

Föräldraskap och ätstörningar

En kartläggning av den reflektiva förmågan, det reflektiva föräldraskapet samt stödbehov hos föräldrar till ett barn som har drabbats av ätstörningsproblematik

Erika Backman, 36184

Magisteravhandling i utvecklingspsykologi

Handledare: Kaj Björkqvist och Rasmus Isomaa

Utbildningslinjen för socialvetenskaper

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Åbo Akademi, Vasa

Våren 2019

Abstrakt

Syfte: Att kartlägga den reflektiva förmågan hos föräldrar till ett barn som har drabbats av ätstörningsproblematik, det reflektiva föräldraskapet mellan föräldern och barnet samt det upplevda stödet och stödbehovet hos föräldrarna.

Metod: Under året 2018 deltog 44 föräldrar till ett barn med en ätstörning, vilka alla var kvinnor i en medelålder på 48 år ($SD = 6,2$), i en enkätundersökning. Den reflektiva förmågan mättes med mätinstrumentet The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, Lee, Warren, Howard och Lowyck (2016) och det reflektiva föräldraskapet med Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) (Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017). Utöver detta undersöktes upplevt stöd och stödbehov bland föräldrarna. Frågeformuläret delades via olika föreningar för ätstörningar samt behandlingshem inom Finland. Studien gjordes på svenska och finska.

Resultat: En signifikant skillnad mellan föräldrar till barn med anorexi och andra specificerade ätstörningar förekom. Föräldrar till barn med anorexi hade högre värden på delskalan reflekterande föräldraskap än föräldrar till ett barn med andra specificerade ätstörningar. Föräldrarna i undersökningen hade relativt höga värden på skalan som mätte reflektiv förmåga. Gällande det reflektiva föräldraskapet hade föräldrarna högst värden på delskalan som mätte reflekterande föräldraskap och lägst värden på delskalan säkerhet beträffande sitt reflektiva föräldraskap. Ett signifikant samband mellan reflektiv förmåga och föräldrars säkerhet beträffande sitt reflektiva föräldraskap kunde urskiljas. Det stöd föräldrarna hade upplevt som viktigast i relation till deras barns ätstörning var kamratstöd av andra anhöriga i samma situation och stöd för den egna orken. Stöd föräldrarna skulle ha önskat få mer av var familjesamtal med barnet i fråga, eget individuellt samtalsstöd, mer information om ätstörningen samt stöd i vardagen.

Konklusion: För att stödja både föräldrarnas egna psykiska hälsa och barnets tillfriskningsprocess är verktyg som den egna reflektiva förmågan och ett reflektivt föräldraskap viktiga. Vid inkludering av dessa verktyg inom vården är föräldrar till ett barn med andra specificerade ätstörningar en målgrupp som behöver extra stöd.

Sökord: Ätstörning, föräldraskap, mentalisering, reflektiv förmåga, reflektivt föräldraskap, stödbehov

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.2. Ätstörningar	2
1.2.1 Diagnostisering	2
1.3. Ätstörningar och föräldraskap ur ett teoretiskt perspektiv	4
1.3.1 Familjen och ätstörningsproblematik	4
1.3.2 Föräldraskap och ätstörningsproblematik	4
1.3.3 Maudsley-familjebaserad behandlingsmetod vid anorexi	5
1.3.3.1 Maudsleys djurmetafor för reaktioner hos föräldrar	5
1.3.4 Stödbehov hos föräldrarna	6
1.4 Mentalisering	7
1.4.1 Reflekterande funktion	7
1.4.2 Explicit och implicit mentalisering	8
1.4.3 Anknytning, affektreglering i relation till mentalisering	8
1.4.4 Mentalisering baserad familjeterapi	9
1.5 Reflektivt föräldraskap	10
1.6 Syfte och frågeställningar	11
2. Metod	12
2.1 Sampel	12
2.1.1 Beskrivning av barnen med ätstörningsproblematik	12
2.2 Mätinstrument	13
2.2.1 Skapande av egna delskalor	13
2.3 Procedur	15
2.4. Etiska hänsyn	15
3. Resultat	16
3.1 Korrelationer mellan skalor	16
3.2 Medelvärde hos deltagarna gällande de fyra skalorna	16
3.3 Medelvärde hos och skillnader mellan deltagarna till ett barn med antingen anorexi eller andra specificerade ätstörningar gällande de fyra skalorna	17
3.4 Medelvärde hos och skillnader mellan deltagarna beroende av barnets aktuella sjukdomstillstånd gällande de fyra skalorna	18
3.5 Korrelation mellan åldern då barnet har insjuknat och skalorna	19
3.6 Upplevt stöd och stödbehov hos deltagarna	20
3.7 Sammanfattning av resultat	23

4. Diskussion	25
4.1 Resultatdiskussion	26
4.2 Metoddiskussion och undersökningens begränsningar	27
4.3 Förslag till framtida forskning	28
Referenser	29
Bilaga 1	33
Bilaga 2	41

1. Inledning

Om en person ägnar så mycket tid åt att tänka på mat, kropp och vikt att det påverkar hans liv och vardag negativt, kan det vara fråga om en ätstörning. Ätstörningar kan se väldigt olika ut och behöver inte vara fysiskt synliga, utan kan även handla om tankar om och inställningen till sin egen kropp. Ätstörningar utgör en allvarlig form av psykisk ohälsa som kan påverka den drabbades psykiska hälsa, sociala funktion och resultera i en låg livskvalitet (De La Rie, Van Furth, De Koning, Noordenbos, & Donker, 2005).

Förutom den drabbade påverkar ätstörningen även anhöriga till den drabbade. Enligt en studie av De La Rie et al. (2005) innebär ett barns insjuknande i en ätstörning förändringar i en familjs liv. Deltagarna i De La Ries et al. (2005) studie var alla föräldrar till ett barn som hade drabbats av ätstörningsproblematik. I studien uppgav 40 % att ätstörning hade haft en väsentlig påverkan på deras liv och 55 % att störningen hade till en viss grad påverkat deras liv.

Föräldrar är av en central betydelse för ett barns tillfrisknande ur en ätstörning. Under denna process upplever föräldrar olika områden de önskar stöd med, bland annat kan föräldrarna ha en stark önskan att förstå ätstörningen (Cottee-Lane, Pistrang, & Bryant-Waugh, 2004) eller att få stöd för den egna psykiska hälsa. Cottee-Lane, Pistrang och Bryant-Waugh (2004) menar att föräldrar är en av barnets viktigaste resurser till ett tillfrisknande ur en ätstörning och att det alltid borde erbjudas stöd till föräldern som en del av barnets behandling.

Syftet med föreliggande studie är att hitta verktyg hos föräldrarna som kan stärka både deras egna psykiska hälsa men även stärka föräldraskapet mellan föräldern och barnet. De verktyg som har undersökts i denna kvantitativa studie är den reflektiva förmågan samt det reflektiva föräldraskapet. Man har även kartlagt upplevt stöd och stödbehov hos de föräldrar som har deltagit i föreliggande studie.

Att som förälder förstå själva ätstörningen kan vara en utmaning, men en god reflektiv förmåga kan hjälpa att utveckla en djupare förståelse för barnets upplevelser och i efterhand se denna tid som en meningsfull erfarenhet (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1994).

1.2 Ätstörningar

Ätstörningar utgör en allvarlig form av psykisk ohälsa som påverkar den kognitiva förmågan, den emotionella stabiliteten och begränsar individens livskvalitet (Isomaa, 2011). Det finns ingen allmänt vedertagen definition på själva begreppet ätstörning (Chamay-Weber, Narring, & Michaud, 2005; Clinton, Clinton, & Norring, 2002) men enligt Fairburn och Walsh (2002) är en ätstörning en kronisk störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som märkbart försämrar den fysiska och/eller den psykiska hälsan. Ätstörningen kan inte vara en följd av en annan medicinsk sjukdom eller psykisk störning för att fylla kriterierna för ätstörning. Ätstörningen kan ta sig väldigt olika uttryck, beroende på bakgrund, personlighet och olika symtombilder – detta trots att många patienter även uppvisar liknande sjukdomsbild och relaterade symptom. Början av ätstörningen sker oftast i form av självsvält, varefter cirka 50 % utvecklar ett hetsättningsbeteende (Clinton et al., 2002).

De vanligaste ätstörningarna är Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa (Klein & Walsh, 2004), och enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5:e upplagan (DSM-5) publicerad av American Psychiatric Association (2013) finns det totalt fem olika typer av ätstörningar: anorexi (Anorexia Nervosa), bulimi (Bulimia Nervosa), hetsätning (Binge-Eating Disorder, BED), andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom och ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom. American Psychiatric Association (2013) har i DSM-5 även definierat tre födorelaterade syndrom som kan förekomma hos barn men som är ovanliga hos vuxna. Dessa är: pica (Pica disorder), undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID) och idisslande störning.

1.2.1 Diagnostisering

Kriterier för klinisk diagnostisering av ätstörningar finns i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) och i International Classification of Diseases (ICD-10) publicerad av World Health Organization (2007). I detta arbete kommer ätstörningar definieras utifrån diagnostiseringskriterierna i DSM-5 samt endast ätstörningarna anorexi, bulimi och andra specificerade ätstörningar förekomma.

För att få diagnosen anorexi bör man uppfylla tre kriterier enligt DSM-5. Det första kriteriet är att individen har ett begränsat energiintag i relation till behovet, vilket medför en låg vikt i förhållande till ålder, kön och den rekommenderade tillväxtkurvan. Undervikt definieras som en

märkbart låg vikt, jämfört med individens rekommenderade tillväxtkurva. Det andra kriteriet är en intensiv rädsla för viktuppgång, att bli överviktig, eller ett ständigt beteende som motverkar viktuppgång trots en märkbar undervikt. Det tredje diagnoskriteriet är en förvrängd självbild gällande vikt och kroppsform eller en överdrivet påverkad självkänsla av kroppsvikt och kroppsform.

För att få diagnosen bulimi bör man uppfylla fem diagnoskriterier enligt DSM-5. Det första kriteriet är återkommande perioder av hetsätning. Hetsätningen kännetecknas av att personen hetsäter under en begränsad tid en betydligt större mängd mat än de flesta individer skulle äta under samma period, och att personen tappar kontrollen över ätandet under denna period. Det andra kriteriet är återkommande olämpligt kompenserande beteende för att förhindra viktuppgång, t.ex. genom att framkalla kräkningar, eller missbruk av laxerande, urindrivande eller andra medicinska medel. Tredje kriteriet är att både hetsätning och det kompenserande beteendet förekommer minst en gång i veckan under tre månaders tid. Fjärde kriteriet är att självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikt och kroppsform. Det sista diagnoskriteriet är att störningen inte enbart förekommer under perioder av anorexi.

Andra specificerade ätstörningar är en restkategori för ätstörningsdiagnoser som inte uppfyller kriterierna för anorexi, bulimi eller hetsätning. Det finns fem olika grupper inom diagnosen andra specificerade ätstörningar. Den första är atypisk anorexi där alla kriterierna för anorexi är uppfyllda förutom en märkbar undervikt vilket betyder att individens vikt är inom eller över den rekommenderade tillväxtkurvan. Den andra gruppen är att alla kriterier för bulimi uppfylls förutom att hetsätningen eller det kompenserande beteendet förekommer mer sällan än en gång i veckan och/eller mindre än tre månader. Den tredje gruppen är att alla kriterier för hetsätning uppfylls förutom att hetsätningen förekommer mindre än en gång i veckan och/eller mindre än tre månader. Den fjärde gruppen är ett återkommande självrensande beteende för att påverka vikt eller form, t.ex. framkallande kräkningar, missbruk av laxerande, urindrivande eller andra medicinska medel, vid utebliven hetsätning. Den femte gruppen är nattättnings syndrom. Detta syndrom består av återkommande händelser av att man medvetet äter efter att ha vaknat på natten eller ett uttalat matintag efter kvällsmål. Beteendet förknippas med uttalad ångest och/eller försämrad livskvalité.

1.3 Ätstörningar och föräldraskap ur ett teoretiskt perspektiv

1.3.1 Familjen och ätstörningsproblematik

Om ett barn lider av psykisk ohälsa påverkar detta inte enbart barnet utan även hela familjen. Den psykiska ohälsan hos ett barn medför stora förändringar för resten av familjen. Föräldrar får uppleva både positiva och negativa symptom hos deras barn, och kan känna en oro över förmågan att kunna ta hand om familjens basbehov. Att hantera denna stress och oro har visat sig leda till ångest, frustration, ilska och skam. De negativa konsekvenserna en familj kan uppleva från den psykiska ohälsan kallas för familjebelastning (*family burden*). (Hasson-Ohayon, Levy, Kravetz, Vollanski-Narkis, & Roe, 2011). Upplevelserna av familjebelastning kan delas upp i två olika typer, objektiv och subjektiv belastning (Sales, 2003). Objektiv belastning innebär direkta förändringar i familjens vardagliga sysslor såsom den tid och ansträngning som krävs av en person för att tillgodose behov hos en annan. Exempel på objektiv belastning är förändringar i sociala relationer, ekonomi och hushållets rutiner. Subjektiv belastning kan ses som negativa emotionella förändringar, till exempel ångest och depression.

Ätstörningar medför förändringar i familjens vardag och en negativ påverkan på de anhörigas hälsa (Svensson, Nilsson, Levi, & Suarez, 2013). En ätstörning är en svår och långvarig psykisk sjukdom, något som skapar stress för familjelivet. Denna stress kan påverka relationerna inom familjen genom att antingen bli starkare eller svagare (Hillege, Beale, & McMaster, 2006).

1.3.2 Föräldraskap och ätstörningsproblematik

Personer som tar hand om en individ med ätstörningsproblematik har visat sig uppleva en stark känsla av både objektiv och subjektiv belastning (Tuval-Mashiach, Hasson-Ohayon, & Ilan, 2014). De kan känna att de har behövt ge upp olika sociala aktiviteter och relationer, familjemåltider har upplevts som stressiga och utmattande (Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004), och ekonomiska problem kan uppstå (Perkins, Winn, Murray, Murphy, & Schmidt, 2004). Exempel på den subjektiva belastningen hos föräldrar är psykisk ohälsa i form av t.ex. depression och ångest (Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008). Känslor som kan kopplas till den subjektiva belastningen av ätstörningen är bl.a. skuld, skam, ilska, förvirring och hjälplöshet (Svensson, Nilsson, Levi, & Suarez, 2013; Tuval-Mashiach, Hasson-Ohayon, & Ilan, 2014). Trots dessa starka känslor till ätstörningen kan föräldrarna även uppleva att relationen kan bli starkare mellan föräldern och

barnet i och med ätstörningen (De La Rie et al. 2005; Perkins et al. 2004; Treasure, Murphy, Szmukler, Todd, Gavan, & Joyce 2001). Ätstörningen kan föra föräldern och barnet med ätstörningen närmare varandra och relationen kan därmed bli intensivare eftersom man är tvungen att prata med varandra och på det sätt öppna upp för kommunikation. Föräldrar kan även uppleva positiva förändringar med sin egen perception och förmåga att förstå och hjälpa andra personer med svårigheter (Perkins et al., 2004).

1.3.3 Maudsley-familjebaserad behandlingsmetod vid anorexi

Maudsley metoden, även kallad familjebaserad behandling, har utvecklats för behandling av klienter med anorexi, vilken är en metod med föräldraskapet i fokus. Metoden består av tre olika faser och pågår vanligtvis under 12 månader med 15-20 behandlingssessioner. Vid behandling ska föräldrarna ha en aktiv och positiv roll för att hjälpa sitt barn att återfå sin normala vikt, återge kontrollen över måltider tillbaka till barnet och uppmuntra hen till en normal utveckling. I den mer traditionella vården av klienter med anorexi fokuserar vården på behandling av individen och kan anse inkludering av föräldrar som mer skadligt eftersom i en del vård kan familjens problem anses vara orsaker till ätstörningen. Detta kan orsaka skuld känslor hos föräldrarna till deras barns insjuknande. I Maudsleys behandlingsmetod exkluderar man inte föräldrarna utan inkluderar dem i behandlingen och ser föräldrarna som en väsentlig resurs i tillfrisknandet. (Le Grange & Lock, 2005).

1.3.3.1 Maudsleys djurmetafor för reaktioner hos föräldrar

En ätstörning kan framkalla en mängd olika reaktioner hos föräldrar, t.ex. reaktioner som ilska, frustration och ångest. Inom ramen för Maudsley-metoden har Treasure, Smith och Crane (2016) framställt olika djurmetaforer som beskriver föräldrars sätt att reagera på deras barns ätstörningsproblematik. Dessa djurmetaforer är känguru, noshörning, terrier, struts och manet.

Om en förälder är överbeskyddande och inte låter sitt barn ta egna beslut kan hen jämföras med en känguru som skyddar och gömmer sitt barn i sin påse på magen. Om föräldern visar på ilska, irritation och saknar förståelse över ätstörningsproblematiken kan reaktionerna liknas med en enhörning som endast med raseri och kontroll kan hantera problem. Liknas föräldrarnas reaktion med en terriers innebär detta att förälder ständigt håller på att fråga och kritisera barnet angående ätstörningsproblematiken. Reagerar föräldern genom att ignorera problematiken kan beteenden jämföras med en struts som lägger huvudet i sanden. Om föräldern reagerar genom att ta på sig

skulden för ätstörningen och visar på känslomässig instabilitet kan reaktionen jämföras med en manet (Treasure, Smith, & Crane, 2016).

1.3.4 Stödbehov hos föräldrarna

De flesta föräldrar till ett barn som har drabbats av ätstörningsproblematik känner ett behov av förståelse och att få stöd gällande sjukdomen (Cottee-Lane et al., 2004; De la Rie, Noordenbos & Van Furth, 2005; Winn, Perkins, Murray, Murphy & Schmidt 2004;). Professionellt stöd kan föräldrarna få till exempel av vårdpersonal, terapeuter men föräldrarna kan även få stöd inom familj och av vänner. I en undersökning av De la Rie et al. (2005), som berörde behovet av stöd hos föräldrarna var det 24 föräldrar som upplevde stödet som tillräckligt och 12 upplevde det som otillräckligt. Hos de 24 föräldrarna som upplevde ett tillräckligt stödbehov var det 18 som ville ha extra professionellt stöd, och av de 12 föräldrarna var detta antal 10. Behovet av det extra professionella stödet gällde att få hjälp med att hantera och förstå ätstörningen och hjälp med att hantera eventuella problem relaterade till ätstörningen.

1.4 Mentalisering

Mentalisering är en ständigt pågående process hos människan, genom vilken man försöker få en förståelse för oss själva och andra; det kan också ses som en process som får människan att tänka, känna, och som ger en känsla av existens (Rydén & Wallroth, 2008). Fonagy, Luyten, et al. (2016) har definierat mentalisering som en förmåga att reflektera över och förstå sitt eget och andras mentala tillstånd i form av tankar, känslor, önskningar, föreställningar, intentioner och begär. Denna förmåga ger en känsla av att beteenden är meningsfulla. Tillfälliga störningar i mentaliseringen är en del av den normala utvecklingen. Upprätthållandet eller en snabb återupptagning av mentaliseringen efter en störning eller stressor är ett tecken på en god förmåga till mentalisering (Bateman & Fonagy, 2013). Personer med en god mentaliseringsförmåga har alltså en större förmåga att hantera stressorer, och de kan i efterhand till och med få en positiv syn på erfarenheten av stressorer (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994). En försämrad mentaliseringsförmåga, speciellt en avsaknad i att förstå sitt egna och andras mentala tillstånd, ger en ökad risk för utveckling av psykiska störningar (Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017).

1.4.1 Reflekterande funktion

Begreppen reflekterande funktion och mentalisering är tätt sammankopplade, men för att åtskilja dessa begrepp innebär reflekterande funktion förmågan att kunna mentalisera. För att mäta den reflekterande funktionen utvecklades två intervjubaserade mätinstrument som Reflective functioning scale (RFS) tillämpad på Adult Attachment Interview (AAI) och Parent Development Interview tillämpad till en intervju om föräldraskap (Fonagy, et al. 2016). Eftersom det tidigare inte har funnits något självskattningsformulär över den reflekterande funktionen utvecklade Fonagy et al. (2016) frågeformuläret Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). Utmaningen med att utveckla ett självskattningsformulär är att individen behöver ha den kapacitet som man försöker mäta för att kunna uppskatta den. Individer behöver alltså kunna lita på sin kapacitet att mentalisera för att kunna svara på frågor angående sin egna mentalisering. Därför använde Fonagy et al. (2016) enkla frågor till utvecklingen av självskattningsformuläret för att undvika diskriminering mellan de med god och svag mentalisering.

1.4.2 Explicit och implicit mentalisering

Mentalisering som begrepp kan delas upp i explicit och implicit. Explicit mentalisering innebär ett medvetet reflekterande kring sig själv och andra. Detta sker oftast verbalt och kräver uppmärksamhet, ansträngning och en avsikt (Fonagy & Luyten, 2009). Explicit mentalisering kännetecknas av noggrannhet, ymnighet och flexibilitet (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). I terapi sker explicit mentalisering ofta i form av berättande, symboliserande, eller målände. Explicit mentalisering får mycket utrymme i vår vardag, men den kan ses som toppen av ett isberg. Till största delen av vår tid använder vi oss av implicit mentalisering. Implicit mentalisering sker omedvetet och innebär att man oreflekterat, icke verbalt, tror sig förstå sig själv eller en annan person. Denna typ av mentalisering sker snabbt och kräver inte mycket ansträngning (Fonagy & Luyten, 2009). Empati som exempel på implicit mentalisering innebär att vi omedvetet speglar en annan människas ansiktsuttryck och kroppsspråk (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

För att förstå explicit- och implicit mentalisering kopplar Allen, Fonagy och Bateman (2008) ihop begreppen med skillnader i minnet, att veta att (*knowing that*) eller veta hur (*knowing how*). Till exempel, då du ska ta körkort behöver du explicit minne för att klara av teoriprovet, men för att klara uppkörningen använder du ditt implicita minne.

1.4.3 Anknytning och affektreglering i relation till mentalisering

Mentalisering är en dynamisk och mångsidig förmåga som av en del anses grunda sig på anknytningen (Bateman & Fonagy, 2013). Nationalencyklopedin (2017) definierar anknytning som en psykisk bindning mellan människor, till exempel mellan förälder och barn. Denna relation är dynamisk och varar över en längre tid. Enligt Bowlbys (1969) teori om anknytning behöver människan redan från födseln utveckla en relation med en primär vårdgivare för att en positiv social och emotionell utveckling skall ske. Oftast är modern den primära vårdgivaren, men det kan även vara fadern eller andra anknytningspersoner.

Mentalisering utvecklas redan i de tidiga relationerna och en säker anknytning erbjuder en trygg plats för barnet att utforska sin mentalisering (Juris & Meehan, 2010). Anknytningen mellan barnet och vårdgivaren skapar en känsla av trygghet, medan kvaliteten på interaktionen är det som avgör utvecklingen av mentaliseringen. Det är vårdgivaren som med sin mentalisering erbjuder barnet en möjlighet att utforska sin egen mentalisering och vad det innebär att människor omkring barnet också har en reflekterande förmåga (Fonagy, 2007).

Förutom kopplingen mellan anknytning och mentalisering utgör även affektreglering en stor roll i utvecklingen av mentaliseringsförmågan (Slade, Grienberger, Bernbach, Levy & Locker, 2005). Gross (1998) definierar begreppet affektreglering som en individs förmåga att påverka de känslor hen har, när hen har dessa känslor och hur hen upplever och uttrycker dessa känslor. Denna process kan vara automatisk eller kontrollerad, och medveten eller omedveten. Affektregleringen hos en individ är dynamisk och utvecklas över tid.

1.4.4 Mentaliseringsbaserad familjeterapi

Familjeterapi baserad på mentalisering (MBT-F) är en interventionsmetod med syfte att främja familjemedlemmarnas reflekterande förmåga, för att familjen ska kunna stödja varandra och vara engagerade i eventuella problem (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Den reflekterande förmågan stärks genom att identifiera, stärka och utveckla egenskaper som behövs för mentalisering. Exempel på egenskaper vid mentalisering är genuin nyfikenhet till andra människors tankar och känslor, att kunna visa ödmjukhet, vara förlåtande och tillitsfull (Asen & Fonagy, 2012). I MBT-F strävar man efter att inkludera alla relevanta familjemedlemmar och att öka intresset för varandras mentala tillstånd (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

1.5 Reflektivt föräldraskap

Parallellt med den växande forskningen om sambandet mellan reflekterande förmåga och psykopatologi har intresset för den reflekterande funktionens ursprung ökat. Tanken om att mentalisering grundar sig på en trygg anknytning har lett till forskning kring begreppet *parental reflective functioning* (PRF), reflektivt föräldraskap. Det finns ett förväntat samband mellan reflektiv förmåga och ett reflekterande föräldraskap, men det är inte självklart att de har ett samband (Luyten et al., 2017).

Till skillnad från den reflektiva funktionen som mer riktar sig mot den egna individen handlar reflektivt föräldraskap om förälderns kapacitet att reflektera över både hens egna och barnets mentala upplevelser. Ett reflektivt föräldraskap ska främja barnets egen reflekterande förmåga, vilket innebär en utveckling av barnets känsloreglering och personlighet, vilket ger en trygg anknytning (Slade, 2005). Utvecklingen av den reflektiva förmågan bygger på att barnet har fått ett adekvat bejakande av en trygg yttre person, vilket innebär att det reflektiva föräldraskapet har en viktig roll i utvecklingen av den reflektiva förmågan hos barnet (Luyten et al., 2017).

För empirisk mätning av reflektivt föräldraskap har ett självskattningsformuläret Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) utvecklats av Luyten et al. (2017).

1.6 Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie är att undersöka den reflektiva förmågan hos föräldrar till ett barn som har drabbats av ätstörningsproblematik, det reflektiva föräldraskapet mellan föräldern och barnet samt det upplevda stödet och stödbehovet hos föräldrarna. Vidare syfte med studien är att undersöka om det finns skillnader i den reflektiva förmågan och det reflektiva föräldraskapet i relation till barnets ätstörningsdiagnos. Studiens implikation är att hitta ett verktyg hos föräldrarna som kan stärka både deras egen psykiska hälsa och relationen mellan förälder och barn samt undersöka om det finns en speciell målgrupp man borde stödja.

- 1) Hur ser den reflekterande förmågan ut hos föräldrar till ett barn som har drabbats av ätstörningsproblematik samt det reflektiva föräldraskapet?
- 2) Finns det ett samband mellan reflektiv förmåga och ett reflektivt föräldraskap hos föräldrar till ett barn som har drabbats av ätstörningsproblematik?
- 3) Finns det en skillnad i den reflekterande förmågan och i det reflektiva föräldraskapet beroende på barnets diagnos?
- 4) Finns det en skillnad i den reflekterande förmågan och i det reflektiva föräldraskapet beroende på barnets aktuella sjukdomstillstånd?
- 5) Finns det ett samband i den reflekterande förmågan och i det reflektiva föräldraskapet beroende på barnets ålder vid insjuknandet av ätstörningen?
- 6) Har föräldrarna blivit erbjudna stödåtgärder i samband med deras barn ätstörning? I så fall vad upplever föräldrarna ha varit det huvudsakliga stödet de har fått samt vad skulle de ha önskat mer stöd i.

2. Metod

2.1 Sampel

I undersökningen deltog 44 personer vilka alla var kvinnor, med en medelålder på 48 år ($SD = 6,2$). Som högsta utbildningsnivå angav 2 stycken av deltagarna grundskola (4,5 %), 14 (31,8 %) stycken gymnasium/yrkesskola och 28 stycken (63,6 %) universitet/yrkeshögskola. Arbetsituation hos deltagarna var: Heltidsarbete 32 stycken (72,7 %), 2 stycken deltid (4,5 %), 2 (4,5 %) av deltagarna var arbetslösa, 2 (4,5 %) stycken var sjuklediga, och en var föräldra/vårdledig (2,3 %). 5 (11,4 %) stycken angav annat.

2.2.1 Beskrivning av barnen med ätstörningsproblematik

Av barnen med en ätstörning var 43 stycken flickor och var en pojke med en medelålder (idag) på 18,5 år ($SD = 5,2$). Av barnen hade 35 diagnosen (81,4 %) anorexi, 6 stycken (14 %) andra specificerade ätstörningar, 1 (2,3 %) bulimi och 1 ätstörning hos småbarn¹ (2,3 %). Medelåldern då barnet insjuknade i ätstörningen var 14 år. Av barnen hade 10 stycken (22,7 %) tillfrisknat, 21 stycken (47,7 %) delvis tillfrisknat och 13 stycken (29,5 %) hade inte tillfrisknat.

19 av barnen hade fått någon typ av allmän psykiatrisk eller somatisk behandling/vård för ätstörningen. Av de 19 barn som har fått allmän psykiatrisk vård hade 13 (59,1 %) fått öppenvård, 1 barn (4,5 %) dagavdelningsvård samt 5 barn (22,7 %) dygnet runt avdelningsvård på sjukhus. 20 barn hade fått specialiserad behandling/vård av ätstörningen. 11 barn (50 %) hade fått öppenvårdssamtal, 1 barn (4,5 %) dag avdelningsvård samt 8 barn (36,4 %) dygnet runt avdelningsvård på sjukhus.

¹ Enligt DSM 5 finns inte ätstörning hos små barn som en enskild diagnos, utan syndromet hör till diagnosen undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID) (American Psychiatric Association, 2013).

2.2 Mätinstrument

För undersökningen skapades det ett frågeformulär i programmet Google Forms. Frågeformuläret bestod av en inledande beskrivning av undersökningen och tre delar om den reflektiva förmågan, det reflektiva föräldraskapet samt om upplevt stöd och stödbehov. Bland de tre delarna fanns det två avsnitt med bakgrundsfrågor gällande deltagaren och deltagarens barn med ätstörningsproblematik.

Frågeformuläret bestod av två självskattningsinstrument: The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) final 8-item version (Fonagy, Luyten, et al., 2016) och Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) med 39 items (Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017). Alla frågor besvarades på en 7-punktskala som sträckte sig från 1 = ”Instämmer inte alls” till 7 = ”Instämmer helt” för RFQ och 1 = ”Håller inte alls med” till 7 = ”Håller helt med” för PRFQ. PRFQ mäter följande tre faktorer (delskalor) av reflekterande föräldraskap: Intresse och nyfikenhet, självsäkerhet beträffande mentala tillstånd (*certainty about mental states*) och prementaliseringslägen (*pre-mentalizing modes*) (Luyten et al., 2017).

I delen som berörde upplevt stöd och stödbehov kunde deltagarna välja flera alternativ i frågorna 1,2, 3 och 5. Fråga 4 och 6 kunde besvaras genom en fri beskrivning av svaret.

Frågeformuläret finns i sin helhet på svenska i bilaga 1 samt på finska i bilaga 2.

2.2.1 Skapande av egna delskalor

Reliabilitetsvärdet för de ursprungliga delskalorna i PRFQ var inte tillfredsställande därför skapades det tre motsvarande skalor: Reflekterande föräldraskap, säkerhet beträffande reflekterande föräldraskap och oreflekterande föräldraskap (Table 1). Detta gjordes genom en faktoranalys med en tre faktors lösning med varimax rotation. Delskalornas Eigenvärden (eigenvalues) var för delskalan reflekterande föräldraskap 5,9, för säkerhet beträffande reflekterande föräldraskap 4,8 och för oreflekterande föräldraskap 3,2. Delskalornas kumulativa förklarande värde var 36,5, det vill säga, de förklarade tillsammans 36,5 % av variansen i PRFQ.

Tabell 1

Enskilda items och Cronbach's α -värden för delskalorna i PRFQ. (N = 44).

Skalor	
<i>Reflekterande föräldraskap (11 items, $\alpha = .81$)</i>	
RF6	Jag funderar ofta på varför mitt barn betar sig eller känner sig på ett visst sätt.
RF19	Jag funderar ofta på vad mitt barn tänker och känner.
RF25	Jag är uppmärksam på hur mitt barn känner sig.
RF28	Jag tycker inte att det är någon idé att försöka gissa vad mitt barn känner.
RF7	Jag försöker se situationer genom mitt barns ögon.
RF30	Jag försöker förstå orsakerna till varför mitt barn uppför sig illa.
RF27	När jag förstår varför mitt barn betar sig på ett visst sätt har jag lättare att inte bli arg på honom/henne.
RF38	Ibland förstår jag inte hur mitt barn känner sig.
RF3	Jag är ofta nyfiken på att ta reda på hur mitt barn känner sig.
RF10	Jag tror att min syn på mitt barn kommer att förändras med tiden.
RF36	Mitt barns temperament är som det är och det är lite jag kan göra åt den saken.
<i>Säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap (12 items, $\alpha = .81$)</i>	
RF12	Ibland måste jag pröva flera gånger innan jag förstår vad mitt barn behöver eller vill ha.
RF8	Jag vet alltid varför mitt barn gör som det gör.
RF21	Jag kan ibland missförstå mitt barns reaktioner.
RF31	Jag vet alltid vad mitt barn vill.
RF37	Jag vet alltid varför jag gör som jag gör med mitt barn.
RF11	Mitt barn kan reagera helt annorlunda i en situation än vad jag tror han/hon ska göra.
RF26	Jag kan avläsa mitt barns sinnesstämning.
RF20	Ofta är mitt barns beteende så förvirrat att det inte är någon idé att försöka förstå det.
RF15	Oavsett hur sjukt mitt barn är står jag alltid ut med honom/henne.
RF18	Jag kan alltid förutse vad mitt barn kommer att göra.
RF1	Mitt barn och jag kan känna olika om samma sak.
RF2	När jag blir arg på mitt barn vet jag alltid varför.
<i>Oreflekterande föräldraskap (9 items, $\alpha = .72$)</i>	
RF24	Mitt barn skriker inför främmande människor bara för att göra det pinsamt för mig.
RF22	När mitt barn betar sig illa är det ett tecken på att han/hon inte älskar mig.
RF13	När mitt barn krånglar gör han/hon det bara för att irritera mig.
RF5	Mitt barn vet när jag har en dålig dag och gör saker för att göra den sämre.
RF23	Jag tror att det sätt som mina föräldrar uppfostrade mig på påverkar hur jag själv uppfostrar mitt barn.
RF35	Det säkraste sättet att veta att ditt barn älskar dig är när han/hon uppför sig väl.
RF32	Jag avskyr när mitt barn gråter och/eller talar till mig när jag pratar i telefon med någon.
RF9	Ibland blir mitt barn sjukt för att hindra mig från att göra något som jag vill göra.
RF34	Jag är säker på att mitt barn vet att jag älskar honom/henne.

2.3 Procedur

Undersökningen utfördes i form av ett samarbete mellan enheten för utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi Vasa och Fredrika Kliniken i Jakobstad. Undersökningen skickades ut som en webbaserad enkät till olika föreningar mot ätstörningar, t.ex. Syömishäiriöliitto och Syömishäiriökkeskus, samt till olika föräldragrupper. Information delades ut om undersökningen och den delades via föreningarnas Facebook-grupper/sidor.

Datansamlingen pågick i perioden 12.04.2018-19.10.2018.

2.4 Etiska hänsyn

De som besvarade formuläret var alla vuxna och deltog frivilligt. Deltagandet var anonymt och konfidentiellt. Datat förvaras i enlighet med EU:s dataskyddslag från 2016.

3. Resultat

3.1 Korrelationer mellan skalor

Genom en korrelationsanalys kunde ett signifikant samband mellan skalan reflektiv förmåga och delskalan säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap konstateras. Ingen annan korrelation var signifikant. (Table 2).

Table 2

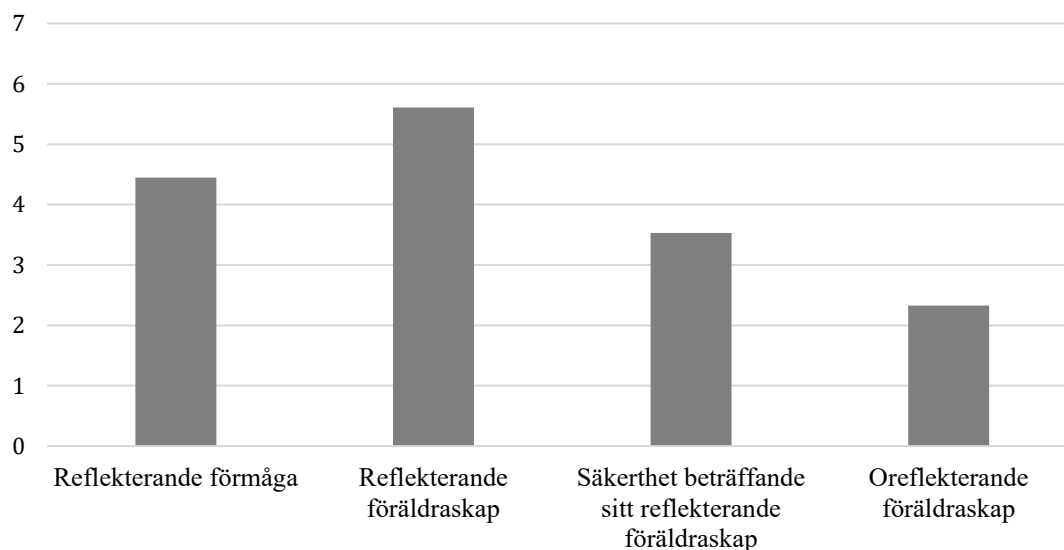
Korrelationer mellan skalorna i undersökningen (N = 44)

	1.	2.	3.	4.
1. Reflektiv förmåga	-			
2. Reflekterande föräldraskap	-.07	-		
3. Säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap	.40**	-.11	-	
4. Oreflekterande föräldraskap	-.22	.12	-.16	-

**=signifikant korrelation vid 0,01-nivå

3.2 Medelvärde hos deltagarna gällande de fyra skalorna

Medelvärdet för deltagarna gällande reflekterande förmåga var 4.45 ($SD = 0.93$). Medelvärdet för det reflekterande föräldraskapet var 5.61 ($SD = 0.74$), säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap 3.53 ($SD = 0.86$) och oreflekterande föräldraskap 2.33 ($SD = 0.74$) (Figur 1).

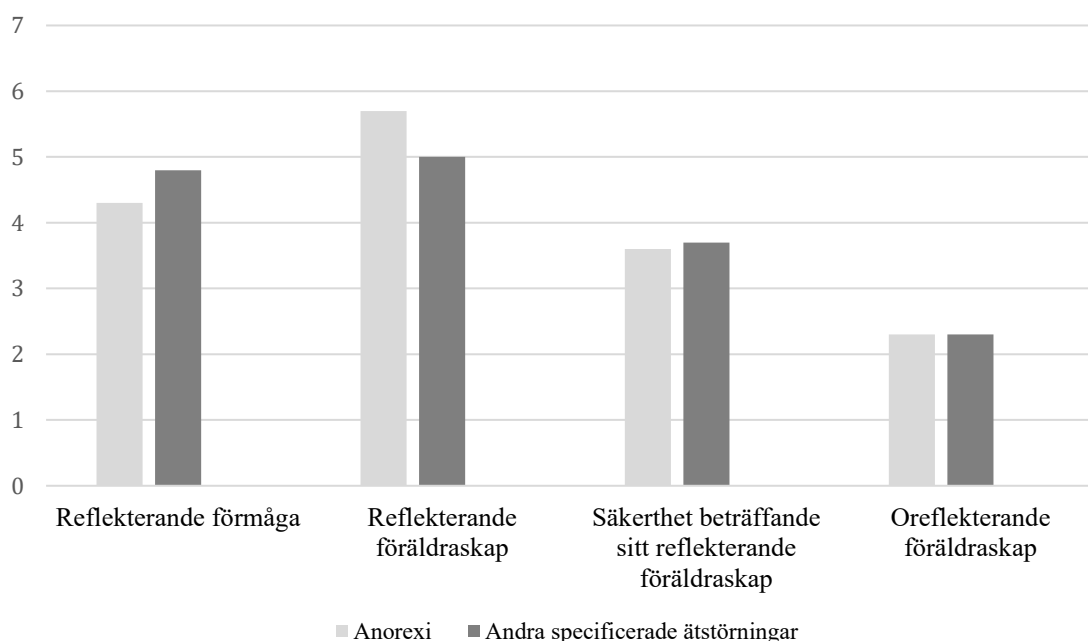


Figur 1. Medelvärden för deltagarna i undersökningen på de fyra skalorna relaterade till reflektiv förmåga och reflektivt föräldraskap. Högsta möjliga poäng = 7. (N = 44).

3.3 Medelvärde hos och skillnader mellan deltagarna till ett barn med antingen anorexi eller andra specificerade ätstörningar gällande de fyra skalorna

Medelvärdet för deltagarna till ett barn med anorexi beträffande den reflektiva förmågan var 4.43 ($SD = 0.89$), det reflekterande föräldraskapet 5.71 ($SD = 0.70$), säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap 3.58 ($SD = 0.84$) och oreflekterande föräldraskap 2.3 ($SD = 0.78$). Medelvärdet för deltagarna till ett barn med andra specificerade ätstörningar gällande den reflektiva förmågan var 4.80 ($SD = 1.02$), det reflekterande föräldraskapet 5.03 ($SD = 0.91$), säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap 3.65 ($SD = 0.85$) och oreflekterande föräldraskap 2.33 ($SD = 0.50$). (Figur 2).

Med hjälp av ett t -test påträffades signifikanta skillnader mellan deltagarna till ett barn med anorexi eller andra specificerade ätstörningar beträffande ett reflekterande föräldraskap [$t_{(39)} = 2.137, p = .039$]. Föräldrar till ett barn med diagnosen anorexi hade ett högre värde för delskalan reflekterande föräldraskap än föräldrarna till ett barn med diagnosen andra specificerade ätstörningar.

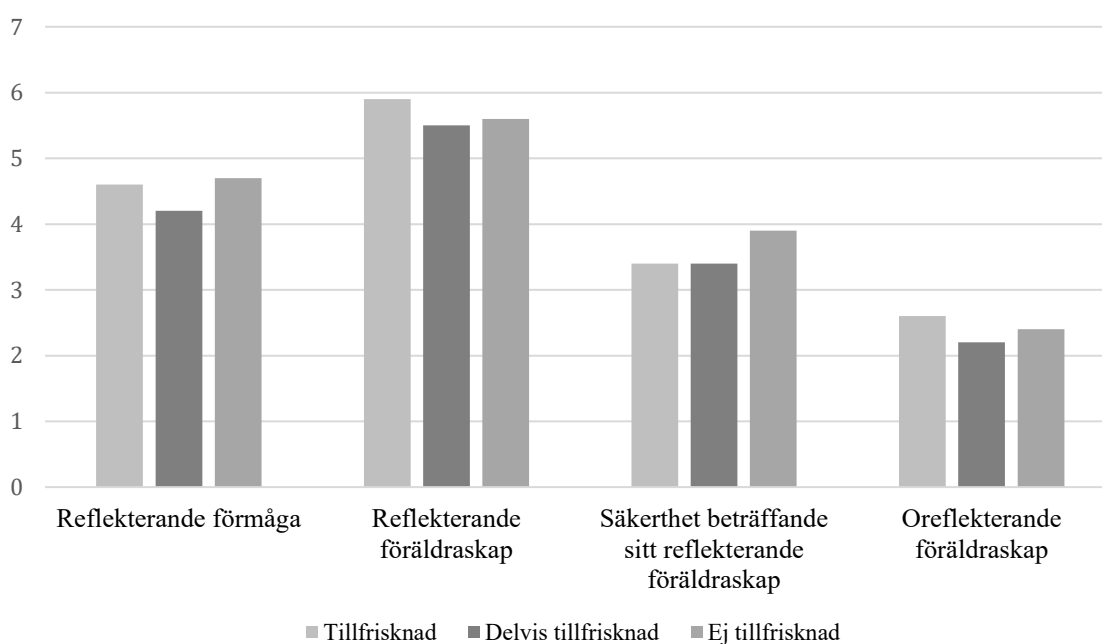


Figur 2 Medelvärden på de fyra skalorna relaterade till reflektiv förmåga samt reflektivt föräldraskap för föräldrar till ett barn med anorexi ($n = 35$) och andra specificerade ätstörningar ($n = 6$).

3.4 Medelvärden hos och skillnader mellan deltagarna med hänsyn till barnets aktuella sjukdomstillstånd på de fyra skalorna

Medelvärdet för deltagarna till ett barn som hade tillfrisknat beträffande den reflektiva förmågan var 4,6 ($SD = 0.83$), det reflekterande föräldraskapet 5,9 ($SD = 0.68$), säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap 3,4 ($SD = 1$) och oreflekterande föräldraskap 2,6 ($SD = 0.69$). Medelvärdet för deltagarna till ett barn som delvis hade tillfrisknat gällande den reflektiva förmågan var 4,2 ($SD = 0.95$), det reflekterande föräldraskapet 5,5 ($SD = 0.76$), säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap 3,4 ($SD = 0.79$) och oreflekterande föräldraskap 2,2 ($SD = 0.57$). Medelvärdet för deltagarna till ett barn som ej hade tillfrisknat gällande den reflektiva förmågan var 4,7 ($SD = 0.91$), det reflekterande föräldraskapet 5,6 ($SD = 0.74$), säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap 3,9 ($SD = 0.85$) och oreflekterande föräldraskap 2,4 ($SD = 0.74$). (Figur 3).

Med hjälp av en envägs variansanalys kunde ingen signifikant skillnad urskiljas beroende på barnets aktuella sjukdomstillstånd beträffande reflektiv förmåga och reflektivt föräldraskap.



Figur 3 Medelvärden på de fyra skalorna relaterade till reflektiv förmåga samt reflektivt föräldraskap beroende av barnets aktuella sjukdomstillstånd, vilka var tillfrisknad ($n=10$), delvis tillfrisknad ($n=21$) och ej tillfrisknad ($n=13$).

3.5 Korrelation mellan åldern då barnet har insjuknat och skalorna

Genom en korrelationsanalys kunde ett signifikant negativt samband urskiljas mellan åldern då barnet har insjuknat och delskalan oreflekterande föräldraskap, vilket innebär att ju äldre barnet var vid Insjuknandet, desto mindre oreflekterat ansåg föräldern att föräldraskapet var. Ingen annan korrelation mellan åldern då barnet hade insjuknat och de övriga skalorna kunde konstateras. (Table 3).

Table 3

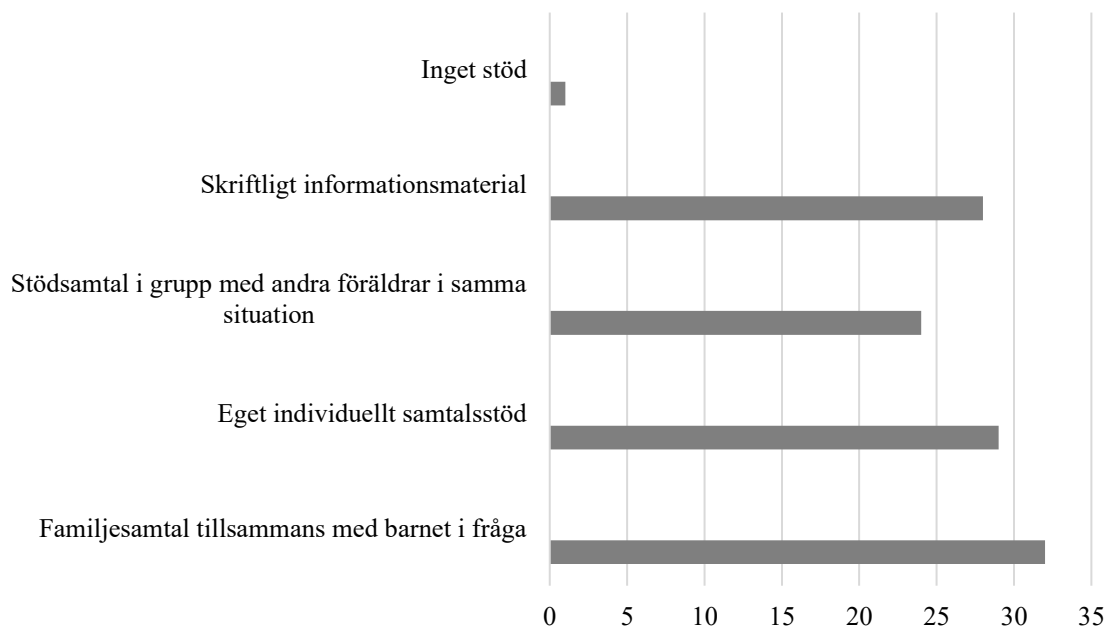
Korrelationer mellan åldern då barnet har insjuknat och skalorna i undersökningen (N = 41)

	1.
1. Insjukningsålder	-
2. Reflektiv förmåga	-,08
3. Reflekterande föräldraskap	-,17
4. Säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap	,07
5. Oreflekterande föräldraskap	-,39*

*=signifikant korrelation vid 0,05-nivå

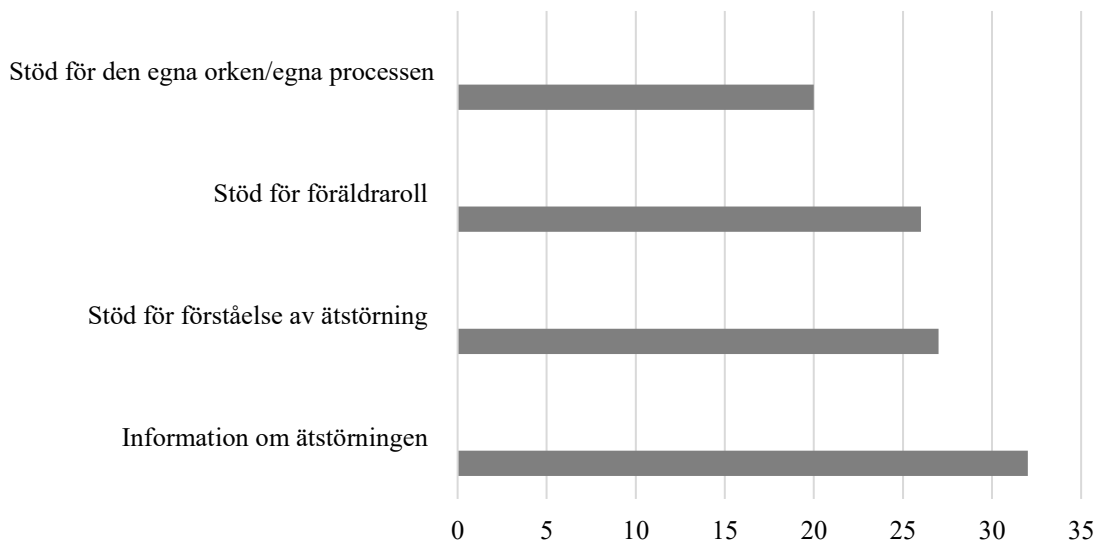
3.6 Upplevt stöd och stödbehov hos deltagarna

Den typ av stöd deltagarna hade fått mest av med hänsyn till barnets ätstörning var familjesamtal tillsammans med barnet i fråga ($n = 32$). Eget individuellt samtalsstöd hade 29 deltagare fått, stödsamtal i grupp med andra föräldrar i samma situation hade 24 deltagare fått, och skriftligt informationsmaterial hade 28 stycken fått. Endast en deltagare hade inte fått något stöd (Figur 4).



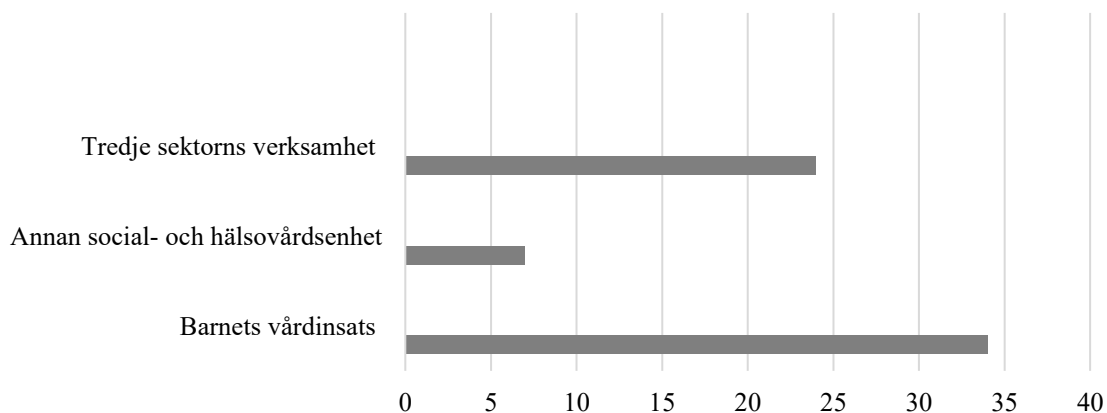
Figur 4. Typ av stöd deltagarna hade fått i relation till deras barns ätstörning. Figuren beskriver antalet deltagare som har fått en viss typ av stöd. Deltagarna kunde välja flera svarsalternativ. (Antal svar $n=113$).

Det huvudsakliga innehållet i det stöd tyckte deltagarna var information om ätstörningen ($n = 32$), stöd för förståelse av ätstörning ($n = 27$), stöd för sin föräldraroll ($n = 26$) och stöd för att orka/för den egna processen ($n = 20$) (Figur 5).



Figur 5. Huvudsakliga innehållet i det stöd deltagarna hade fått i relation till barnets ätstörning. Figuren beskriver antalet deltagare som har fått en viss typ av stöd. Deltagarna kunde välja flera svarsalternativ. (Antal svar $n=105$).

Stödet som deltagarna hade fått kom från barnets vårdinsats ($n= 34$), annan social- och hälsovårdsenhet ($n = 7$) och tredje sektorns verksamhet ($n = 24$) (Figur 6).

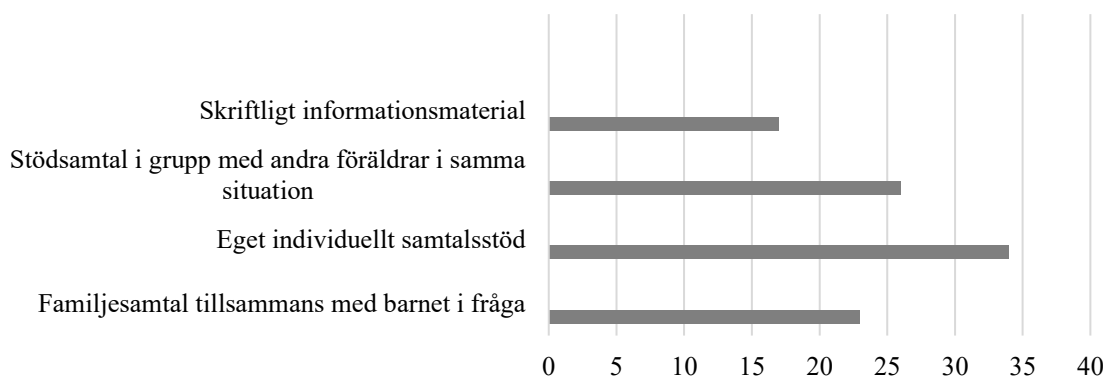


Figur 6. Beskrivning varifrån deltagarna hade fått stöd i relation till deras barns ätstörning. Figuren beskriver antalet deltagare som har fått en viss typ av stöd. Deltagarna kunde välja flera svarsalternativ. (Antal svar $n=65$).

Deltagarna fick beskriva vilket som hade varit det viktigaste stödet de hade fått för deras barn ätstörning. Det stöd som nämndes mest bland deltagarna var kamratstöd i form av andra anhöriga i samma situation. Bland de deltagare som svarade på den finska enkäten nämndes framförallt Maudsley-metoden. Fyra stycken angav facebookgruppen “Maudsley-perheet yhdessä rintamassa syömishäiriötä vastaan” som ett viktigt stöd, och en deltagare angav barnets vårdenhet som följde Maudsley vårdmodell som ett viktigt stöd.

Stöd för den egna orken samt stöd för att kunna hantera sina känslor nämndes även som viktigt. En del av deltagarna nämnde att de hade gått i egen terapi. En del angav stödet med att försöka förstå ätstörningen och information som viktiga.

Det stöd som deltagarna skulle ha önskat få var familjesamtal tillsammans med barnet i fråga ($n = 23$). Eget individuellt samtalsstöd hade 34 deltagare önskat, stödsamtal i grupp med andra föräldrar i samma situation hade 26 deltagare önskat och skriftlig informationsmaterial hade 17 stycken önskat få. (Figur 7).



Figur 7. Typ av stöd deltagarna hade önskat få i relation till deras barns ätstörning. Figuren beskriver antalet deltagare som har fått en viss typ av stöd. Deltagarna kunde välja flera svarsalternativ. (Antal svar $n=101$).

Deltagarna fick beskriva vad de hade önskat få mer stöd för eller information om. Stöd i att förstå och hantera ätstörningen var det ämne som många skulle ha önskat mer stöd för. Många upplevde vardagen och praktiska situationer, till exempel måltider, som problematiska. Deltagarna önskade konkreta tips på hur man kan hantera vardagen. För en del var kunskapen liten om ätstörningar vid deras barns insjuknanden. Därför önskade många av deltagarna att de skulle ha fått mer information om ätstörningen. Deltagarna skulle även ha önskat ett starkare samarbete mellan barnets vårdenhet och hemmet. Stöd för den egna psykiska hälsan önskade deltagarna de även skulle ha fått mer stöd för.

3.7 Sammanfattning av resultaten

Medelvärde för den reflekterande förmågan hos deltagarna var 4,45 ($SD = 0,93$), vilket tyder på att de ansåg sig ha en relativt god reflekterande förmåga. Medelvärde för de enskilda skalorna gällande reflektivt föräldraskap var som högst gällande skalan reflekterande föräldraskap (5,61 ($SD = 0,74$)) samt lägst för den negativa skalan oreflekterande föräldraskap (2,33 ($SD = 0,74$)). Detta tyder på att deltagarna hade överlag ett starkt reflektivt föräldraskap medan deltagarnas säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap 3,53 ($SD = 0,86$) var aningen lägre.

I undersökningen kunde man hitta ett signifikant samband mellan skalan gällande den reflektiva förmågan och delskalan säkerhet beträffande sitt reflekterande föräldraskap. Detta innebär att bland deltagarna fanns det delvis ett samband mellan den reflektiva förmågan och det reflektiva föräldraskapet.

En av undersökningens frågeställningar var om det finns en skillnad beträffande den reflekterande förmågan och det reflektiva föräldraskapet beroende på barnets ätstörningsdiagnos. Resultat hos föräldrar till barn med diagnosen anorexi eller andra specificerade ätstörningar jämfördes med varandra. En signifikant skillnad hittades för delskalan reflekterande föräldraskap, så till vida att föräldrar till ett barn med diagnosen anorexi hade ett aningen högre medelvärde än föräldrar till ett barn med diagnosen andra specificerade ätstörningar.

I undersökningen kunde man hitta ett signifikant samband mellan åldern på barnets vid insjuknandet av ätstörningen och delskalan oreflekterande föräldraskap. Detta innebär att ju lägre ålder barnets hade vid insjuknandet i ätstörningen desto högre värde gällande det oreflekterande

föräldrasket. Ett signifikant samband kunde inte urskiljas vid analys av de andra skalorna och barnets nuvarande tillstånd.

En analys av den del av frågeformuläret som undersökte upplevt stöd och stödbehov visade att deltagarna hade fått stöd gällande flera områden som berörde barnets ätstörning. Det stöd som flest deltagare hade fått var familjesamtal tillsammans med barnet i fråga. Minst förekom stödsamtal i grupp med andra föräldrar i samma situation. Information om ätstörningen var det huvudsakliga innehållet i stödet deltagarna fått, medan stöd beträffande den egna orken/egna processen hade färre deltagare angett att de fick stöd för. Stödet som deltagarna fick kom huvudsakligen från barnets vårdinsats; betydligt färre deltagare angav att de hade fått stöd från annan social- och hälsovårdsenhet. I den fria beskrivningen av det viktigaste stödet deltagaren hade fått var det kamrattstöd och stöd för den egna orken som nämndes flest gånger. Det stöd som deltagarna skulle ha önskat få mer av var eget individuellt samtalsstöd. Även stöd i att förstå och hantera ätstörningen var det många som skulle ha önskat få, även stöd för sin egen psykiska hälsa.

4. Diskussion

4.1 Resultatdiskussion

Syftet med den aktuella studien var att försöka hitta ett verktyg för föräldrar till barn med ätstörningsproblematik som kan främja både föräldrarnas egna psykiska hälsa men även ge stöd till barnet och familjen i relation till ätstörningen och tillfrisknandeprocessen. Reflektiv förmåga innebär förmågan att reflektera över och förstå både sitt eget och andras mentala tillstånd (Fonagy et al., 2016) och genom en god reflektiv förmåga har man större kapacitet att hantera olika slag av stressorer (Bateman & Fonagy, 2013). Ett barns insjuknande i en ätstörning kan anses som en stressor som påverkar även människor i den drabbades omgivning; därför anses den reflektiva förmågan vara ett viktigt verktyg för föräldrar till det drabbade barnet. Det reflektiva föräldraskapet beskriver föräldrarnas förmåga att reflektera över både hens egna och barnets mentala upplevelser. Vid en ätstörning kan föräldrarna uppleva belastning (Tuval-Mashiach, Hasson-Ohayon, & Ilan, 2014) och därför ansågs det reflektiva föräldraskapet vara ett viktigt verktyg för att kunna reflektera över barnets mentala tillstånd och upplevelser.

En god reflektiv förmåga stödjer förståelsen av sitt eget beteende, och det kan därför vara ett bra redskap i samband med Maudsleys familjebaserade behandlingsmetod, i vilket föräldraskapet är i fokus. Genom att se på sig själv objektivt kan en förälder bättre förhålla sig till de reaktioner som en ätstörning kan framkalla.

Den reflektiva förmågan hos studiens deltagare undersöktes, likaså det reflektiva föräldraskapet i relation till barnet med ätstörningsproblematik. Ett signifikant samband kunde urskiljas mellan den reflektiva förmågan och säkerhet beträffande sitt reflektiva föräldraskap bland deltagarna i undersökningen. Delskalan säkerhet beträffande sitt reflektiva föräldraskap mäter föräldrarnas erkännande av sin egen reflektiva förmåga, eftersom höga poäng på skalan kan visa på en överdriven mentalisering om barnets mentala tillstånd (hypermentalisering), medan låga poäng kan visa på bristfällande mentalisering (hypomentalisering) (Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017). En god reflektiv förmåga kan bidra till större säkerhet beträffande sitt reflektiva föräldraskap, eftersom man har en större förståelse för sina egna tankar och handlingar.

I denna undersökning kunde man urskilja ett signifikant samband mellan barnets ålder vid insjuknande och delskalan oreflekterande föräldraskap. Detta resultat tyder på att ju lägre barnets ålder var vid insjuknandet av ätstörningen, desto högre värde hade föräldrarna på delskalan oreflekterande föräldraskap. Föräldrar till ett yngre barn som har insjuknat i en ätstörning har alltså

svårare för att reflektera kring barnets tankar, känslor och handlingar samt relationen mellan föräldern och barnet. Därför är detta en målgrupp man borde stödja beträffande förmågan till ett reflekterande föräldraskap i samband med vården av deras barn.

En av studiens frågeställningar var ifall det finns en skillnad beträffande den reflekterande förmågan och det reflekterande föräldraskapet beroende på barnets diagnos. Syftet med detta var att hitta en eventuell målgrupp som behöver extra stöd för att stärka sina förmågor beträffande dessa två verktyg. Studien visade en signifikant skillnad mellan de föräldrarna till ett barn med anorexi och barn med andra specificerade ätstörningar på delskalan reflekterande föräldraskap. Föräldrarna till barn med diagnosen andra specificerade ätstörningar hade ett lägre värde på skalan. Detta är alltså en målgrupp man borde stödja beträffande denna förmåga.

Frågorna om upplevt stöd och stödbehov hos studiens deltagare visade på att deltagarna hade fått stöd men inte tillräckligt. Det som deltagarna hade fått mest stöd för var i form av familjesamtal och skriftligt informationsmaterial. Det som deltagarna hade fått minst stöd men som de skulle ha önskat mer av, var stödsamtal i grupp med andra föräldrar och eget individuellt samtalsstöd. En detalj som kunde urskiljas mellan de svenskspråkiga och finskspråkiga svaren var att fyra stycken finskspråkiga angav Maudsley-metoden som ett viktigt stöd. Denna behandlingsmetod finns det just nu (2018) mycket finskspråkig information om på internet, en finskspråkig grupp på Facebook och en blogg, samt behandlingsställen som använder sig av denna metod. På svenska hittas det väldigt lite information om denna metod.

4.2 Metoddiskussion och undersökningens begränsningar

Flera begränsningar kan identifieras i denna studie. Studien utfördes i form av en webbaserad enkät. Eftersom deltagandet inte krävde någon inloggning finns det en teoretisk möjlighet att deltagare kan ha svarat flera gånger på enkäten. Eftersom studien delades förutom direkt till föräldrar i föräldragrupper delades den även genom olika kanaler som till exempel Facebook. Därför kan man inte med 100% säkerhet säga att deltagarna i undersökningen har ett barn med diagnosen ätstörning.

Undersökningens sampel bestod av 44 personer vilka alla var kvinnor. Detta gör att man inte kan generalisera resultaten till en större grupp bestående både av män och av kvinnor.

En undersökning baserad på en enkät innebär självuppskattning vilket kan både ha för- och nackdelar. Deltagaren kan både överskatta samt underskatta sina egna förmågor, vilket gör att objektiviteten kan ifrågasättas. I undersökningen användes självskattningsinstrumenten RFQ och PRFQ. Utmaningen med dessa två instrument är att de kräver en del av den kapacitet som instrumenten mäter. Under tiden som föreliggande studie pågick publicerades det en ny variant av mätinstrumentet PRFQ: PRFQ for adolescents (PRFQ-A). PRFQ har varit avsett för att främst mäta det reflektiva föräldraskapet mellan föräldrar och barn i åldern 0-5 år, därför har Luyten, Mayes, Nijssens, och Fonagy (2017b) skapat ett instrument för att mäta det reflektiva föräldraskapet mellan föräldrar och barn i åldern 12-18. I denna studie var barnets medelålder 18,5 år, vilket betyder att PRFQ-A hellre borde ha använts som mätinstrument.

4.3 Förslag till framtida forskning

Det finns en del forskning som berör området föräldraskap och ätstörningar, men i dagens läge finns det inge forskning som undersöker mentalisering i samband med dessa två. Eftersom deltagandet av föräldrarna inom vården av ätstörning blir allt mer vanligare är detta ett område det krävs mer forskning om. Ett förslag till framtida forskning kunde vara att undersöka ifall stödjande av föräldrarnas egna reflektiva förmåga samt det reflektiva föräldraskapet kan fungera som ett stärkande verktyg för föräldrarnas egen psykiska hälsa samt bistå vid barnets tillfrisknande ur ätstörningen.

Referenser

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Asen, E., & Fonagy, P. (2012). Mentalizationbased therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34, 347–370.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595–613.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1, Attachment*. New York: Basic Books.
- Chamay-Weber, C., Narring, F. & Michaud, P. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health*, 37, 416–426.
- Clinton, D. N., Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm, Sverige: Natur och Kultur.
- Cottee Lane, D., Pistrang, N., & BryantWaugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12, 169–177.
- De la Rie, S. M., Noordenbos, G., & Van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14, 1511–1521.
- De La Rie, Simone M, Van Furth, E. F., De Koning, A., Noordenbos, G. & Donker, M. C. (2005). The quality of life of family caregivers of eating disorder patients. *Eating Disorders*, 13, 345–351.
- Fairburn, C. G. & Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). In K. D. Brownell & B. T. Walsh (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.)(pp. 171–177). New York: Guilford Press.

- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S. & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one*, *11*, e0158678.
- Fonagy, P. (2007). *Anknytningsteori och psykoanalys*. Stockholm, Sverige: Liber.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*, 1355–1381.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*, 231–257.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*, 271–299.
- Hasson-Ohayon, I., Levy, I., Kravetz, S., Vollanski-Narkis, A., & Roe, D. (2011). Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, *52*, 75–80.
- Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, *15*, 1016–1022.
- Isomaa, R. (2011). *Eating disorders, weight perception, and dieting in adolescence*. Åbo Akademi University. [Doctoral dissertation]
- Juris, E. & Meehan, K. (2010) Attachment, mentalization and reflective functioning. In: Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford Press.
- Klein, D. A. & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, *81*, 359–374.

- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, *41*, 233–242.
- Le Grange, D., & Lock, J. (2005). *Family-based treatment of adolescent anorexia nervosa: the Maudsley approach*. Toronto, Canada: National Eating Disorder Information Center.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PloS one*, *12*, e0176218.
- Nationalencyklopedin (2017). Anknytning.
<http://www.ne.se.ezproxy.vasa.abo.fi/uppslagsverk/encyklopedi/lang/anknytning>
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 256–268.
- Phelps, K. W., McCammon, S. L., Wuensch, K. L., & Golden, J. A. (2009). Enrichment, stress, and growth from parenting an individual with an autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *34*, 133–141.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: Att leka med verkligheten*. Natur & kultur.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, *12*, 3341.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, *7*, 269–281.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, *7*, 283–298.
- Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R., & Suarez, N. C. (2013). Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder. *Eating Disorders*, *21*, 395–407.

- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, T., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 343–347.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2016). *Skills-based caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method*. New York: Routledge.
- Tuval-Mashiach, R., Hasson-Ohayon, I., & Ilan, A. (2014). Attacks on linking: Stressors and identity challenges for mothers of daughters with long lasting anorexia nervosa. *Psychology & Health*, *29*, 613–631.
- Winn, S., Perkins, S., Murray, J., Murphy, R. & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 269–279.

Bilaga 1

Föräldraskap och ätstörning

Bästa förälder!

Detta frågeformulär riktar sig till föräldrar med ett barn som drabbats av ätstörningsproblematik. Syftet med undersökningen är att öka förståelsen för föräldrars upplevelse av deras barns ätstörning och att kartlägga behovet av stöd hos föräldrar. Undersökningen utförs som ett samarbete mellan enheten för utvecklingspsykologi vid Åbo Akademi i Vasa och Fredrikakliniken i Jakobstad. Resultaten kommer att publiceras i form av en pro gradu-avhandling av Erika Backman, under handledning av prof. Kaj Björkqvist (ÅA) och docent Rasmus Isomaa (Fredrikakliniken).

Undersökningen fokuserar på, förutom behovet av stödåtgärder, till stor del på den reflektiva förmågan och reflektivt föräldraskap. Reflektiv förmåga innebär ens förmåga att tolka sitt egna samt andras mentala tillstånd. Reflektivt föräldraskap innebär föräldrars förmåga att tona in sina känslor och förhållningssätt till barnens sätt att uppleva.

Frågeformuläret består av tre delar. I den första delen ställs det bakgrundsfrågor om dig samt din självupplevda reflektiva förmåga. I den andra delen ställs det bakgrundsfrågor angående ditt barn och själva ätstörningen, samt påståenden om reflektivt föräldraskap som du får ta ställning till. I den tredje delen ställs det frågor kring stödbehovet och din upplevelse av det.

Deltagandet i undersökningen är frivilligt och all information kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att deltagandet är anonymt och resultatredovisningen kommer att ske anonymt. Att fylla i enkäten tar ca 10 minuter.

Om du har frågor eller funderingar angående frågeformuläret är du välkommen att kontakta mig via mejl. Tack för ditt deltagande!

Erika Backman

erika.backman@abo.fi

Del 1-Bakgrundsfrågor och den reflektiva förmågan

1. Kön:

- a. Kvinna
- b. Man
- c. Icke-binär

2. Ålder: _____

3. Civilstånd:

- a. Gift
- b. Sambo
- c. Ogift
- d. Annat

4. Hur många barn har du? _____

5. Ange din högsta utbildningsnivå:

- a. Grundskola
- b. Gymnasium/Yrkesskola
- c. Universitet/Yrkeshögskola

6. Ange din nuvarande arbetssituation:

- a. Heltidsarbete
- b. Deltidsarbete
- c. Arbetslös
- d. Sjukledig
- e. Föräldra-/vårdledig
- f. Annat

Reflektiv förmåga

Besvara de 8 påståendena nedan. Välj det svar som du tycker beskriver dig bäst.

Välj en av siffrorna 1 till 7 för att visa hur mycket du instämmer i påståendet. Om du inte instämmer alls ringar du in nummer 1. Om du instämmer helt ringar du in nummer 7. Om du varken instämmer eller inte instämmer kan du ringa in nummer 4.

Tänk inte för länge på varje påstående – din första tanke är ofta rätt.

1. Människors tankar är ett mysterium för mig.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt
2. Jag vet inte alltid varför jag gör som jag gör.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt
3. När jag blir arg säger jag saker utan att riktigt veta varför jag säger dem.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt
4. När jag blir arg säger jag saker som jag sedan ångrar.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt
5. När jag känner mig osäker kan jag bete mig på ett sätt som retar upp andra.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt
6. Ibland gör jag saker utan att riktigt veta varför.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt
7. Jag vet alltid vad jag känner.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt
8. Starka känslor stör ofta mina tankar.
Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Del 2-Bakgrundfrågor om ditt barn, ätstörningen samt reflektivt föräldraskap

1. Barnets kön
 - a. Flicka
 - b. Pojke
 - c. Icke-binär

2. Barnets ålder? _____

3. Vilken ätstörningsdiagnos har ditt barn fått? _____

4. I vilken ålder insjuknade ditt barn i ätstörningen? _____

5. Hur mår ditt barn idag?
 - a. Tillfrisknad
 - b. Delvis tillfrisknad
 - c. Ej tillfrisknad

6. Vilken typ av allmän psykiatrisk eller somatisk behandling/vård av ätstörningen har ditt barn fått?
 - a. Öppenvård
 - b. Dagavdelningsvård
 - c. Dygnet runt avdelningsvård på sjukhus
 - d. Ingen

7. Vilken typ av specialiserad behandling/vård av ätstörningen har ditt barn fått?
 - a. Öppenvård
 - b. Dagavdelningsvård
 - c. Dygnet runt avdelningsvård på sjukhus
 - d. Ingen

Reflektivt föräldraskap

Nedan följer påståenden som rör dig och ditt barn. Läs varje fråga noggrant och tänk efter om du håller med eller inte samt i vilken grad. Ringa in den siffra som passar bäst.

Siffran 7 betyder att du helt håller med och siffran 1 betyder att du inte alls håller med. Siffran 4 ligger i mitten; om du är neutral i frågan eller inte kan bestämma dig.

1. Mitt barn och jag kan känna olika om samma sak.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

2. När jag blir arg på mitt barn vet jag alltid varför.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

3. Jag är ofta nyfiken på att ta reda på hur mitt barn känner sig.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

4. Hur jag själv känner mig kan påverka hur väl jag förstår mitt barns beteende.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

5. Mitt barn vet när jag har en dålig dag och gör saker för att göra den sämre.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

6. Jag funderar ofta på varför mitt barn betar sig eller känner sig på ett visst sätt.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

7. Jag försöker se situationer genom mitt barns ögon.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

8. Jag vet alltid varför mitt barn gör som det gör.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

9. Ibland blir mitt barn sjukt för att hindra mig från att göra något som jag vill göra.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

10. Jag tror att min syn på mitt barn kommer att förändras med tiden.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

11. Mitt barn kan reagera helt annorlunda i en situation än vad jag tror han/hon ska göra.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

12. Ibland måste jag pröva flera gånger innan jag förstår vad mitt barn behöver eller vill ha.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

13. När mitt barn krånglar gör han/hon det bara för att irritera mig.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

14. Nu när jag själv är förälder inser jag hur mina föräldrar kunde missförstå mina reaktioner när jag var barn.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

15. Oavsett hur sjukt mitt barn är står jag alltid ut med honom/henne.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

16. Min syn på mitt barn kommer att förändras i takt med att jag själv förändras.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

17. Hur jag betar mig mot mitt barn går inte att förklara med hur jag själv blev uppfostrad.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

18. Jag kan alltid förutse vad mitt barn kommer att göra.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

19. Jag funderar ofta på vad mitt barn tänker och känner.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

20. Ofta är mitt barns beteende så förvirrat att det inte är någon idé att försöka förstå det.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

21. Jag kan ibland missförstå mitt barns reaktioner.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

22. När mitt barn betar sig illa är det ett tecken på att han/hon inte älskar mig.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

23. Jag tror att det sätt som mina föräldrar uppfostrade mig på påverkar hur jag själv uppfostrar mitt barn.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

24. Mitt barn skriker inför främmande människor bara för att göra det pinsamt för mig.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

25. Jag är uppmärksam på hur mitt barn känner sig.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

26. Jag kan avläsa mitt barns sinnesstämning.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

27. När jag förstår varför mitt barn betar sig på ett visst sätt har jag lättare att inte bli arg på på honom/henne.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

28. Jag tycker inte att det är någon idé att försöka gissa vad mitt barn känner.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

29. Jag funderar ofta på hur jag själv kände mig då jag var barn.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

30. Jag försöker förstå orsakerna till varför mitt barn uppför sig illa.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

31. Jag vet alltid vad mitt barn vill.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

32. Jag avskyr när mitt barn gråter och/eller talar till mig när jag pratar i telefon med någon.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

33. Det enda tillfället då jag är säker på att mitt barn älskar mig är när han/hon ler mot mig.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

34. Jag är säker på att mitt barn vet att jag älskar honom/henne.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

35. Det säkraste sättet att veta att ditt barn älskar dig är när han/hon uppför sig väl.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

36. Mitt barns temperament är som det är och det är lite jag kan göra åt den saken.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

37. Jag vet alltid varför jag gör som jag gör med mitt barn.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

38. Ibland förstår jag inte hur mitt barn känner sig.

Håller inte alls med 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med

Del 3-Upplevt stöd och stödbehov

1. Vilken typ av stöd har du som förälder fått i relation till ditt barns ätstörning (kryssa för de alternativ som motsvarar din upplevelse)?

- a. Familjesamtal tillsammans med barnet i fråga
- b. Eget individuellt samtalsstöd
- c. Stödsamtal i grupp med andra föräldrar i samma situation
- d. Skriftligt informationsmaterial
- e. Inget stöd (gå vidare till fråga 5)

2. Vad har det huvudsakliga innehållet varit i stödet du fått (kryssa för de alternativ som motsvarar din upplevelse)?

- a. Information om ätstörning
- b. Stöd för förståelse av ätstörning
- c. Stöd för din föräldraroll
- d. Stöd för din egen ork/egen process

3. Av vem har du fått stöd (kryssa för de alternativ som motsvarar din upplevelse)?

- a. Barnets vårdinstans
- b. Annan social- och hälsovårdsenhet
- c. Tredje sektorns verksamhet (t.ex. Syömishäiriöliitto)

4. Vad har varit det viktigaste stödet du fått, beskriv:

5. Vilken typ av stöd skulle du ha önskat i relation till ditt barns ätstörning (kryssa för de alternativ som motsvarar din upplevelse)?

- a. Familjesamtal tillsammans med barnet i fråga
- b. Eget individuellt samtalsstöd
- c. Stödsamtal i grupp med andra föräldrar i samma situation
- d. Skriftligt informationsmaterial
- e. Inget stöd

6. Vad skulle du ha önskat att du fått mer stöd för eller information om? Beskriv:

TACK!

Bilaga 2

Vanhemmuus ja syömishäiriöt

Paras vanhempi!

Tämä kyselylomake on tarkoitettu vanhemmille, joilla on lapsi, jolla on syömishäiriö. Tutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä vanhempien kokemuksista lasten syömishäiriöstä ja tunnistaa vanhempien tuen tarve. Tutkimus toteutetaan Vaasan Åbo Akademin kehityspsykologian yksikön ja Pietarsaaren Fredrika-klinikan yhteistyönä. Tulokset julkaistaan väitöskirja muodossa, kirjoittajana Erika Backman, ohjaajina prof. Kaj Björkqvist (ÅA) ja dosentti Rasmus Isomaa (Fredrika-klinikka).

Tutkimus keskittyy suurelta osin tukitoimien tarpeen kartoittamisen lisäksi reflektiokykyyn sekä reflektiiviseen kykyyn vanhemmuudessa. Reflektiokyky tarkoittaa kykyä tulkita omaa sekä muiden mielentilaa. Reflektiivinen kyky vanhemmuudessa on kyky samaistua lapsen kokemiin tunteisiin sekä kokemuksiin.

Kyselylomake on jaettu kolmeen osaan. Ensimmäinen osa koostuu taustakysymyksistä sekä reflektiokykyne oma-arviosta. Toinen osa koostuu lapsesi taustakysymyksistä ja syömishäiriöstä, sekä väitteitä reflektiivisestä kyvystä vanhemmuudessa. Kolmas osa koostuu kysymyksistä, jotka liittyvät tukitarpeisiin ja kokemukseenne siitä.

Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti, mikä tarkoittaa, että osallistuminen on anonyymi ja tuloslaskentatoimi tapahtuu nimettömänä.

Tutkimuksen täyttäminen kestää noin 10 minuuttia.

Jos sinulla on kysymyksiä lomakkeeseen liittyen, ota yhteyttä sähköpostitse. Kiitos osallistumisestanne!

Erika Backman

erika.backman@abo.fi

Osa 1- Taustakysymykset ja reflektiokyky

1. Sukupuolenne:

- a. Nainen
- b. Mies
- c. Ei-binäärinen

2. Ikä: _____

3. Siviilisäätö:

- a. Avioliitto
- b. Avoliitto
- c. Naimaton
- d. Muu

4. Kuinka monta lasta sinulla on? _____

5. Mikä on korkein suorittamanne koulutusaste?

- a. Peruskoulu
- b. Lukio/ammattikoulu
- c. Yliopisto/ammattikorkeakoulu

6. Mikä seuraavista vaihtoehtoista sopii teidän elämäntilanteeseenne? (Rengastakaa sopivin vaihtoehto.)

- a. Kokopäivätyössä
- b. Puolipäivätyössä
- c. Työtön
- d. Sairausloma
- e. Vanhempainlomalla
- f. Muu

Reflektiokyvyn

Ole ystävällinen ja käy läpi seuraavat 8 väittämää.

Valitse kutakin väittämää koskien numero, joka vastaa parhaiten sitä, oletko samaa vai eri mieltä. Kirjoita numero väittämän viereen. Numero 7 tarkoittaa, että olet voimakkaasti samaa mieltä ja numero 1 tarkoittaa, että olet voimakkaasti eri mieltä.

Älä mieti vastauksia liikaa, alkuperäiset vastauksesi ovat yleensä parhaita.

1. Ihmisten ajatukset ovat minulle arvoitus
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä
2. En aina tiedä, miksi toimin niin kuin toimin
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä
3. Kun suutun, sanon asioita, enkä aina ymmärrä, miksi sanon niin
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä
4. Kun suutun, sanon asioita, joita myöhemmin kadun.
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä
5. Jos tunnen itseni turvattomaksi, saatan käytökselläni suututtaa muita ihmisiä.
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä
6. Joskus teen asioita ilman, että oikein ymmärrän miksi.
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä
7. Tiedän aina, miltä minusta tuntuu.
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä
8. Voimakkaat tunteet sumentavat usein ajatteluni
 Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

Osa 2- Taustakysymykset lapsestasi, syömishäiriöstä ja lasten ja vanhemmuuden pohtiminen

1. Lapsen sukupuoli
 - a. Tyttö
 - b. Poika
 - c. Ei-binäärinen

2. Lapsen ikä? _____

3. Minkä syömishäiriödiagnoosin lapsesi on saanut? _____

4. Kuinka vanha lapsesi oli sairastuessaan syömishäiriöön? _____

5. Kuinka lapsesi voi tänään?
 - a. Toipunut
 - b. Osittain toipunut
 - c. Ei toipunut

6. Minkä tyyppistä avointa psykiatrista tai somaattista hoitoa lapsesi on saanut?
 - a. Avohoito
 - b. Päivähoito
 - c. Ympäri vuorokautista sairaalahoitoa
 - d. Ei mitään

7. Minkä tyyppistä avointa psykiatrista tai somaattista hoitoa lapsesi on saanut?
 - a. Avohoito
 - b. Päivähoito
 - c. Ympäri vuorokautista sairaalahoitoa
 - d. Ei mitään

Lapsen ja vanhemmuuden pohtiminen

Alla on esitetty väitteitä koskien sinua ja lastasi. Lue jokainen kysymys huolella ja mieltä, oletko samaa vai eri mieltä, ja missä määrin. Ympyröi sopivin numero.

Numero 7 tarkoittaa, että olet vahvasti samaa mieltä ja numero 1 tarkoittaa, että olet vahvasti eri mieltä. Numero 4 tarkoittaa arvion puoliväliä; eli olet kysymyksen suhteen neutraali, tai et pysty päättämään, oletko enemmän samaa vai eri mieltä.

1. Sama asia voi tuntua lapsestani erilaiselta kuin minusta.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

2. Kun suutun lapselleni, tiedän aina syyn siihen miksi suutuin.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

3. Olen usein utelias ja kiinnostunut saamaan selville, miltä lapsesta tuntuu.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

4. Se millainen olo itselläni on, voi vaikuttaa siihen, miten hyvin ymmärrän lapseni käyttäytymistä.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

5. Lapseni tietää, milloin minulla on huono päivä, ja tekee asioita pahentaakseen sitä lisää.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

6. Pohdin mielelläni, miksi lapseni käyttäytyy tai tuntee tietyllä tavalla.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

7. Yritän nähdä tilanteita lapseni silmin.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

8. Tiedän aina, miksi lapseni toimii niin kuin toimii.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

9. Toisinaan lapseni sairastuu voidakseen estää minua tekemästä jotain mitä haluan tehdä.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

10. Uskon, että näkemykseni lapsestani muuttuu ajan myötä.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

11. Lapseni saattaa reagoida johonkin tilanteeseen hyvin eri tavalla kuin oletan hänen reagoivan.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

12. Toisinaan minun täytyy yrittää useamman kerran ennen kuin ymmärrän, mitä lapseni tarvitsee tai haluaa.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

13. Kun lapseni sählää tai käyttäytyy hankalasti, hän tekee niin vain ärsyttääkseen minua.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

14. Nyt kun itselläni on lapsi/lapsia, tajuan kuinka omat vanhempani saattoivat ymmärtää väärin minun reaktioitani, kun olin lapsi.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

15. Vaikka lapseni olisi kuinka kipeä tai sairas, jaksan kyllä aina kestää häntä.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

16. Näkemykseni lapsestani muuttuu sen myötä kun minä itse muutun.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

17. Omaa käyttäytymistäni lastani kohtaan ei voi selittää sillä, miten minut aikoinaan kasvatettiin.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

18. Pystyn aina ennustamaan, mitä lapseni tulee tekemään.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

19. Pohdin paljon sitä, mitä lapseni ajattelee ja miltä hänestä tuntuu.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

20. Lapseni käyttäytyy usein niin hämmentävällä tavalla, että minun on turha edes yrittää ymmärtää sitä.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

21. Saatan toisinaan ymmärtää lapseni reaktiot väärin.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

22. Kun lapseni käyttäytyy huonosti, se on osoitus siitä, että hän ei tykkää minusta.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

23. Uskon, että se miten omat vanhempani aikoinaan kasvattivat minut, vaikuttaa siihen, miten itse kasvatan lapseni.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

24. Lapseni alkaa itkeä nähdessään vieraita ihmisiä vain tehdäkseen tilanteesta minulle kiusallisen.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

25. Kiinnitän huomiota siihen, miltä lapsestani tuntuu.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

26. Pystyn lukemaan lapseni kaikkia mielen liikkeitä.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

27. Kun ymmärrän, miksi lapseni käyttäytyy tietyllä tavalla, minun on helpompaa olla hermostumatta häneen.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

28. Minusta ei ole mielekästä yrittää miettiä miltä lapsestani tuntuu.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

29. Mietin usein, miltä minusta itsestäni tuntui kun olin lapsi.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

30. Yritän ymmärtää syitä siihen, miksi lapseni käyttäytyy hankalasti.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

31. Tiedän aina, mitä lapseni haluaa.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

32. Minusta on sietämätöntä, kun lapseni itkee ja/tai puhuu minulle juuri silloin kun olen puhelimesta jonkun kanssa.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

33. Ainoa hetki, jolloin olen varma, että lapseni rakastaa minua, on silloin kun hän hymyilee minulle.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

34. Olen varma, että lapseni tietää minun rakastavan häntä.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

35. Siitä, että lapsesi käyttäytyy hyvin, voit parhaiten tietää hänen rakastavan sinua.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

36. Lapsellani nyt vaan on sellainen temperamentti kuin on, ja minä voin kovin vähän sille asialle.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

37. Tiedän aina, miksi toimin niin kuin toimin lapseni kanssa.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

38. Toisinaan olen hämmentynyt siitä, miltä lapsestani tuntuu.

Vahvasti eri mieltä 1 2 3 4 5 6 7 Vahvasti samaa mieltä

Osa 3- Kokemasi tuki ja tukitarpeesi

1. Minkälaista tukea olet vanhempana saanut lapsesi syömishäiriöön liittyen (Valitse vaihtoehto, joka lähinnä vastaa kokemuksiasi)?

- a. Perheen keskusteluhetki lapsen kanssa
- b. Omia tukikäyntejä
- c. Ryhmäkeskustelu muiden samassa tilanteessa olevien vanhempien kanssa
- d. Kirjallinen tiedotusmateriaali
- e. Ei tukea (jatka kysymykseen 5)

2. Mikä oli päällimmäinen sisältö vastaanottamassasi tuessa (Valitse vaihtoehto, joka lähinnä vastaa kokemuksiasi)?

- a. Tietoa syömishäiriöistä
- b. Tukea syömishäiriön ymmärtämiselle
- c. Tukea vahempain rooliin?
- d. Tukea omaan jaksamiseen/ omaan prosessiin

3. Keneltä olet tukea saanut (Valitse vaihtoehto, joka lähinnä vastaa kokemuksiasi)?

- a. Lapsen hoitolaitoksesta
- b. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt
- c. Kolmas sektori toimintaista (esim. Syömishäiriöliitto)

4. Mikä on ollut tärkein tuki, jonka olet saanut, kuvaile:

5. Millaista tukea olisit toivonut lapsesi syömishäiriöön liittyen (Valitse vaihtoehto, joka lähinnä vastaa kokemuksiasi)?

- a. Perheen keskusteluhetki lapsen kanssa
- b. Oma yksilöllinen keskustelutuki
- c. Ryhmäkeskustelu muiden samassa tilanteessa olevien vanhempien kanssa
- d. Kirjallinen tiedotusmateriaali
- e. Ei tukea

6. Minkälaista tukea tai tietoa olisit toivonut enemmän? Kuvaile:

KIITOS!