättre prognos. Eftersom Clinton är forskare, och har överblick av vad som framkommit om bemötandets betydelse vid anorexibehandling, och dessutom själv starkt engagerad i frågan, var jag särskilt nyfiken på vad han hade att säga i saken.

Clinton tror att fel bemötande kan vara en faktor som hållit kvar patienter i anorexin i många, många år, och han tror att det har att göra med aspekter som komplexitet och enkelhet: *att människor ofta kan känna sig dragna till enkla eller entydiga förklaringar till saker. Man tänker man ska bemöta det på ett sätt framför allt. Folk kan vara lite rädda för att se saker på ett mer komplext sätt.* Han menar också att det finns lite för mycket av en teknologisk kultur inom vården som gör att det blir ett felaktigt bemötande: *att man tänker att bara vi kan säga att vi har gjort något evidensbaserat, då har vi ryggen fri, då är det inget problem. Men jag tror också det är viktigt att betona att den evidensbaserade behandlingen kan ge och inte att den ger. Och sen är det en stor fråga också vad den där evidensen är för nånting, för det är många frågor, aspekter hur vi tänker på och mäter utfall.* Clinton tror även att anorexin kan ha verkat förvirrande på personalen på ett sätt som kan leda till att symtomen upprätthålls. Hans erfarenhet är att *det kan vara mycket svårt att komma fram till patienter som haft det så och därför kan terapier ta mycket längre tid än man kan tro.*

De övriga informanterna är eniga med Clinton att evidenskraven kan ha en negativ effekt på bemötandet. De ser till och med kravet på evidens som en möjlig upprätthållande faktor. Det upplevs som begränsande i det terapeutiska arbetet, då viktiga icke mätbara variabler inte har evidensbaserats, eller ens *kan* evidensbaseras. G Carlsson berättar att det mesta de gör på MHE-kliniken dock är evidensbaserat, men han ser det mest som något man måste visa upp och inte något han själv anser att han behöver, för den verkliga kunskapen är baserad på erfarenhet, inte på mätningar: *Numera ska det vara evidens för att nån ska köpa nåt. Alltså*

*vad är det vi gör som är jättebra? De andra ser vad det är som är evidensbaserat. Men jag tänker inte så. Jag tänker att jag vet vad jag gör.*

A Carlsson för in respekt som en viktig aspekt av bemötandet, en aspekt hon tycker väger tyngre än någon evidensbaserad modell. Hon berättar att klienterna vid utvärderingar av behandlingen vid MHE-kliniken har sagt att de känt sig respekterade för att fokus inte låg på att de skulle bekämpa anorexin. I stället kunde de känna sig respekterade för att målet inte var att gå upp ett antal kilon och bli normala utan det var ett helt annat fokus.

Också A Ulwan talar om respekt; att inte bara respektera personen utan också hennes lösning. Hon menar att det ligger mycket mer i behandlaren än i metoden; kontakten, kemin, vem man är. Därför är evidenskraven särskilt besvärande. Hon säger att *vården blir bara mer och mer evidens- och manualbaserad och det går inte att vara kreativ och kreativ måste man vara i det här arbetet för vi har med kreativa personer att göra. Att få på ett sätt ett upplägg trätt över sig som måste passa när man är så olika är svårt för dessa människor för de är annorlunda på ett sätt. Och jag tror det blir en förolämpning. Och det är tråkigt för mig att jobba så. Och att man kräver evidensbaserad, kräver att det ska vara en sån och sån förändring på så kort tid och kräva att alla är lika och skräddarsy utifrån en idé, ett program som ska passa för alla, i stället för att det ska vara skräddarsytt och passa varje enskild individ – det möter jag mer och mer. Det leder till en misstillit, till att ”jag blir inte sedd för den jag är att de inte är intresserade i mig utan i en metod och genomföra den på så och så kort tid”. Det kan leda till att de slutar komma – detta är ju människor som ser vad som är bra och inte bra, det ser de fort. Men om du har en tillit till dem så känner de det väldigt fort. Det tror jag betyder mycket. Jag tycker det är en intressant spänning mellan evidens och tillit* A Ulwan skissar upp här. Meningen med evidensen är ju att öka tilliten till vården!

### 7.3 Positiv konnotation

En intressant aspekt som informanterna lyfter fram är att underliggande och upprätthållande faktorer gör det möjligt att förstå anorexin som någonting positivt. Jag kommer att tänka på vad mina lärare vid Milanoinstitutet sa om positiv konnotation; om man kan se anorexin som en vän, och tackar för hjälpen, blir det lättare att skiljas från den än om man konstruerar den som en övermäktig fiende. I Alicias fall valde jag att ge en positiv konnotation till hennes svält. Familjen tyckte metaforen om att förlora kompassen stämde precis. Det blev dels en väldig lättnad för dem att äntligen förstå anorexin som en räddning. Då kunde de hjälpa sin

flicka med hennes oro. Mamman slapp dessutom oroa sig för att hon göra fel, i stället både *se* och *tilltala* sin dotter som person bakom symtomen.

Eftersom den positiva konnotationen, om man får tro Ray, är den mest verkningsfulla terapeutiska intervention vi känner till, är jag ytterst nyfiken på hur mina informanter tänker om, och i praktiken använder sig av, den positiva inställning de har till anorexin som meningsbärande och skydd. Framför allt verkar det vara den som gör det möjligt att arbeta så ingående med ambivalensen som de gör i Oslo.

Vid MHE-kliniken kan man säga att det ligger en positiv konnotation i hela deras integrativa modell, som bärs av en tillit till att klienterna klarar att äta utan övervakning, vilket förmedlar budskap om att den inte är någon fiende som måst bekämpas och kontrolleras, utan att de tvärtom själva ska komma fram när de är redo att släppa taget om, som Alicia skriver, den ”bästa” vän som hjälpt dem så mycket. De ger vad G Carlsson kallar frihet under ansvar, som gör det möjligt att samarbeta med klienterna på deras villkor, åtminstone så länge de håller sig inom ramen för en frisk målsättning. Både Rokka och A Carlsson talar mycket om vikten av att de ska *finna sina egna vägar och sina egna mål*.

I Oslo pratar de till och med om anorexin som en ”vän”. A Ulwan berättar att hon arbetar mycket med hållningar till anorexin: *för en del är ju så förälskade i sin anorexi, alltså förälskade, för att det är ju deras bästa vän, den löser ju allt för dem*. Hon menar att det är det som gör att de är så ambivalenta till att släppa taget. Och O Ulwan berättar att de ofta pratar med patienterna utifrån en tydlig positiv konnotation av symtomen. För att illustrerar talar han som till en tänkt patient: *”Det har ju en positiv betydelse annars skulle du aldrig, aldrig, aldrig vara så lierad med din anorexi. Eller hur. hade det varit bara negativt för dig ... nej det är inte så, det är nånting som är väldigt konstruktivt för dig”*.

#### 7.4 Förändring

Eftersom ”förändring är terapins kärna”, som Keeney uttrycker det, är jag speciellt intresserad av vad mina informanter säger på förändringstemat. I min erfarenhet är klienterna paradoxalt nog ofta väldigt rädda för den förändring det skulle innebära att bli fri från anorexin, och rädda för förändring över huvud taget. Med vetskap om den ambivalens många känner inför att släppa sin anorexi kan man aldrig förutsätta att de är redo för förändring, även om de uttrycker att de vill ha hjälp, som Alicia gjorde i sitt allra första mail till mig. Ändå tog det ett

och ett halvt år innan hon var redo. Jag kommer här att tänka på något jag lärde i Milano där de frågade: "kan du inte, får du inte eller vill du inte?" Till rädslan att förändras kommer rädslan att aldrig få ett liv om de fortsätter att vara bundna till anorexin. Och det anorektiska dilemmat är ett faktum.

Problemet förvärras ofta av att klienterna har gått igenom ett flertal behandlingar, som verkar göra dem övertygade om att de fått en sjukdom som de måste leva med resten av livet. Deras tro bekräftas av den studie som säger att mer än två till tre behandlingar av samma sort är meningslöst. Jag kan tänka mig att dessa supersensitiva människor lätt kan ha fångat upp en dystert prognos, för oavsett hur kritiska de kan vara i mot tidigare behandlingar i övrigt, är det ytterst få som frågar sig om det är modellen som inte passar för just henne. I stället utgår de från att de misslyckanden de varit med om är *deras* misslyckanden, och det kan vara oerhört svårt att få någon som fastnat i den inställningen att överge den. Kanhända det är det fenomenet Clinton rör vid när han säger att fel bemötande kan förlänga behandlingar med många år. Problemet med sjukdomstanken, som jag ser det, är att ju mer klienterna har anammat den, desto svårare brukar de ha att tillägna sig budskap som exempelvis att man kan svälta för att leva som Hvid skriver, eller för att, som Palazzoli kom fann, att svälten faktiskt kan vara ens enda sätt att under rådande omständigheter förverkliga sig själv.

Vi har sett att mina informanter anser, att för att en förändring ska kunna komma till stånd behöver man förstå vad som ligger under och vad som upprätthåller anorexin. Det tycker jag är högst intressant då forskningen enligt KÄTS inte kunnat finna några signifikanta faktorer, medan mina informanter har upptäckt en hel mängd. Kanhända "hemligheten" med deras framgång har med det att göra.

Informanterna är också eniga om att den subjektivt upplevda faran med förändring har att göra med skräcken för vad som skulle komma om de skulle bli av med den anorektiska tryggheten. A Ulwan anser att anorexin innebär en fantastisk känsla av trygghet. Dess allra viktigaste funktion är att den fungerar som en livboj och den kan man inte ta bort innan man har något annat att erbjuda. Så det gäller att inte forcera något. Rädslan att förändras har också att göra med negativa projektioner som gör framtiden inte bara osäker utan riktigt skrämmande. Rokka säger: *Man kan vara väldigt rädd för att bli frisk, alla "tänk om det och det händer" Det existentiella perspektivet kommer, det finns inga garantier i livet.* O Ulwan säger att de inte längre ens talar om förändring, bara om transformation.

Men det är inte bara patienter som är tröga att förändras. A Ulwan tycker att det, förutom att försöka förstå hur anorexin har påverkat patienterna, också är viktigt att utforska hur den påverkar oss terapeuter. Förutom att hon här ger en inblick i det reciproka tänket är hon inne på samma tema som Clinton, att anorexin kan ha verkat förvirrande på personalen på ett sätt som kan upprätthålla symtomen. Därför behöver även vi som behandlare förändras – framför allt påminna oss, som informanterna redan sagt, att det inte finns *en* metod som hjälper i varje enskilt fall, och att negativa effekter av vård beror på ett ensidigt perspektiv på tillståndet. För det är som Cecchin sa att det vi själva som kört fast när vi tänker att våra klienter har gjort det.

G Carlsson hävdar samma sak: *Eftersom vi inte kan räkna med att alla metoder passar alla är det vi som får anpassa oss efter dem!* Särskilt när patienterna inte alls visar sig beredda att släppa taget menar A Ulwan att det är viktigt att inte direkt försöka förändra utan kunna respektera deras lösning för: *då finns det ju skäl till det och då måste man visa respekt för det också och prata öppet om det, för jag tänker att det är som om man ser på djur som är väldigt, väldigt rädda – det kanske är en dålig jämförelse – hur försiktig man måste vara i kontakten.* Hon talar mycket om vikten av att förstå och verkligen lära känna personen bakom symtomen och hur väsentligt det är att ta klienternas hela erfarenhet på allvar: *det är speciellt att de sitter med sin kunskap, en kunskap av att ha haft sin anorexi väldigt länge. En kunskap om vad som fungerar och vad som inte fungerar. Och att det är väldigt, väldigt viktigt att ha respekt för den kunskapen: jag tänker att det kräver ett väldigt stort engagemang, och visa att du faktiskt är engagerad och visa att du bryr dig och att visa att du är intresserad av att lära något om dem. Den är där av ett skäl, den har ju ett värde och det måste man ha respekt för.*

Också O Ulwan pratar om att det är vi terapeuter som är de som kan öppna oss för andra perspektiv: *Vi kan inte förändra andra människor bara själva vara öppna för förändring, Där har du andra gradens cybernetik.* Han ger flera exempel på hur viktigt det är att vi är beredda att lära av patienterna, respektera att alla människor är unika och har sin historia: *och du vet aldrig den historien, du vet aldrig den historien.* Han framhäver särskilt en aspekt som jag finner synnerligen intressant: *Ofta är den historien förvanskad, för ofta när man inte har det bra så läser man in eller ser det dysfunktionella i historien också.* Han framhäver att man inte heller känner vårdhistorien, varför man måste vara plastisk i sin relation till klienterna, pröva andra vägar. Men främst handlar det alltså om att respektera anorexin som ett försvar som behandlaren aldrig kan forcera: *Du måste liera dig med det, och när du lierar dig med det*

*måste du vara beredd att ändra dig själv, och lära dig. Never fight an anorektiker. Join hem. Du måste bara följa med.*

Ulwan är inte bara noga med att poängtera att den terapeutiska relationen bygger på en ömsesidighet som kräver en plasticitet av terapeuten. Han betonar speciellt det asymmetriska i relationen – att både makten och ansvaret ligger hos oss terapeuten. Här kommer jag att tänka på vad Gadamer säger om det läkande samtalet som en humanisering mellan två i grunden ojämlika parter som han menar hör till det svåraste i vår mänskliga samvaro att hantera. Därför blir jag extra nyfiken på vad Ulwan lärt av sina patienter om humanisering. Han tar exemplet när det uppstår något missförstånd, att man då är beredd att bjuda på att man tagit miste – även om man inte är enda orsaken till felet. Här delar han ståndpunkt med Cecchin som brukade säga att det är vi som har råd att inte ha rätt. Ulwan resonerar: *Varför ska man belasta patienterna mera, de är redan så, eh: ”vet du vad det där tar jag på mig, det där gjorde jag fel, jag beklagar, nu har jag lärt något viktigt, nu går vi vidare om det är okey”. Det har hänt flera gånger. Om jag har gett fel råd och det har gått åt helvete, då säger jag ”oj det var spännande, det var oväntat, nu har jag nåt att lära mig” och jag menar det verkligen. Då blir dom med på det, med på att utforska.*

När jag frågar A Ulwan om också hon visar när hon gör något misstag svarar hon: *Även om jag har fel! Och det får man ju veta direkt, och det tycker jag är fint, inte sant? Och jag tänker – och det är inte bara så med ätstörningar – jag tänker inte att jag sitter och vet bäst i möte med dem. Jag kan inte. Inte någon av mina. Jag kan en del om några saker och så får vi utforska: vad är det vi kan lära av varandra. Och det tror jag är en viktig utgångspunkt. Men sen – hur är det för dig?*

### 7.5 Terapeutisk behandling

Det som särskilt väckt mitt intresse för vad informanterna har att säga om terapeutisk behandling är att de alla har väldigt goda resultat med klienter, som trots upprepade behandlingar ännu sitter fast i sin svält. Som vi sett i avsnittet om förändring kan förändring vara svårt för många anorexipatienter, och när det gäller den särskilt svårhjälpna gruppen kan arbetet ytterligare kompliceras av erfarenheter av bemötande som blivit fel, och sjukdomstankar som håller kvar klienter i övertygelsen om att det aldrig kommer att gå. Så tidigare vårderfarenheter utgör ofta en speciell komplikation i just denna grupp, och de kan vara svåra att komma till rätta med. A Carlsson tänker att det riktigt viktiga är att de får gå sin



egen väg. Kanske är det den viktigaste skillnaden i förhållande till vad de förväntar sig: *För det tror jag ändå är skillnad här mot för många behandlingar som har en idé om vad det är att vara frisk medan vi – men vad vill du, vart vill du, vad är dina mål?*

En annan speciell komplikation när det gäller denna grupp är att det brukar det vara omöjligt för dessa alienerade unga kvinnor att identifiera sig med andra anorexipatienter. Därför hjälper det sällan att visa exempel på andra som blivit friska och fria från anorexi. Även om många känt förtroende för mig som behandlare och tror att jag kunnat hjälpa många verkar de tänka ”det gäller alla andra men inte mig”. Jag brukar svara med att hälsa välkommen till utanförklubben som jag gjorde med Alicia och berätta att de flesta har kommit med exakt samma inställning och ändå blivit bra, så den kan ju inte vara ett hinder. G Carlsson har samma erfarenhet. Han säger: *De köper det jag säger och tror på att det är sant, men de tänker ”det gäller för alla andra men för mig är det omöjligt. Ingen blir tjock om de äter men jag blir det”. Och det får man ju förekomma: ”du tänker väl att du är annorlunda. Men hittills har jag inte träffat nån från andra planeter”. Det är ju det strategiska att de känner sig mer sedda om jag kan förstå hur de tänker, om jag kan prata med dem om det: ”jag antar att du tänker det och det och känner så och så och gör det och det”. Så har vi en pinne till. Bara man inte säger jag vet att du känner så!*

En annan komplikation är att många av dessa patienter har BMI-värden som ligger under den gräns där det inte anses meningsfullt att ha samtalsbehandling med dem. När det gäller att tala med dessa patienter är det som A Ulwan säger: *Så klart man kan prata med dem – de är ju människor! Kanske det främst ens egen inställning det kommer an på – att man visst kan tala med dem. Men man gör sig också förtjänt av deras förtroende och behöver vara väldigt försiktig i kontakten och pröva sig fram.* O Ulwan anser att låga BMI-värden inte alls utgör några hinder för samtalsterapi: *Det är helt bullshit, det finns ingen forskning som stöder det över huvud taget, det är en myt. Det är för att skydda terapeuten. Helt.* Han menar att det är helt galet och berättar att ibland kan det vara bäst att bara sitta med dem till att börja med, och lunga dem: *anorexin lugnar ner det kaotiska. Insulaområdet i hjärnan, som står för medvetenhet och alltså självbilder, nedregleras vid anorexi. Då minskar stresshormonerna som dissocierar, och plasticitetshormonet oxytocinet integrerar, alltså det reglerar transmittorsubstanserna.* Han berättar om terapitimmar då de bara suttit med sina patienter för att först lugna ner hela situationen.

Givet dessa komplikationer är jag angelägen att få veta mer hur mina informanter ser på sitt förändringsarbete. Av svaren att döma är den praxis i som växt fram vid de två enheterna verkar på flera sätt skilja sig från både riktlinjer och vårdplaner som gäller anorexi behandling. En rad aspekter kom fram som jag presenterar utifrån hur angelägna jag tycker att de är.

Den första aspekten på behandling, och något som alla är måna om, är att starta behandlingen direkt. Det gör jag också. Redan under första samtalet med Alicias familj ger jag en kraftfull intervention – en positiv konnotation till hennes svält. Ett skäl till att starta direkt är att man vill motverka att tidigare vårderfarenheter spelar in. G Carlsson berättar att det är viktigt att tänka – och göra – tvärtom, som det strategiska sättet. När man direkt gör något som går tvärs emot vad de förväntar sig utifrån tidigare behandlingar uppstår ofta förvirring. *De har alltid velat vara ärliga men de har ju tvingats ljuga utifrån den maktkamp som har varit på sjukhus. Men här finns det ingenting att göra motstånd mot*, berättar han. Att det inte var några tvång eller någon övervakning, ingenting att göra motstånd mot, hör till de viktigaste aspekterna som klienterna tar upp i sina utvärderingar. Av det skälet måste de genast få frihet att själva bestämma, men det är en frihet under ansvar som, också det enligt utvärderingarna. Det förutsätter att behandlarna direkt ser personen bakom symtomen och svarar på deras frågor. Också teamet i Oslo anser att det är mycket viktigt är att starta behandlingen direkt. De anser att det är meningslöst att öda tid på utredning och diagnosticering, för det finns så mycket problem med diagnoser, man blir så felförstådd i systemet. O Ulwan förklarar sin ståndpunkt: *Alltså du ger en benämning, du ger en diagnos och det blir helt fel*. Denna ståndpunkt ligger helt i linje både med Palazzoli, som redan på sextioalet (när *Anorexi, boken om självsvalt* publicerades i Italien) skrev att det varken förklarar någonting att definiera anorexi som förändrad eller sjuk kroppsupplevelse eller tjänar något terapeutiskt syfte. Den ligger också i linje med vad Gadamer senare skriver; att benämna ett tillstånd tillför inte någon ytterligare förståelse av vilken mening en sjukdom har för personen.<sup>81</sup> *Diagnoserna är egentligen ändå bara ett sätt att systematisera i huvudet på terapeuten* menar Ulwan: *Man försöker hitta anledningen för fort. När det brinner så släcker du branden och sen när det är släckt och lugn och ro, inte så mycket stress – så småningom kan man få syn på mönster och kanske en diagnos*. Dessutom är det så stora individuella skillnader: *så när du behandlar en anorexi behandlar du en anorexi. Vi brukar säga att vi behandlar inga diagnoser vi behandlar människor*. Ulwan berättar också hur de arbetar med skräddarsytt kostupplägg där man börjar

---

<sup>81</sup> Gadamer, 2003.

på en låg kalorimängd och patienterna själva bestämmer när de ska öka. Och hur väldigt kontroversiellt det var i Norge när han kom dit: *”Men Olof de måste ju födas upp innan du kan bedriva terapi.” Nej. You’re wrong. Jag fick fightas för det, oj vad jag fick fightas för det. Jag hade ju mina specialiteter.* Också A Ulwan tar upp problemen med diagnoser: *Man fastnar i dem i stället för att ha fokus på ”vad är det du har lust att få till?”* Hon betonar också att man behöver skapa tillit direkt, *visa att du faktiskt är där fullt ut, vem du är och vilket intresse du har för det du sysslar med. Att man inte bara är intresserad av sin metod och att genomföra den på så kort tid som möjligt.*

Den andra väsentliga aspekten som informanterna anser behövs för att förändring ska kunna ske är att man kan förmedla en tro att klienterna kan bli bra. Det stämmer med vad jag har fått veta av mina klienter i olika former av utvärderingar och studier; att jag trodde på dem, till och med att jag var så säker. Som jag redan nämnt tänker jag att hela upplägget vid MHE-kliniken ger budskap om att det kommer att gå bra. Ingen övervakning behövs. G Carlsson berättar om vilken skillnad klienterna upplever när man visar förtroende för att det går: *Särskilt när det gäller dem som varit i flera behandlingar blir det en näst intill förvirrande upplevelse när de ges så stor frihet: Just förvåningen från patienterna att det är så annorlunda, att det plötsligt är så mycket eget ansvar jämfört med övervakningen innan. Men det är ju inte så att vi bara låter dem gå ut och äta eller inte äta, sånt som har ifrågasatts från olika doktorer under åren. Det har ju varit att vi vet ju inte vad de gör för ”de ljuger ju de där människorna eller patienterna. Anorektikerna säger att de äter fast de inte har det och håller på och hoppar på rummet. Och så har ni ju inte personal på nätterna och då kan de ju vara ute och springa i skogen hela nätterna. Och så väger ni dem ju inte varje dag heller”.*

O Ulwan menar att terapeutens tro kan vara helt avgörande i förändringsarbetet: *Och det som är verksamt, är först och främst det lugn som kommer av att man som behandlare vet att man blir bra. Att de kan känna att det finns en kunskap som ser sådant som andra inte sett – det ger en säkerhet.* För att våra klienter ska kunna ta till sig att man tror på dem behövs ofta, enligt min erfarenhet, en lång process där det anorektiska dilemmat, konflikterna och ambivalensen, långsamt kan lösas upp. Det är den processen som Alicias mailkorrespondens med mig handlar om.

En tredje aspekt som anses vara väsentlig i informanternas terapeutiska praxis är att arbeta med utforskande snarare än med förändring. Det tycker jag är spännande för det ligger i linje med Cecchin verka för att förändring ska ske utan att förändra direkt utan det är den estetiska

nyfikenheten som får klienterna att bli nyfikna och till sist kan vi engagera oss tillsammans i en rekonstruktion. Sannolikt är det som A Ulwan säger: *man kan hålla på med vilken terapieriktning som helst kanske som går på utforskande av individer, vem de är.* Och som jag redan nämnt, säger hon att när man väl fått upp konflikten och kan se hur det kunde ha varit – *då är de med och då blir de nyfikna!*

Utforskande, eller estetisk nyfikenhet, är en inställning som löper genom hela processen, när man försöker ta sig in i den andres livsvärld. Alla informanterna är eniga i att man, som Cecchin också är mån om, måste man lära känna sina klienter väl innan man börjar arbeta med förändringsinriktade samtal. Annars finns det risk att man börjar pracka på dem sina egna idéer. För vi kan inte hindra våra fördomar att blanda sig i det ”möte mellan fördomssystem” som är terapi. Rokka säger: *ingen människa tycker om att man talar om för dem – det blir en viljornas kamp. Hur ska jag kunna uttrycka mig så de känner att de bestämmer? Och det gör dom, men att det ändå blir bra.* G Carlsson talar om förändring som något som i svåra fall kräver ett strategiskt tänkande och han berättar vad det är: *Det strategiska tänket – att prata rätt språk med patienten, försöka se personen bakom, att ge dem det de behöver, alltså att de känner sig sedda, får en riktigt trygg kontroll och kan äta utan att bli feta och så vidare.*

O Ulwan berättar att *patienterna har sagt i sina utvärderingar att jag inte gav upp, att jag var alltid var nyfiken och verkligen var intresserad av just dem, att de kände att de var de enda i världen som jag verkligen brydde mig om. Och jag säger att ”det är en illusion, att det är inte så, men jag är väldigt fokuserad så när jag är med dig så är jag bara med dig och då är det ingenting annat för du ska ha rätt att ha mig fullt ut. Jag har betalt för det men inte nog med det, jag ... ungefär som med musik måste du musicera med den du är med för det är vi som skapar den kompositionen så får vi se vad det blir så kan vi bjuda in en tredje för att kommentera och så vidare. De känner sig unika, de känner sig utvalda och att jag har ett genuint intresse och att jag har en tillit och en tilltro till att det här går vägen och den ger jag aldrig upp, det har jag aldrig, jag har aldrig, aldrig gett upp den. Jag har tvivlat ibland och det säger jag också ”vet du vad nu får du mig att tvivla, nu känner jag mig väldigt slut” (skrattar till), det kan jag säga och ”har du nåt förslag att ge mig något som kan få mig att återfå tron på den här vägen?” Då händer det att de kommer med förslag.* Här ger Ulwan mig alltså del av utvärderingar som bekräftar Cecchins betoning på estetisk nyfikenhet och aktivt engagemang för en rekonstruktion av patientens livsvärld.

En fjärde aspekt av förändringsarbetet är att arbeta mer aktivt med ambivalensen.

Informanterna anser att det är en så väldigt stor del av behandlingen att arbeta med klienternas ambivalens, att det verkar gå som en röd tråd genom hela terapin. *Viktigast är att visa att man har en kunskap om ambivalensen*, hävdar A Ulwan. Det gäller särskilt när det börjar handla om värderingar och ens personvärde att vi behöver kunskapen, att man har en kunskap om att det är svårt, men att det ändå är okey. Man måste prata mycket både om vad anorexi betyder men också vad den får för oönskade konsekvenser: *Man kan också fråga "när det där är så, hur blir det då med det och det?" Och "det där med den och den saken, hur går det?" Då sker det. Då ser de "det där förstör för det där och det där". Då får man upp konflikten och det är väldigt spännande för då kan man ju se "hur hade det varit då?" – då är de med och då blir de nyfikna!*

Att jobba med ambivalensen, handlar alltså om att verkligen få upp konflikten – och det handlar främst om att arbeta med motivation och hållningar till sin anorexi som de är så lierade med, fortsätter hon, för: *man kan ju inte ta bort livbojen om de inte kan simma, och man måste ge något annat innan man tar den ... man måste jobba med bägge delarna, man måste jobba med ambivalensen medan man håller i livbojen och så tar man några simtag, och det tar tid men det är så man måste se det, inte sant?*

Den femte aspekten i förändringsarbetet kommer när ambivalensen börjat dämpas och det kan det vara läge för att söka alternativa sätt att hantera ångest och de existentiella problemen än genom att svälta. Den springande punkten i det strategiska är att vara aktiv. Det handlar om att göra det oväntade, det som bryter upp låsningarna och paradoxerna. Men man måste gå försiktigt fram säger Rokka: för det är här det existentiella perspektivet kommer in. Det finns inga garantier i livet, men vi säger att *det är en större sannolikhet att det du upplever som problem idag, när ätstörningen har ätit sig in i alla livsområden, kommer att se annorlunda ut när det inte längre är så*. Det är något som alla informanter är medvetna om; det är ju deras liv och deras mål och deras väg dit som allt handlar om. A Carlsson betonar att allt de gör vid MHE-kliniken utgår från klienternas frågor och deras egna mål och vägar, för det är ju där deras motivation finns: *Sen får man ändå hjälpa till och korrigera men ändå nånstans att det är deras mål som gäller. ... Att få ordning på kroppen är en liten del, men det är ändå det att bli fri som ... Vi har ändå en idé att det bara är en liten del och sen att existentiellt det är något helt annat som är målet*. I utvärderingarna återkommer det ständigt att de hade fokus på annat än problemet och maten. En stor del av det de talar om i de existentiella samtalen har

inriktning på framtiden och på hur klienterna ska kunna få till det som de önskar men hittills inte trott vara möjligt. Rokka poängterar att just det existentiella samtalet är viktigt: *att de känner sig sedda, att det är deras tid, att de kan växa med ansvaret – känslan ”det är jag som styr mitt liv”*. Det är som G Carlsson säger: *Att tona fram personen bakom symtomen och tona ner sjukdomen är något som tål att upprepas hur många gånger som helst!*

O Ulwan menar att det går att förstå hur det hänger ihop med andra saker. Kanske kan man tillsammans hitta någonting som är ännu mer positivt. Och enligt A Ulwan är det angeläget att utforska vad det skulle kunna vara: *vad det är du har lust att få till vad är det du är i behov av? Mera gå på det i stället för att kartlägga det du inte får till – det vet man väl själv – men i stället försöka få till det man önskar få till. Det måste vara större fokus i stället för att bara hålla på med problemen. Här kommer ens engagemang in i bilden: det kräver ett väldigt stort engagemang och visa att du faktiskt är engagerad och visa att du faktiskt bryr dig och visa att du är intresserad av att lära något om dem- det tycker jag är viktigt, att du gör det. Och vad man måste, jag tänker det är att vara ärlig och tydlig – de här flickorna ser det med en gång – och visa att du faktiskt är intresserad i dem och i deras kunskaper och erfarenhet ... Och jobba vidare på det och lära känna varandra och visa att du faktiskt är där alltså, och är med, fullt ut, oavsett allt. (skratt).*

En sjätte aspekt är kontakt, att det behöver utvecklas en terapeutisk relation eller allians, att man engagerar sig tillsammans i rekonstruktionen eller transformationen. För att förändringsinriktade samtal ska fungera anser informanterna att det är nödvändigt att klienterna känner sig sedda, förstådda och bekräftade. G Carlsson berättar: *som jag ser det är det första vi måste göra att försöka gilla den där personen bakom sjukdomen. Ibland är det fruktansvärt svårt att ens hitta en person, och ibland är det djävligt svårt att gilla den, men om man anstränger sig så kan det gå ganska bra. Ju mer man kan gilla personen desto mer får man kontakt, och får man kontakt då kan man komma med krav och .... tja, har jag inte fått kontakt går det åt pipan.*

A Ulwan talar mycket om värdet av kontakt. För det första engagerar det hela personen: *Jag ser det som en hjälp till reflexion. Och också att hjälpa dem att vara i sina känslor, inte bara vara uppe i reflexion utan vara i känslor och värderingar, det är väldigt viktiga saker, och stå för de värderingar man har. För det andra är det väldigt effektivt att föra ett seriöst samtal kring vad man ser. Det gör att personen bakom symtomen kan tona fram: Jag säger ”jag vet*

*att det är en röst där, hur den försöker förhindra att du faktiskt ska få det bra och att du kan leva efter dina värderingar och hållningar, så som du har lust att leva dina önskningar!” De har en förståelse av att jag förstår. Och en känsla av att de är sedda, det är en ny erfarenhet för dem, att vi kan prata ett språk tillsammans, det hjälper dem.*

A Ulwan fortsätter att berätta om sin erfarenhet att det är när patienterna känner att man verkligen förstår dem som de känner att de har ett värde. Hon menar att när man inte har så stort fokus på problemen, utan fokuserar på andra saker i patienternas liv, får de bättre kontakt med sina resurser och vem de är och mera tillit till att de har ett värde. Man berättar att man märker det när man diskuterar exempelvis sanning och lögn, något som i sin tur medför att sjukdomen börjar tona ner, som följande citat visar: *Det är väldigt fint att kunna skilja på problemen och det de gör som går på tvärs mot deras värderingar. Då säger de att de inte tycker det är all right och att de får dåligt samvete av det. Och att då diskutera ”vad är syftet för ätstörningen här?” Det är inte bara en flott lösning för dem som hjälper med det och det. Vi ser att det blir bara mindre och mindre av det och det. Så vi ser mer och mer att det inte är någon så all right lösning för den hindrar dem att leva livet och faktiskt leva utifrån den de är. Och när vi börjar få en reflektion om det så sker det nånting. Men det är svårt att säga, det är jättesvårt att säga, om det ackurat är det eller det, men att man får en reflexion. Det hon säger här påminner om Alicia, och att det som verkade ha hjälpt henne att få kontakt med sig själv var mammans frågor där hemma, exempelvis om hon tyckte om måndagar eller fredagar. Då kunde hon förstå vad det innebär att veta vem hon är.*

Det är alltså en viktig konsekvens av kontakten att klienterna känner sig sedda och förstådda. Alla informanter kommer på olika sätt in på vad det är som krävs för att klienterna ska göra det. O Ulwan säger att människor märker när man förstår. *Framför allt märker de att man förstår någonting mycket djupare än vad andra behandlare har gjort.* Och det kan bli så att man finner någonting som är mer konstruktivt än det som anorexin gör för dem. Och att man tillsammans utforskar hur symtomen hänger ihop med andra saker. Jag kommer att tänka på Gadammers uppfattning om att förståelsens under kommer av att man engagerar sig i gemensam mening. Ulwan lägger till att den djupare förståelsen behövs för att de ska bli motiverade att samarbeta mot en upplösning av dilemmat. A Ulwan säger på liknande sätt: *det är att de förstår att jag förstår som ger en känsla av att vara sedd. De säger att de vet att jag vet vad jag pratar om och det är en ny erfarenhet för dem. Och att prata samma språk tillsammans – det hjälper dem att inte ha så stort fokus på problemet utan ha fokus på andra*

*saker i deras liv som kanske är det viktigaste. Då får de bättre kontakt med sina resurser, de får bättre kontakt med vem de är och mer tillit till att de har ett värde!*

Ytterligare en aspekt som nämns är att för att förtroende och tillit ska kunna upprätthållas måste man ständigt påminna om att terapi vid svår anorexi är något som både måste få ta tid och som kräver ett stort tålamod. Ibland säger jag till mina klienter att jag har en ängels tålamod och en dåres envishet och de är en lysande kombination. O Ulwan menar att det måste få ta tid för mönstren förändras inte i ett trollslag: *det finns inga kvicka fixar*. A Ulwan anser att tillit och tålamod är det allra viktigaste. Också hon talar om att arbetet kan ta så väldigt lång tid: *det är viktigt med små steg och låta det ta sin tid, för det kan ta mycket längre tid än man trott. Därför behöver man tala med patienterna om att både underliggande och upprätthållande faktorer kan bromsa och till och med backa processen. Vi går i din takt och jag vet att det går fram och jag vet att det går bakåt. Det inte betyder att processen som sådan går bakåt även om symtomen tillfälligt gör det.*

Det faktum att behandlingar kan ta väldigt lång tid kan ställa till oro och svårigheter i kommunikationen med andra enheter inom vården. A Ulwan säger: *det är en utmaning att det tar sån tid, det är en utmaning att det får så stora konsekvenser. Inte bara för individ och familj, och att det här är en balansgång ofta med allvarliga ätstörningar, vad som måste, att det med livslinjen, att man kan bli orolig – och så samarbeta med andra, som är svårt för de har ett annat perspektiv, eller en annan typ av hållning, en annan typ av förståelse som på ett sätt kan gå på tvärs mot din egen erfarenhet och förståelse och kunskap. Det är en sjukdom som kan skapa konflikt, bara inte inom familjer utan inom system alltså. Och ditt eget system, sjukhussystemet. Och när du ska jobba privat då att då har du en på ett sätt plötsligt sjukhussystemet mot dig inte sant?*

Också metaforer nämns när det gäller att komma vidare i låsta lägen, och det intresserar mig eftersom jag redan i Milano fick klart för mig att metaforer kan vara lösningen när ingenting annat fungerar. Och det stämmer med min erfarenhet att det ofta hjälper människor förstå de starka krafter som ingår i det anorektiska dilemmat. Så var det för Alicias pappa, som inte kunde förstå hur man kan få ångest av att äta, men kunde leva sig in i det med hjälp av metaforen att tappa sin kompass i sjön. O Ulwan säger att de också arbetar mycket med metaforer. Det kan hjälpa en att få syn på mönster som varit så självklara att man blivit blind för dem.



Till sist några ord om det läkande samtalet. O Ulwan berättar: *vi tänker inte längre på att befria någon utan vi tänker att "OK vi har ett samtal så blir det som det blir och så kan vi säga det här blev ett bra samtal, vi lärde nåt", och de lärde nåt, ah, alltså det är som med musik, ibland blir det fint och ibland lite mindre fint, men du måste hålla på och spänna din båge.* Här tangerar han det Gadamer säger om det helande samtalet som påminner om ett samtal som ingen egentligen leder, utan som leder oss alla. Det för oss över till det sista området i informanternas svar.

### 7.6 Familjebaserad behandling

I Oslo arbetar teamet liksom jag med familjebaserad behandling och familjeterapi, något som de även försökt implementera i vården med vuxna patienter. 2015 avslutade de en masteruppsats om vilka svårigheter det innebar. Därför är jag väldigt nyfiken på att få veta mer också om hur de ser på själva behandlingen.

O Ulwan säger att fastän vuxenpatienterna är gamla är föräldrarna med för det är ju de som är motiverade. Han betonar att de *måste* vara med: *När det gäller anorexi har du ett familjeengagemang, är familjerna mycket involverade, de blir ju nästan alltid överinvolverade av flera skäl; ett är de är de enda som inte har gett upp, för vården har ju ofta gett upp, säger att det här går inte, men föräldrarna släpper aldrig greppet.* Här tar han upp det jag också behandlat tidigare i texten, den seglivade myten att anorexi skulle bero på bland annat överinvolverade mödrar. Ulwan påstår rakt av att det som är överinvolverat är en direkt effekt av situationen. Han anser att föräldrarna ska vara med också för att det rör sig om en neurobiologisk sårbarhet som de inte har känt till. De behöver hjälp att lugna ner stressen i hela systemet, en stress som handlar om att inte ha fått svar på frågor kring underliggande faktorer: *de undrar" vad är det som har orsakat detta allvarliga tillstånd?" och då försöker vi "vet du vad jag tror det är fruktlöst att fundera kring det just nu. Den är viktig men vi kan vänta med den just nu för jag tror att det är viktigt nu att se vad vi kan göra för att hjälpa er dotter så att det blir lite mindre stressande omkring er och omkring henne. Och så kommer det att lösa sig så småningom, jag är helt säker på det".*

Ulwan säger också att familjebaserad behandling behövs för att föräldrar har nära till skuld. Därför säger de till familjerna: *Detta är ingens fels sjukdom. "Vi beklagar men ni har inte skulden till detta". "Jo men det har vi". "Nej ni har faktisk inte det, men ni får problem, alla som lever med en anorexia har problem, det är jävligt svårt att leva med en anorektiker som*

*håller på och dör hela tiden och är dubbel. Men det riktigt stora värdet i familjeterapin ligger, enligt Ulwan i att man kan konnotera anorexin positivt så att alla i familjen hör det: Han förklarar sin position: Vi har säkert 100 familjer, som när de gått igenom det så uttrycker de att de – jag tror det var Cecchin och Boscolo som sa det – att de så småningom kan se anorexin som en gåva till familjen, för man har fått så mycket hjälp av anorexin att bli så mycket mer kompetent. Men att säga det på ett tidigt stadium ”ni kommer att se det”, det är livsfarligt, det kränker. Det här, betonar han, är svårt för många att förstå: Folk säger ”en gåva!? Hur kan han säga så?! För de lider ju så. De är ju sådana offer”. Men när de börjar gå från offer till att bli aktörer, till att se att de har fått ett problem för att de ska lära sig nånting – det genomsyrar både min och Anitas livshållning också.*

Det A Ulwan berättar om sin syn på familjesamtal ligger så nära min praktiska kunskap att jag väljer att återge ett längre citat. Hon inleder med att berätta att hon tycker mycket om att involvera familjerna: *De är ju en sådan resurs. Det handlar först och främst om och mobilisera deras kraft på ett positivt sätt: Och det är något helt annat än att rädslan ska driva dem. Och trygga dem och faktiskt visa att du bryr dig och att du är en stötta och att de kan använda sig av dig på ett sätt som kan göra dem lugna, det tror jag är väldigt viktigt. Få ett större lugn i familjen för det är ju väldigt mycket stress i familjen och det är ju sånt som upprätthåller skuld och skam och sånt som går runt i familjen. Att få bryta det mönstret kan vara jätteviktigt och det kan man få till. Och så kan man genom tillit få till en annan tillnärmning och få vara en familj igen. Inte bara vara en stressad familj utan att få vara en familj igen. Jag tänker att det viktigaste är att förmedla hopp. Hopp för familjen att det går att ändra på, och att få dem med i den förändringsprocessen på ett konstruktivt sätt.*

Hon pratar också om hur viktigt det är att samtala om hur ätstörningen påverkar familjen. Man behöver bland annat: *återskapa tillit i familjen. Och tilliten på ett sätt går åt alla håll. Återskapa tillit till patienten, återskapa tillit till – hur ska jag säga – att, jag tror det handlar inte om mat, det är inte bara att äta – alltså den typen av kunskap för det är många som tänker att det är trassel eller att barnet inte vill – utan att man blir ett team mot ätstörningen, att man får en gemensam förståelse.*

Den familjebaserade behandlingen anser Ulwans vara av största vikt i behandlingen, speciellt med de unga vuxna. Det har att göra med att de är, och framför allt har varit, undernärda i årtal och ligger i riskzonen för långvarig anorexi. A Ulwan säger att det är viktigt att bara

sitta tillsammans med alla berörda i lugn och ro och att både tillit och tålmod är så avgörande. Hon fortsätter att göra utblickar mot vad föräldrar berättat om hur de upplevt tidigare vård: *I förhållande till deras tidigare erfarenheter, att på alla ställen de kommit till har de pratat om mat och vikt och att det är det de pratat om.* Jag tänker att det stämmer med min uppfattning om varför det ofta verkar gå så dåligt att prata med dem som har låga BMI-värden. Fast hjärnan är påverkad av svälten finns det en person där bakom symtomen som har sina skäl till svälten. Och den som är fast övertygad om att fortsatt svält är det enda nödvändiga har ingen inifrån känd anledning att lyssna till dem som säger att det är äta som är det nödvändiga. Jag tror man missar att den anorektiska logiken står i vägen för samtal om mat och att något annat än logik för att mötas. Att det här som kontakt och att känna sig sedd, förstådd och bekräftad kommer in som den viktigaste faktorn. Och i min erfarenhet är det angeläget att också föräldrarna är med i det.

A Ulwan fortsätter, och jag väljer att återge ett längre citat av henne då det i mitt tycke är så avgörande för familjebaserad behandling i förhållande till tidigare vård: *Och att föräldrarna och familjerna inte har varit delaktiga är också en stor skillnad. Det kanske är mest föräldrarna som har talat om att det haft en stor effekt att kunna prata ut tillsammans om vad om kan hjälpa och vad som faktiskt upprätthåller i samma rum när alla har varit närvarande, och hur viktigt det varit när de varit med i projektet. Det blir vi mot ätstörningen – än att patienten är ensam och måste skämmas. För att ätstörningen är av sådan natur att reglerna förändras dag för dag och man blir så förvirrad att det som gällde igår inte längre gäller och föräldrarna blir väldigt stressade på att ”det jag försökte i går inte går idag” och det blir konflikt. Att då prata om hur smart ätstörningen kan vara och då kan patienten vara mer öppen och inte full av skam och att ha med familjen i ett gemensamt projekt är väldigt annorlunda.*

## **8. Slutreflektioner**

Mitt beslut att läsa till en master i praktisk kunskap sprang ur en önskan att med hjälp av kvalitativ metod undersöka vad som är verksamt i terapeutisk behandling vid särskilt svårhjälp anorexi. En del i beslutet är att i Sverige är evidensläget för terapi vid anorexi svagt och kvalitativa studier och behandlingsforskning ligger ännu i sin linda. Min förhoppning var att en masteruppsats skulle bidra till en större kollektiv fronetisk kunskap om vad det är som fungerar, även om det inte låter sig evidensbaseras eftersom det ingår ett så stort antal icke

mätbara variabler. Jag tycker det är angeläget att bidra till utvecklingen av en praktisk kunskap om terapeutisk behandling vid anorexi, då närmare var fjärde som utvecklar anorexi räknas till gruppen särskilt svårhjälpt. Det faktum att antalet som söker för anorexi ökar har den medfört att den dominerande diskursen inom fältet fått en starkare biologisk inriktning, som framgår av bakgrundsavsnittet i denna uppsats. I och med det känns det alltmer angeläget att lyfta fram den kunskap som faktiskt redan finns vid verksamheter som visat sig fungera, som de i Stockholm, Mora och Oslo. Därför ville jag ta mer reda på vad som förenar oss.

Beslutet att skriva denna uppsats växte fram långsamt utifrån ett behov att bättre förstå vad det är som faktiskt fungerar, särskilt de gånger jag befunnit mig i döden-i rummet situationer likt den jag beskrivit i fallstudien. Det har hänt att jag fått frågor från både familjerna och från det omgivande vårdssamhället, och inte kunnat känna mig säker på vad det egentligen är i det jag gör som fungerar. Även om jag lärt mycket av framför allt Cecchin och Maturana och genom ständiga utvärderingar med mina klienter och egna kvalitativa studier, kunde jag inte vara säker på att det inte mest är en fråga om personfaktorer. Jag gick även själv med ständiga frågor: Vad skulle hända om det inte vänder i tid? Kommer det att gå lika bra nästa gång? Hade det bara med min person att göra att det gick bra? Kanske beror resultatet på att jag är så ”säker” som många sagt hjälpte. Vad händer i så fall om jag kommer i riktigt svåra tvivel? Frågan jag ville ha svar på var: vad är ”hemligheten” – det vill säga vari består kunskapen?

Jag ville därför få fram en kunskap om det som, även om det inte kunnat beläggas med naturvetenskaplig metod, visat sig fungera för den relativt stora grupp som trots flera behandlingar vare sig blivit kroppsligt friska eller mentalt fria från anorexin. Jag var ute efter en situerad kunskap som är baserad på det partikulära i flera människors subjektiva erfarenhet. I denna slutreflexion kan jag konstatera att det finns många gemensamma nämnare i de tre materialen, aspekter som, såvitt jag kan bedöma, tillsammans bildar en kunskap som i praktiken visat sig vara nog så värdefull som de evidensbaserade och manualbaserade metoder som används i enlighet med vårdplaner och riktlinjer. Men det är såvitt jag kan bedöma. Det jag önskar är att fortsatt forskning kan gå vidare med de aspekter som kom fram.

Det första av mina material, fallstudien med Alicia och hennes familj, verkar bekräfta mycket av det jag tänker att jag kan och vet och som jag beskriver i teorikapitlet. Familjens erfarenhet är oerhört stark och personlig och det Alicia delar med sig av ger en unik inblick i den vändning terapin innebär. När skrällen för sjukdomen släppte blev föräldrarna fria att

tillsammans med mig utforska hur det verkligen var ställt med deras dotter och till sist bidra till hennes individuationsprocess genom att urskilja hennes person från anorexin. Och när sjukdomstanken tonade ner och Alicia fick syn på sin ambivalens vågade hon börja gå emot sin underliggande ångest. Hon förmedlar att det är att gå emot sin underliggande ångest det hela handlar om – inte att gå emot ångesten för kropp, mat och vikt. Till sist vågade hon också gå sin existentiella ångest till mötes. Vartefter hennes tillit till mamman ökade förmådde Alicia alltmer samarbeta med henne om maten, en process som handlar främst om ökande tillit, som hon beskriver ingående i sina mail. Metaforen med kompassen var också viktig. Den ökade pappans förtroende för att terapi kunde hjälpa. En viktig erfarenhet för mamman var när vi vände på pallarna. Hon fick syn på Alicias kamp med motstridiga krafter, så hon kunde både se och tilltala sin dotter som en person och inte som en sjukdom. Det är som Göran Carlsson betonar; *att tona fram personen bakom symtomen och tona ner sjukdomen tål att upprepas hur många gånger som helst*. Detta för över till det andra materialet, fältstudien.

Mycket av det informanternas i min fältstudie säger, förmedlar liknande erfarenhetsbaserad kunskap som den jag skriver om. De framhåller alla hur viktigt ens perspektiv som behandlare är för utgången; att man tror på den mänskliga möjligheten att bli bra och på sina klienter – att just de kan bli bra. Informanternas betonar också att man måste starta behandlingen direkt för att hindra negativa föreställningar att blanda sig i processen. Alla betonar att man behöver anpassa samtalet efter individen och arbeta för att förändring ska ske, snarare än att arbeta direkt på förändring. Förståelsen för att anorexin är ett skydd ligger till grund för allt de gör; utforskandet av anorexins mening är centralt, och arbetet med ångesten och ambivalensen. De betonar också värdet av att skapa kontakt, respektera klienternas lösning, ge positiva konnotationer, fokusera på undanträngda potentialer och föra existentiella samtal om en framtid utan anorexin. För allt detta krävs en helhetssyn på komplexiteten i helheten för, som Olof Ulwan säger: *vi ska inte ha den fragmenterade synen på att kropp är en sak och själen en annan sak, att näring är en sak och psykiatri en annan sak*. Vid MHE-kliniken medför den grundinställningen att man tillämpar ”frihet under ansvar”, och också i Oslo låter man patienterna i görligaste mån själva bestämma över ökningen av näring.

Mitt eget material i denna studie, den kunskap som kommer fram i mina reflektioner i samband med fallstudien men också i teorikapitlet, tycker jag har blivit till stora delar bekräftat av både fallstudien och fältstudien. Framför allt har jag blivit mer varse värdet av att starta behandlingen direkt. När jag läste Alicias journal med forskarögonen märkte jag hur jag

redan under första samtalet både fångade upp Alicias känslor och pappans behov att förstå sin dotters ångest. Jag har också bekräftats i min tro på att alla kan bli bra, men att det är meningslöst att diskutera binära konstruktioner som friskt-sjukt. I stället har jag bekräftats i vikten av att se anorexi som meningsbärande. Av Anita Ulwans betoning av både utforskandet och arbetet med ambivalensen har lärt är att utforskandet av anorexins mening för klienterna hänger intimt samman med att förstå konflikten, dilemmat, ambivalensen. På så sätt kan vi engagera oss för att de ska hitta bättre lösningar som Annica Carlsson och Dalida Rokka gör i sina existentiella samtal. Det som har överraskat mig är att det inte bara är viktigt att personen bakom symtomen tonas fram och sjukdomen tonas ner utan att det ska ske i just den ordningen. Det överraskade också att det främst är inför sig själv som hon ska tona fram så hon kan delta i den processen. Anita och Olof Ulwans arbete med att introducera familjeterapi även för vuxna patienter har känts som ett stort stöd för mig som också gör det.

Det har blivit tydligt för mig att det finns en hel del gemensamma aspekter i de tre materialen, som tillsammans bildar en värdefull kollektiv fronetisk kunskap. Det stämmer också med vad informanterna svarade på frågan vad de önskar sig för framtiden. Främst av allt önskar de fortsatt forskning på värdet av att starta behandlingen direkt, så effekter av tidigare vård kan motverkas i tid. De önskar också att man skulle utforska mer av hur de olika faktorerna i komplexiteten inverkar på varandra, så man bättre kan förstå vilka dilemman man har att göra med. Att vår kunskap om ambivalensen blir tydligare belagd är ett annat viktigt önskemål, liksom att en positiv syn på anorexin kan nå ut i den större sociala kontexten, i hela samhället. Dessutom är det mycket viktigt att familjerna får större utrymme i kunskapsutvecklingen.

Något som jag själv tänker skulle vara angeläget att forska vidare på utöver detta, är vikten av terapeutens perspektiv och att man tar ansvar för vad man tror. Jag tror att det kan vara avgörande för utgången om man uppriktigt tror att klienterna kan bli bra och att hon har goda skäl till sin svält. Särskilt viktigt är ens tro när behandlingar tar väldigt lång tid. Då behövs, som Anita Ulwan tog upp – tid och tålamod och tillit, de tre t-n som jag också har i huvudet när jag arbetar. Alicia behövde lång tid innan hon vågade möta både sig själv och livet och den nödvändiga förändringen. Det var först när hon kunde lita på både mamman och mig som det gick. Enligt Anita Ulwan måste vi förstå ”hur försiktig man måste vara i kontakten” för de är så väldigt rädda. Och Dalida Rokka förtydligar: ”de är väldigt rädda för att bli friska”. När någon inte vågar leva med sig själv utan att veta, vem hon är utan anorexin, då det gäller att man som terapeut kan erinra sig att det handlar om, som Hvid skriver: *att svälta för att leva.*

## Käll- och litteraturförteckning

Andersson, Mia, Från låsning till (upp)lösning. *Vägar till befrielse, Från Ignatius till de tolv stegen*. Carlgren, Andreas, Freij, Torbjörn, (red.), Skellefteå: Artos, 2015.

Andersson, Mia, When you say it's not sickness, it's love there will be a powerful change of context. *Systemic Therapy as transformative practice*, McCarty, Imelda, Simon, Gail (eds.) Farnhill: Everything is Connected Press, 2016. s. 419- 431.

Aristoteles, *Nikomachiska etiken*, Stockholm: Natur och kultur, 1967.

Arnold, Carrie, *Decoding Anorexia, how breakthroughs in science offer hope for eating disorders*, New York: Routledge, 2013.

Bateson, Gregory, *Steps to an ecology of mind, Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution and epistemology*, New York: Paladin, 1973.

Bepko, Claudia, Krestan, Jo-Ann, *Duktig flicka*, Stockholm: Natur och Kultur, 1993.

Carlsson, Göran, (red.) *Frisk och fri från ätstörningar*, Stockholm: Mareld, 2009.

Cecchin, Gianfranco, Lane, Garry, Ray, Wendel, *Irreverence: a strategy for therapists' survival*, London: Karnac Books, 1992.

Cecchin, Gianfranco, Lane, Garry, Ray, Wendel, *The cybernetics of prejudices in the practice of psychotherapy*, London: Karnac Books, 1994.

Claude-Pierre Peggy, *The secret language of eating disorders*, Random house, 1997.

Clinton, David, Norring, Claes, *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, Falkenberg: Natur och Kultur, 2002.

Dewey, John, *Art as experience*, Perigee Books. U.S, 2005.

Ericsson, Bengt, Carlsson, Göran, *Ätstörningar: En strategisk behandlingsmodell*, Studentlitteratur, 2001.

Fleck, Ludwik "Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum", *Klassiska texter om praktisk kunskap*, Lappalainen, Jonna (red.) Huddinge: Södertörn Studies in Practical Knowledge 7.

Gadamer, Hans-Georg, *Förnuftet i vetenskapens tidsålder*, Göteborg: Daidalos, 1989.

Gadamer, Hans Georg, *Sanning och metod (i urval)*, Göteborg: Daidalos, 1997.

Gadamer, Hans-Georg, *Den gåtfulla hälsan*, Ludvika: Dualis. 2003.

Haraway, Donna, "Situerade kunskaper: Vetenskapsfrågan inom feminismen och det partiska perspektivets privilegium", *Apor cyborger och kvinnor: Att återuppfinna naturen*, Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposium, 2008 .

Hvid, Tove, *Att svälta för att leva: en bruksbok om anorexi för mödrar och döttrar*, Stockholm: Wahlström & Wistrand, 1985.

Keeney, Bradford, P. *Aesthetics of change*. New York: The Guilford Press, 1983.

Levenkron, Steven, *The best little girl in the world*, Chicago: Contemporary books, 1978.

Levenkron, Steven, *Anorexia Nervosa, att förstå, behandla och bota*, Stockholm: Natur och Kultur, 1986.

Luz Mendez, Carmen, Coddou, Fernando, Maturana, Humberto, The bringing forth of pathology, *Radical constructivism, autopoiesis & psychotherapy*, Kenny, Vincent (ed.) Dublin: A special issue of the Irish journal of psychology. 1998 s. 144 - 172

af Sandeberg, Anna-Maria, Birgegård, Andreas, Mohlin, Lillian, Nordlander Ström, Christel, Norring, Claes, Silverstrand, Marie-Louise, *Regionalt vårdprogram: Ätstörningar*, Stockholm: Stockholms läns landsting RV 2009:02

Selvini Palazzoli, Mara, *Ätstörningar: boken om självsvält*, Stockholm: Natur och Kultur, 1979.

Selvini Palazzoli, Mara, Boscolo, Luigi, Cecchin, Gianfranco, Prata, Giuliana, *Paradox and counterparadox*, New York: Jason Aronson, 1978.

### Tidnings- och tidskriftsartiklar

Agras, W.S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S.W., Dodge, E., Halmi, K.A. & Woodside, B., Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11) 2014. 1279-1286.

Andersson, Mia, Hur ser du på terapeutens arbete Humberto? Intervju med Maturana, *Svensk Familjeterapi*, Nr 1 1999. s. 28-34.

Andersson, Mia, Mother-Daughter Connections: The healing force in the treatment of eating disorders. *Journal of Feminist Family Therapy*, 6(4) 1995(a), s. 3-19.

Andersson, Mia, Att återerövra det förlorade morsarvet. *Svensk Familjeterapi*, nr.3-4 1995(b) s. 20-30.

Andersson, Mia, Mödrar och deras döttrar – att återskapa tillhörigheten i mor-dotter relationen, den helande kraften i arbetet med ätstörningar. *Fokus på Familien*, nr. 3-4 1997.

C.M. Bulik, C.M., The challenge of treating anorexia nervosa. *Lancet*, 383 (9912), 305-312, 2014.

Cecchin, Gianfranco, Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity, *Family Process* 26, 1987.

Dottori, Riccardo, The concept of phronesis by Aristotele and the beginning of hermeneutic philosophy, *Ethics & Politics*, xi, 2009, 1, s. 301-310.

Hurst, K., Read, S., & Wallis, A., Anorexia nervosa in adolescence and Maudsley-based treatment. *J Couns Dev*, 90, 2012. 339-245.

Selvini Palazzoli, Mara, Boscolo, Luigi, Cecchin, Gianfranco, Prata, Giuliana, Hypothesizing, Circularity, and Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session, *Family Process*, 1980.



## Otryckt material

Cecchin, Gianfranco, *A bopper in Training and Therapy*. Video interview. Presentation vid *Gianfranco Cecchin's Eyes – 10 Years After*, Arr. CMTF (Il Centro di Terapia della Famiglia), 2014.

Maturana, Humberto, *Epistemology: How do we know and what is it to know?* Presentation vid Oxford conversations. Arr. KCC (Kensington Consultation Centre), 1985.

Ray, Wendel, 7th EFTA Congress, Paris, 2010.

## Övrig referenslitteratur

*10 år med KÄTS, kunskap i vården*. Kunskapscentrum för ätstörningar, Stockholm: Alfa Print, 2008.

Andersson, Mia, *Anorexiterapi: En undersökande essä om att arrangera en kontext som subtilt förmedlar att förändring är möjligt*. Magisteruppsats i praktisk kunskap, Södertörns högskola, 2014.

Björck, Caroline, *Self-Image and eating disorders*, (diss.) Stockholm: Karolinska Institutet, 2004.

Björck, Caroline, Clinton, David, Sohlberg, Staffan, Norring, Claes, "Negative self-image and outcome," *Eating disorders Eating behaviors*, 2007.

Blomgren, Maria & Nilsson, Kirsten, *Självbilden hos ätstörningspatienter efter behandling samt komplementaritetens betydelse för självbilden*. Uppsala universitet, 2008.

Carlsson, Annica, *Att hålla sig frisk när man tillfrisknat från en ätstörning – en intervjustudie med före detta ätstörda patienter*, Examensarbete Legitimationsgrundande utbildning i kognitiv beteendeterapi, Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi, 2012.

*Ett liv av vikt*, Rapport Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet 1993.

Fant Masic, Anna, *Betydelsen av mängd behandlingsinsatser hos patienter med diagnostiserad ätstörning*, Magisteruppsats i psykologi, Stockholms Universitet, 2007.

Gadamer, Hans Georg, *Återövrandet av det hermeneutiska grundproblemet*, ur *Sanning och metod, Grunddrag i en filosofisk hermeneutik*. Södertörns högskola, 2012.

Gustavsson, Sanna Aila, *The importance of being thin: Percieved expectations from self and others and the effect of self-evaluation in girls with disorderd eating*. Örebro studies in medicine 41, Örebro universitet, 2010.

Rokka, Dalida, *Förändring i vardande*, Examensarbete Legitimationsgrundande utbildning i kognitiv beteendeterapi, Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi, 2012.

Ulwan, Anita, Ulwan, Olof, *Familiebehandling av voksne med Anorexia Nervosa, Terapeuters erfaringer, holdninger og perspektiv på å inkludere familien ved behandling*, Diakonhjemmet Høgskole, 2015.

Widén, Florrie, Andersson, Mia, Lindau, Karin, Victorin, Agneta, *Ätstörning och behandling: Klienternas och föräldrarnas berättelser om vad de gått igenom under sjukdom och tillfrisknande*. Projektrapport från Kunskapscentrum för ätstörningar, 2003.

*Ätstörningar; kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Svenska psykiatriska föreningen och Gothia utbildning nr. 7, 2015.

## **Bilaga**

### **INTERVJUFRÅGOR**

#### **I. Hur tänker du om allvarlig anorexi ?**

1. sjukt eller en syndromets mening
2. anorexins uppkomst – biologiskt, genetiskt, medicinskt eller multifaktoriellt/helhetssyn
3. upprätthållande faktorer/fortsatt utveckling – patientvariabler eller vårdvariabler viktigast

#### **II. Bakgrund till arbetet med vuxenpatienter och långvarig ätstörning**

1. vilket är ditt perspektiv – vad tänker du om långvarig ätstörning som fenomen?
2. hur ser din bakgrund ut – hur har kunskapen utvecklats?
3. berätta om ditt engagemang – varför du fortsätter

#### **III. Hur ser din praktiska kunskap ut?**

1. Kan du berätta hur du reflekterar kring verksamheten - vad som är verksamt?
2. vad tycker du är särskilt viktigt i mötet?
3. bemötande etik och estetik – reflektioner kring det

#### **IV. Utvärdering - vad tänker du att flickorna tänker om behandlingen?**

1. vad tror du de tycker hjälpte?
2. vad tror du klienterna uppskattar i mötet?
3. vad har du lärt av dem – särskilt i fråga om skillnad mot tidigare erfarenheter av vård.

#### **V. Hur tänker du om behandlingen generellt som ges idag?**

#### **VI. Vad skulle du önska för framtiden?**