

Att våga gå mot det okända

En kvalitativ studie om tillfrisknandet från en ätstörning

Av: Karin Eriksson och Anna-Maria Achlatlis

Lunds universitet

Socialhögskolan

SOPA 63

Vt-10



Abstract

Author: Anna-Maria Achlatlis and Karin Eriksson

Title: Daring to walk towards the unknown - a qualitative study of recovering from an eating disorder [translated title]

Assessor: Anders P Lundberg

A common conception amongst people suffering from an eating disorder is that there is no recovery from the disease. Therefore the purpose of this study was to examine the possibility of being completely well from an eating disorder. More specifically its aim was to find out what factors may be crucial for a recovery. Our study was based on interviews and autobiographies which were analyzed qualitatively. As our theoretical basis we used the theories KASAM and Beck's cognitive model. To get a fair description of the whole recovery process, we based our study on two different kinds of perspective: one focusing on the former sufferers thoughts and the other focusing on the clinical opinion. In our result we found that sufferers from an eating disorder have excellent hopes of recovering. In the end of the study we found two main conclusions: one was that its important for the recovery process of an eating disorder that both the physiological and psychological aspect of the illness are treated and the second was that it's important that the sufferers wants to recover.

Key words: eating disorders, recovery, treatment, KASAM, cognitive model.

Nyckelord: ätstörningar, tillfrisknande, behandling, KASAM, kognitiva modell.

Innehållsförteckning

FÖRORD	1
INLEDNING	2
PROBLEMFÖRMULERING	2
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	3
AVGRÄNSNINGAR	3
BAKGRUND	4
HISTORIK	4
DIAGNOSTISKA KRITERIER	5
<i>Anorexia nervosa</i>	5
<i>Bulimia nervosa</i>	6
<i>Ätstörning utan närmare specifikation (UNS)</i>	6
SJKDOMSBILD	7
<i>Anorexia nervosa</i>	7
<i>Bulimia nervosa</i>	8
<i>Ätstörning utan närmare specifikation (UNS)</i>	8
VAD SOM ORSAKAR EN ÄTSTÖRNING	8
<i>Biologiska faktorer</i>	8
<i>Sociala faktorer</i>	9
<i>Psykologiska faktorer</i>	9
MÄN MED ÄTSTÖRNING	9
METOD	10
METODVAL	10
URVAL	11
<i>Behandlare</i>	11
<i>Tidigare drabbade</i>	11
METODENS TILLFÖRLITLIGHET	11
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
ARBETSFÖRDELNING	12
METODDISKUSSION	13
TIDIGARE FORSKNING	15
SVÅRIGHETER ATT MÄTA TILLFRISKNANDET FRÅN ÄTSTÖRNINGAR	15
UTMANINGAR I FORSKNINGEN	15
GRUNDLÄGGANDE FAKTORER FÖR TILLFRISKNANDET	16
SAMMANFATTNING	18
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	19
KOGNITIV TEORI	19
<i>Becks kognitiva modell</i>	19
<i>Den kognitiva triaden</i>	19
KÄNSLA AV SAMMANHANG – KASAM	20
<i>Stressorer, generella motståndsresurser och motståndsbrister</i>	20
<i>Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet</i>	21
RESULTAT OCH ANALYS	22
TEORIERNAS RELEVANS I UPPSATSEN	22
SJKDOMSUPPLEVELSE	23
BEHANDLING AV ÄTSTÖRNINGAR	25

GÅR DET ATT BLI FRISK? _____	25
AVGÖRANDE FAKTORER I TILLFRISKNANDET _____	26
<i>Insikt i problematiken</i> _____	26
<i>Kontroll</i> _____	28
<i>Samspelet mellan kropp och själ</i> _____	28
<i>Socialt nätverk</i> _____	31
<i>Sysselsättning och utomstående aktiviteter</i> _____	32
<i>Patientens vilja, motivation och delaktighet</i> _____	33
<i>Bearbetning av orsakerna till sjukdomen</i> _____	35
<i>Samsjuklighet</i> _____	36
<i>Återfall</i> _____	37
DEFINITION AV FRISK _____	38
ATT VARA FRISK _____	40
RÅD _____	42
SLUTDISKUSSION _____	44
SLUTORD _____	45
LITTERATURFÖRTECKNING _____	47

Förord

Vi vill rikta ett stort och varmt tack till samtliga intervjupersoner samt de personer som skrivit de djupt inspirerande självbiografierna. Utan er hade det inte varit möjligt för oss att förverkliga detta examensarbete. Ett stort tack till våra nära och kära som stöttat och uppmuntrat oss när uppförsbacken varit för tung. Slutligen vill vi även tack varandra för gott och givande samarbete i både vått och torrt.

Vi har med styrka färdigställt detta examensarbete och önskar varenda drabbad att finna samma styrka att gå vidare till ett friskt och starkt liv, för ni kan!

Anna-Maria & Karin

Inledning

I dagens samhälle råder en ständig fokusering på människans förhållande till mat. Vi äter inte längre enbart för att stilla vår hunger, maten ska både vara god och ge njutning samtidigt som den ska vara nyttig och hälsosam. Födointag är en central del i våra liv och uttrycker ofta hur vi känner. I stunder av glädje kan vi unna oss något extra gott och i stunder av sorg kan vi tappa aptiten helt eller tröstäta. Mat är en del av livet. Det vanliga är att människan hanterar denna balans utan att utveckla ett problematiskt förhållande till mat. Men när förhållandet till mat blir extremt i någon riktning, finns det risk för att individen har drabbats av någon form av ätstörning (Davidsson & Lillman Ringborg, 2001).

Problemformulering

Enligt tillgänglig statistik drabbas ungefär en procent av alla individer mellan 13-30 år av anorexi respektive två procent av bulimi. Sammanlagt av alla drabbade utgör män ungefär 10 procent (Clinton, 2008a; 2008b). Samtidigt är det svårt att få tag på de exakta siffrorna då många döljer sjukdomen. Det handlar dock om en dödlig sjukdom där ungefär 2-5 procent dör till följd av sin ätstörning (Björk, 2008). Trots omfattande forskning kring utlösande faktorer för en ätstörning, finns det inte lika mycket forskning kring om det går att tillfriskna från det. Detta ställer vi oss kritiska till och det blir därmed drivkraften för vår forskningsfråga.

En vanlig föreställning hos individer som är drabbade av en ätstörning är att det inte går att bli helt frisk från sjukdomen. Det är vanligt bland debatter och bloggar att sjukdomen beskrivs som kronisk (Carlsson, 2009). Bilden av ätstörningar präglas av ett patogent synsätt och blir därmed negativ. Vi anser att ett salutogent synsätt är betydelsefullt i studerandet av ätstörningar då det framhäver vilka faktorer som är grundläggande för ökad hälsa snarare än riskfaktorer. Vi vill med detta undersöka om det är individens vikt som talar för hur sjuk denne är eller om det är den psykiska hälsans välbefinnande. Vi finner det därmed relevant att i denna uppsats fokusera på tillfrisknandet från ätstörningar och undersöka om den hopplösa bilden som präglar sjukdomen verkligen är sann.

Då problematiken blir allt tyngre och de drabbade fler, anser vi att det är viktigt som socionom att ha en ökad kunskap om denna sjukdom. Eftersom ätstörningar klassas som en psykisk sjukdom kommer du som socionom komma i kontakt med ätstörningsproblematiken på flera olika arbetsplatser och din uppgift blir att hjälpa

individen tillbaka till ett sunt ätande. Det är därmed viktigt att veta hur denna hjälp bör se ut, bör behandlas och vilka faktorer som kan vara avgörande för att individen ifråga ska bli frisk.

Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att undersöka möjligheten att bli helt frisk från en ätstörning samt vilka faktorer som kan vara avgörande för tillfrisknandet. För att uppfylla studiens syfte utgår vi ifrån följande frågeställningar:

- Vilka möjligheter finns det för att bli helt frisk från en ätstörning?
- Vad innebär det att bli frisk från en ätstörning?
- Om det går att bli helt frisk från en ätstörning, vad krävs således för att individen ska kunna bli frisk?
- Vilken syn har behandlare respektive de tidigare drabbade på vad som är ett friskt beteende?

Avgränsningar

Ätstörningar har sedan länge betraktats som en kvinnodominerad sjukdom, fler än nio av tio av dem som drabbas är kvinnor och de benämns i litteraturen vanligen som *hon* (Allgulander, 2008). Under de senaste åren har mäns ätstörningsproblematik alltmer uppmärksammas. Vi ser därför inget skäl till att avgränsa oss till enbart kvinnor men på grund av den rådande könsfördelningen inom sjukdomen är samtliga individer vi studerat kvinnor.

Vidare har vi valt att inte begränsa oss till någon specifik ätstörning då skillnaden mellan diagnoserna endast ligger i hur sjukdomen yttrar sig. Målet och det destruktiva beteendet är gemensamt för alla typer av ätstörningsdiagnoser (Van der Ster, 2005).

Bakgrund

I detta kapitel redogörs ätstörningarnas framväxt samt dess innebörd. Avslutningsvis görs en kortfattad presentation av mäns ätstörningsproblematik.

Historik

Så långt tillbaka i tiden som under 400-talet finns det beskrivningar om självsvalt av en kristen flicka som efter en obscen synhallucination, vägrade äta mat. Flickan ansåg att det fanns en djävul i form av en fågel som gav henne mat nattetid. Efter 85 dagars fastande gick flickan med på att ta nattvarden. Efter den dagen ansågs demonen, som förorsakade självsvalten, besegrad och flickan kunde återigen äta. Under antiken finns det beskrivningar av hur överdådiga romerska gästbud konsumerade överflödigt mat. Regelbundet satte de fingrarna i halsen för att kräkas upp maten i syfte av att kunna fortsätta frossa och bevara sin slankhet. Allt detta betraktades som normalt och aldrig som ätstörningar (Hällström, 1999).

Den första riktiga beskrivningen av anorexia nervosa kom av Richard Morton då han år 1694 beskrev en kvinna, som han betecknade som Miss Duke, som saknade aptit och menstruation och såg ut som ett skelett klädd i skinn. Morton ansåg att hennes tillstånd berodde på någon form av psykisk störning, men begreppet anorexia nervosa kom inte förrän år 1874 av William Gull. Det var först då som anorexia nervosa blev allmänt känt som en psykisk sjukdom. År 1914 upptäckte läkaren Morris Simmonds hur en skada i hypofysen kunde orsaka allvarlig vikt förlust. Simmonds beskrivningar väckte ett stort intresse och ledde till att anorexia nervosa istället började betraktas som en fysisk sjukdom. Åsikten ändrades åter år 1930 efter att vetenskapen ansett att sjukdomen var av psykisk karaktär (Norrington och Clinton, 2002).

Anorexia nervosa kommer från grekiskan *an* som innebär brist och *orexis* som innebär aptit, vilket således betyder *utan aptit*. Det finns idag olika teorier på vad anorexin innebär. Det finns bland annat tankar om att anorexin används som ett uttryck för något individen i fråga inte har mod till att yttra eller att denne utvecklar vikt fobi på grund av rädsla, baserad på biologiska och psykologiska konsekvenser, inför att uppnå en vuxens vikt (Norrington och Clinton, 2002).

Bulimia nervosa finns omnämnd i medicinsk litteratur från slutet av 1700-talet. År 1874 uppmärksammade William Gull för första gången att enskilda patienter med anorexia nervosa visade symptom på hetsätning. Efter Gull började liknande beskrivningar bli allt

vanligare under första halvan av 1900-talet, både hos anorexia nervosa patienter men även hos individer som inte tidigare haft anorexi. Bulimia nervosa blev slutligen diagnostiskt etablerat år 1979 av Gerald Russell (Norrning och Clinton, 2002).

Bulimia nervosa härstammar från grekiskan *limos* som innebär hunger, *bou* som innebär mycket och *boul* som innebär oxe. Det betyder således mycket stor hunger/omättlighet eller nervös omättlighet (Norrning och Clinton, 2002).

Diagnostiska kriterier

Det finns tre primära ätstörningar inom dem diagnostiska kriterierna vilka är anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning utan närmare specifikation (UNS) (Hällström, 2010). De följande diagnostiska kriterierna här nedan är tagna från den diagnostiska manualen DSM-IV¹ (1997) som tillämpas bland annat inom psykiatrin.

Anorexia nervosa

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

Specificerade undertyper:

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensade åtgärder (d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang). Med hetsätning/själrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjärde upplagan.

Bulimia nervosa

- A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):
- (1) Personen äter under en avgränsad tid (t ex under två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
- (2) Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).
- B. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.
- C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.
- D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.
- E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Specificerade undertyper:

Med självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Ätstörning utan närmare specifikation (UNS)

Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningarna, anorexia nervosa och bulimia nervosa. Följande typexempel följs:

1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.
2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personen vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.

3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.
4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t ex självframkallande kräkningar efter att ha ätit två småkakor).
5. En person som vid upprepanade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.
6. Hetsätningsstörning: Återkommande episoder av hetsätning i frånvaron av regelbunden användning av de olämpligt kompensatoriskt beteenden som karakteriserar bulimia nervosa.

Sjukdomsbild

Anorexia nervosa

Det mest utmärkande draget för en individ med anorexia nervosa är att de oftast har en önskan om att vilja leva ett sunt liv genom att utesluta livsmedel som anses vara onyttiga, exempelvis godis och fet mat. Efterhand som viktnedgången ökar blir tankarna om mat och vikt allt mer påtagligt för individen. Måltiderna börjar associeras med stark ångest och rädsla för en viktuppgång vilket berör individens självkänsla negativt. Om de avstår mat trots stark hunger, känns det som en seger. Önskan om att vilja leva sunt uppstår många gånger i samband av en stressad händelse (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005). Hilde Bruch (1985) skriver att många patienter med diagnosen anorexia nervosa, har en känsla av att inte vara förmögna av att kontrollera något i sitt liv, att de tar till maten eftersom de anser att endast de kan kontrollera och bestämma över det. Symptombilden utvecklas med att individen blir mer och mer tvångsmässig i sitt mönster, vilket leder till att det blir svårt för individen om någon utomstående stör de tvångsmässiga rutinerna. Detta kan leda till självupptagenhet och social isolering och även orsaka en rad psykiska och somatiska problem så som depression, ångest, koncentrationssvårigheter och trötthet. Individen undviker oftast att äta tillsammans med andra och ursäktar sig med att redan ha ätit. Det kan även uppstå en förnekelse hos individen om att denne är sjuk även ifall utomstående kan beskåda en svag fysik. Det är även vanligt att individen kombinerar svält med kräkningar. Förnekelsen till att vara sjuk och svälten med de kombinerade kräkningarna försvårar i sin tur behandlingen (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005).

Bulimia nervosa

Till skillnad från en individ med anorexia nervosa, har en individ med bulimia nervosa en total kontrollförlust gentemot matintaget och individen vräker i sig stora mängder mat på kort tid. Hetsätningen uppstår i samband med att individen till exempel är spänd, stressad eller ledsen. Efter hetsätning upplever den drabbade ett stort misslyckande. Individen vill då göra sig av med matintaget och använder sig av olika kompensatoriska medel så som kräkning eller användning av laxermedel. En bulimisk individ präglas ofta av en känsla av misslyckande efter att de inte kunnat kontrollera matintaget. Detta leder till att individen känner påtaglig ångest, maktlöshet, äckel-, skam- och skuldkänslor vilket således kan bidra till social isolering. De kroppliga symptomen är inte lika enkla att utmärka objektivt eftersom en bulimisk individ oftast kan se helt normalviktig ut (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005).

Ätstörning utan närmare specifikation (UNS)

En individ med UNS uppfattas oftast ha en lindrigare form av ätstörning som kan vara en blandning mellan anorexia nervosa och bulimia nervosa. Speciellt utmärkande drag i symptombilden kan vara att individen tuggar och spottar ut maten (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005).

Vad som orsakar en ätstörning

Det är svårt att avgöra vad som orsakat ätstörningen då det är många olika processer som slutligen leder till beteendet. (Clinton, Engström & Norring, 2002). Anders Lundin (2010) skriver om betydelsen med att analysera och kartlägga hela individens sjuklighet och sjukdomsbeteende utifrån de olika faktorerna som anses samspela med varandra. Därmed är det viktigt att analysera orsakerna till sjukdomen utifrån både biologiska, sociala och psykologiska orsaksförklaringar vilket ett multifaktoriellt synsätt innefattar.

Biologiska faktorer

Det finns beskrivningar från början av 1900-talet hur nära släktingar till den anorektiska individen visade symptom på ett nervöst förhållande till mat. Vilket ledde till en diskussion om det genetiska arvets betydelse i orsakssambanden av ätstörningar. Vetenskap visar således att orsaksförklaringen inte nödvändigtvis behöver ligga på en biologisk förklaring då orsakerna kan vara starkt miljöpåverkade. Exempel på en miljöpåverkan kan vara bantning som kan förknippas till den drabbades förälder som

uttryckt ett stort missnöje med den egna kroppen. Det råder dock fortfarande en diskussion om vad som ärvs och om det infaller (Clinton et al. 2002).

Sociala faktorer

Det är de allmänna riskfaktorerna som utgör utgångspunkten för utvecklingen av en ätstörning inom de sociala faktorerna. Forskare menar att samhällets förändring påverkar sjukdomsbilden då individens mening med sjukdomen grundas på det. En av de mest påtagliga diskussionerna är den ökade uppkomsten av ätstörningar de senaste 50 åren. Ökningen sägs bero på kroppsidealet som skiftat intensivt mellan åren till ett allt magrare ideal (Clinton et al. 2002).

Psykologiska faktorer

Det har alltid ansetts viktigt att förstå orsaken bakom ätstörningen genom att se till individens psykiska utveckling. När det söks efter orsakssambanden genom den psykiska utveckling, uppmärksammas hela individens utveckling från tidig barnålder till dagsläge. Det anses att allting har en mening i varför det utvecklats just i den riktningen. Ett exempel på en psykologisk förklaringsmodell av orsakerna är hur den drabbade individen utvecklar olika beteenden som de sedan agerar utifrån, vilket exempelvis kan vara graden av kontrollbehov. En anorektisk individ besitter ett större kontrollbehov än en bulimisk individ. Den psykologiska förklaringen ligger i att den anorektiska individen har ett större behov i att stänga ute omgivningen än den bulimiska individen, som istället vädjar efter mer omvårdnad (Clinton et al. 2002).

Män med ätstörning

Det råder inte lika hög forskning om män med ätstörningsproblematik som för kvinnor dock är det inget som tyder på att det inte förekommer. Problemet är att sjukdomen länge skildrats som en kvinnosjukdom. Sjukdomen är lika påtaglig för män som för kvinnor och ges i uttryck på samma sätt. Det råder på så sätt större likheter än skillnader. En skillnad som uppmärksammas att ha betydelse i behandlingen av en man med en ätstörning är stigmatiseringen och skammen som mannen oftast känner över att ha drabbats av en kvinnosjukdom (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005).

Metod

I detta kapitel redogörs uppsatsens tillvägagångssätt. Avslutningsvis förs en diskussion om metodens för- och nackdelar.

Metodval

Vi har valt att använda kvalitativ metod i vår uppsats. Vi har kombinerat intervjuer med självbiografiska böcker som vi analyserat narrativt.

Vi har genomfört intervjuer då vi finner denna metod adekvat för vår forskningsfråga. Fördelen med intervjuer som metodval är att det ger en god inblick i människors upplevelser, erfarenheter, åsikter, drömmar, attityder och känslor. Vidare kommer forskaren genom intervjuer åt den inre verkligheten framför den yttre (May, 2001). I intervjun med den individ som tidigare varit drabbad av en ätstörning, genomfördes en tematiskt öppen intervju. En tematiskt öppen intervju är en öppen intervjuform och ger intervjupersonen utrymme att prata fritt kring olika teman som forskaren förutbestämt. Genom forskarens teman och följdfrågor kan intervjun styras, på så sätt upprätthålls syftet med intervjun (Aspers, 2007). Vi anser att en tematiskt öppen intervju lämpar sig bäst för vår forskningsfråga då intervjuformen ger individen möjlighet att i större utsträckning själv bestämma vad denne vill berätta.

Intervjuerna som genomförts med behandlarna var istället semistrukturerade (Ibid.). Eftersom de som drabbats av en ätstörning stod i fokus i dessa intervjuer ansåg vi att det var viktigt att ha något tydligare struktur för att undvika alltför många sidospår.

Genom att studera självbiografier ges en subjektiv uppfattning av hur individen upplever sin livsvärld. Johansson (2005) menar att berättelser ger en möjlighet att förstå andra människors erfarenheter. I kombination med intervjuer har vi därför valt att studera självbiografier för att vidga de drabbades perspektiv av tillfrisknandet från en ätstörning, självbiografierna har sedan analyserats narrativt. Narrativ analys används till fördel för att studera och förstå händelseförlopp (Aspers, 2007). Tillfrisknandet från en ätstörning innebär att ta hänsyn till en längre tidsaspekt och vi finner därför analysmetoden adekvat.

Urval

Behandlare

De behandlare vi valt att intervjua arbetar med ätstörningar inom såväl slutenvård som öppenvård, vilket ger vår uppsats ett bredare perspektiv på hur återhämtningen från en ätstörning kan se ut. Vi tog till en början kontakt med två behandlare via e-mail som vidare erbjöd oss hjälp att finna ytterligare informanter. Sammanlagt har fyra behandlare intervjuats.

Bland de behandlare vi intervjuat finns professionerna socionom, sjuksköterska och skötare representerade. Dock har vi i vårt resultat inte funnit någon relevans i att jämföra svaren utifrån yrkestitel. Behandlarna ses istället som enskilda individer med kunskap om tillfrisknandet. Behandlarna har olika lång yrkeserfarenhet av att arbeta med ätstörningar men samtliga arbetar patientnära och praktiskt i behandlingen.

Tidigare drabbade

Då ätstörningar är ett känsligt ämne för ett stort antal av dem som tidigare varit drabbade, fann vi det problematiskt att finna intervjupersoner inom denna grupp. I val av intervjupersoner har vi varit angelägna om att individen ska ha distans till sjukdomen och har varit friska under en längre tid. Genom föreningen Anorexi/Bulimi Kontakt (ABK) kom vi i kontakt med vår intervjuperson. Vi har försökt att finna ytterligare intervjupersoner som tillfrisknat från en ätstörning men utan resultat. Därför har vi valt att komplettera de drabbades perspektiv med självbiografier.

I vårt urval av självbiografiska böcker har vi utgått från att huvudpersonen tidigare haft en ätstörning och idag anser sig vara frisk, samt att en ingående bild av den personliga upplevelsen av tillfrisknandet delges. Vidare har vi valt att använda oss av relativt ny litteratur då det finns risk för att äldre litteratur ger en missvisande bild av vilken hjälp som i dagsläget finns att tillgå i behandling av ätstörningar. De självbiografier vi studerat är *Varje dag har vi en liten tävling* (2007) skriven Hanna Österberg, *När mörkret kom – en bok om anorexia* (2000) skriven av Lina Strandberg samt *Frisk och fri från ätstörningar* (2009) skriven av Göran Carlsson, där ett flertal tidigare drabbade med egna ord beskriver tillfrisknandet från en ätstörning.

Metodens tillförlitlighet

Hög reliabilitet innebär att undersökningen utmärks av pålitlighet; en liknande undersökning ska kunna genomföras och uppnå ett liknande resultat (May, 2001). Genom

att använda intervjuer och självbiografier avgränsas studien till ett fåtal personer. Generella slutsatser för individer som haft ätstörningar görs därför inte och slutsatsen blir därmed subjektiv utifrån de individer som deltagit i studien (Aspers, 2007).

Subjektiviteten i intervjuerna medför en lägre grad av reliabilitet då varje individ som intervjuats delger sin personliga bild av synen på tillfrisknad. Vidare påverkar intervjusituationen resultatet och varje intervju blir därmed unik. Detta innebär att intervjuens resultat förmodligen ej skulle bli detsamma om intervjun upprepades. Då vi studerat självbiografiska böcker blir reliabiliteten högre eftersom en utomstående person kan ta del av samma material, dock kan tolkningen av texterna skiljas åt.

Hög grad av validitet innebär att undersökningen mäter det som den avser att mäta (May, 2001). Då vi som forskare utformat frågorna på så sätt att de är skapade efter vårt syfte ökar validiteten. Vidare har urvalet av intervjupersoner och självbiografier skett selektivt utifrån uppsatsens syfte vilket bidrar till ökad validitet.

Etiska överväganden

De etiska reflektionerna som uppsatsen grundar sig på stämmer överens med *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (2002) som redogör för kraven på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande.

Samtliga intervjupersoner är avidentifierade, uppgifter som exempelvis namn och arbetsplatser som hade kunnat utgöra risk för igenkännande har utelämnats eller ändrats. Genomförandet av intervjuerna har i stor omfattning skett på intervjupersonernas villkor, då de själva har beslutat om plats och tid för intervjun. Innan intervjutillfället har individen informerats om de etiska riktlinjerna samt uppsatsens och intervjuens syfte för att ha möjlighet till förberedning. Efter avslutad intervju har personen erbjudits att ta del av transkriberingen för att korrigera eventuella uttalanden. Utifrån den känslighet ätstörningar innebär har vi i vårt val av intervjuperson varit noggranna med att den tidigare drabbade ska anses vara frisk från sjukdomen sen en längre period tillbaka.

Arbetsfördelning

Under studiens gång har vi strävat efter en jämn arbetsfördelning där vi gemensamt beslutat om uppsatsens ämne, syfte, frågeställningar och metod. På grund av tidsbrist har vi delat upp litteraturen och sedan återberättat vad vi ansett som relevant. Vid de intervjuer som genomförts har vi båda varit aktiva, transkriberingen har sedan delats upp

på så sätt att vi ansvarat för två respektive tre intervjuer vardera. Vidare har vi även delat upp delar av skrivandet, delarna har sedan omsorgsfullt bearbetats gemensamt. Resultat, analys och slutdiskussion har genomgående skrivits gemensamt.

Metoddiskussion

Då syftet med vår uppsats är att studera innebörden i tillfrisknandet från en ätstörning anser vi att kvalitativ metod lämpar sig bäst. För att få en sanningsenlig bild av tillfrisknandet menar vi att ett helhetsperspektiv är nödvändigt samt att sjukdomsförloppet måste klargöras för att tillfrisknandet skall förstås. I en kvantitativ studie hade denna helhet varit svår att uppnå och uppsatsen hade gått miste om det djup som den kvalitativa studien åstadkommit. En kvantitativ studie medför dessutom en risk för att de drabbades egna upplevelser generaliseras och människan bakom svaren hamnar i bakgrunden. Vidare anser vi att det var nödvändigt att belysa tillfrisknandet från en ätstörning utifrån både behandlarnas och de tidigare drabbades perspektiv. Att endast intervjua praktiker eller analysera vetenskapliga texter skulle vara en möjlighet utifrån uppsatsen syfte, men vi ser en risk för att detta skulle förmedla en orättvis och förenklad bild där den drabbade inte längre står i fokus.

Samtliga individer i boken *Frisk och fri från ätstörningar* (2009) har företrädesvis behandlats på samma klinik, därmed skildras många erfarenheter utifrån den specifika kliniken. Vi har dock valt att enbart analysera de drabbades skildring av vägen till ett friskt liv utan att kommentera klinikens behandling, då analys av behandlingsmetoder inte är något som berör vår forskningsfråga. Vi är medvetna om att resultaten kan vara påverkade då de drabbade behandlats på samma klinik, dock har vi inte urskiljt detta som ett problem i analysen då ingen skillnad framkom. Då ytterliga tre individer som tidigare varit drabbade av en ätstörning studerats anser vi att problemet vidare har bemötts.

Vidare har vi reflekterat över skillnader mellan det skrivna och talade ordet. I muntliga berättelser förekommer det exempelvis tveksamheter och felsägningar som utesluts i den skriftliga berättelsen. I omvandlingen till skriftlig berättelse inkluderas vissa delar, medan andra tas bort eller ändras vilket kan resultera i att berättelsen blir något modifierad. Samtidigt är den muntliga berättelsen i sig en händelse som påverkas av sammanhanget där den utspelar sig och samspelar konstant med lyssnaren (Hydén & Hydén, 1997). Vi anser därmed att både de muntliga och de skriftliga berättelserna är styrda av sitt

sammanhang och det finns därför vissa svårigheter att veta i vilken omfattning den fullständiga sanningen återges.

Aspers (2007) beskriver att det finns en maktobalans mellan intervjuperson och forskare. Han tar vidare upp problemet att forskaren frågar och tolkar materialet utifrån sin egen referensram. Detta problem bemöttes genom att använda öppna intervjuformer, vilka gör det möjligt att korrigera frågorna samt att ställa följdfrågor om något är oklart eller behöver utvecklas (Ibid.). De personer som intervjuats fick därmed utrymme att förklara och tydliggöra sina utsagor.

Tidigare forskning

I detta kapitel presenteras översiktligt forskning som bedrivits kring ätstörningar. Vi har valt att begränsa oss till den forskning som fokuserar på att bli frisk då det är mest relevant för uppsatsens syfte. I sökandet efter relevant forskning framkom att forskning som fokuserar på friskfaktorer utgjorde en liten del av den totala forskningen inom området.

Inledande i kapitlet diskuteras problem som kan förekomma i forskning kring ätstörningar, för att sedan lägga fram forskning kring avgörande faktorer i tillfrisknandet.

Svårigheter att mäta tillfrisknandet från ätstörningar

Att studera tillfrisknandet från ätstörningar innebär många svårigheter vilket Tabita Björk (2008) presenterar i sin avhandling *Measuring Eating Disorder Outcome* (2008) som består av fem olika studier. Björk menar att det idag är svårt att tillämpa den forskning som bedrivs kring återhämtning från ätstörningar då det inte finns någon gemensam definition på vad begreppet frisk innebär. Avsaknaden av riktlinjer för vilka faktorer som är relevanta att undersöka innebär också ett problem samt den mängd olika metoder som förekommer föra att studera problematiken.

Det är vanligt att studier som rör återhämtning från ätstörningar undersöker förändringar i patientens vikt samt menstruation, eller studerar utfallet av en specifik behandling genom olika typer av skattningsskalor före och efter behandlingen. Det är också betydelsefullt att undersöka de psykologiska dragen som berör en ätstörning så som exempelvis självbild, perfektion, depression och ångest. Antalet metoder för att undersöka återhämtningen är många och skiljer sig åt, därför blir det mycket svårt att jämföra olika studier (Björk 2008). Trots många olika metoder menar Björk att patientens egen upplevelse av att bli frisk från en ätstörning får allt för lite utrymme i forskningen.

Utmaningar i forskningen

Björk (2008) presenterar fyra utmaningar i forskning kring ätstörningar som hon studerat. Björk inleder med *Non-participation* och menar att studier kring individer med ätstörningar visar många olika resultat beroende på vilka som deltar och inte deltar i uppföljning av studien. Det är därför angeläget att föra en diskussion kring varför vissa väljer att inte fullfölja sitt deltagande i studien. Resultatet av forskningen kommer annars enbart beröra de som stannade kvar i undersökningen, vilket vanligen också är de som

lyckats bäst med sin behandling. Utan en diskussion kring dem som väljer att avbryta undersökningen är resultatet inte tillförlitligt (Björk, 2008).

Vidare beskrivs *Dropout* som en viktig faktor att studera. Varför väljer vissa att avsluta behandlingen i ett alltför tidigt skede, och vilka konsekvenser får detta? En avbruten behandling måste inte betraktas som ett problem, enligt Björk (2008). I studien visar resultatet att 47 % av de som avbröt sin behandling efter tre år fortfarande hade en ätstörning, respektive 52 % av de som fullföljde behandlingen. Resultatet påvisade dock att de patienter som genomgått behandling generellt hade gjort större framsteg än de som avbrutit behandlingen i fråga om självbild, psykiska problem och ätstörningens symptom.

Björk (2008) beskriver sedan bristen på patienternas perspektiv i forskningen och menar att de studier som haft ett tydligt patientperspektiv också fått stor betydelse för både terapeuter och familjer till de drabbade. Forskning kring patienternas egna upplevelser av att bli friska är därmed en viktig komplettering till forskning med symptom och diagnostiska utgångspunkter (Ibid.).

Avslutningsvis diskuterar Björk (2008) problemet med att det ännu inte finns någon relevant definition av när en individ med en ätstörning bör betraktas som frisk. Idag anses en individ som inte uppfyller kriterierna för någon ätstörning vara frisk men Björk (2008) menar att denna definition inte är tillräcklig. För att helhetligt kunna avgöra individens sjukdomsstatus bör begreppet frisk istället betraktas utifrån fysiska, psykiska och sociala förbättringar. I resultatet framkom att på grund av olika definitioner på hur utfall bör mätas skilde sig bedömningen av patienten. I studien användes de vanligaste förekommande utfallsmåtten och resultatet blev att andelen friska patienter efter 3 år varierade mellan 24,3 % och 77,8 % beroende på typ av mätning. Då det i dagsläget inte finns någon klart definition av vad frisk innebär och hur utfall ska mätas, är det även problematiskt att bedriva forskning kring ämnet (Ibid.).

Grundläggande faktorer för tillfrisknandet

Trots de svårigheter som Björk (2008) beskriver så finns det betydelsefull forskning om ätstörningar. Vi har valt att vidare presentera delar av den forskning som bedrivits angående patienternas egna upplevelser av vägen till att bli friska.

I Nilssons (2007) avhandling *Recovery from adolescent onset anorexia nervosa* beskrivs fyra olika studier av 68 unga kvinnor i norra Sverige som 1980-1985 fick diagnosen anorexia nervosa. Uppföljning av kvinnorna skedde 8 samt 16 år efter deras första

kontakt med barn och ungdomspsykiatri och fokuserade i huvudsak på tillfrisknandet från sjukdomen. Studierna genomfördes både kvantitativt i form av exempelvis skattningsskalor och kvalitativt genom semistrukturerade intervjuer med kvinnorna. I avhandlingen presenteras utfallet av kvinnornas behandling, samt viktiga faktorer som varit avgörande för att merparten av kvinnorna blivit friska. Resultatet efter 16 år visade att alla utom en fortfarande levde och att 85 % av kvinnorna i undersökningen ansågs vara friska. Nilsson (2007) presenterar en mängd olika resultat så som hur många som fött barn eller flyttat hemifrån. Vi har valt att i första hand fokusera på den fjärde studien där de drabbade själva uttrycker vad som varit till hjälp för tillfrisknandet (Hägglöf & Nilsson, 2006). I resultatet från studien utvisas att alla de som deltog i studien, och vid studiens avslut sågs som friska, kunde minnas en speciell tid under sjukdomen då det började gå åt rätt håll. Denna vändpunkt berodde framförallt på specifika kommentarer eller händelser. Den fysiska hälsan beskrivs som en faktor. Svimningar eller känningar i hjärtat fick några av de drabbade att reagera över sitt beteende. Andra nådde vändpunkten genom att börja en ny skola, ett nytt arbete eller en ny aktivitet. Många av de drabbade beskriver sig själv som en viktig del i tillfrisknandet, de själva stod för exempelvis motivation, vilja och förändring av beteendet. Vänner var också betydelsefulla då de bidrog med ett nytt perspektiv på livet. I behandlingen ansåg de drabbade att både behandlingsmetoderna och behandlarna var grundläggande för tillfrisknandet (Ibid.). De 15 % som enligt undersökningen fortfarande var sjuka i Anorexia Nervosa hade olika teorier om varför det inte lyckats tillfriskna exempelvis fortsatt perfektionism, kontrollbehov och ångest. Efter 16 år av sjukdom strävade fortfarande alla dessa patienter efter att finna en väg till att bli frisk och såg behandling som den främsta faktorn för att kunna nå dit (Nilsson, 2007).

I Buis, Pieters, Probs och Vanderlindens (2007) artikel menar författarna att de som arbetar med ätstörningar har mycket att lära av de drabbades egna upplevelser av att bli friska. De faktorer som den drabbade framhåller måste sedan integreras med behandlarnas åsikter om behandlingen för bästa resultat. I artikeln presenteras resultatet av en studie där behandlare och drabbade subjektivt har besvarat vilka ingredienser som är grundläggande i behandlingen av en ätstörning. Utifrån en tio-gradig skala har de drabbade graderat 20 olika delar i behandlingen som exempelvis förbättra sin kroppsupplevelse, lära sig problemlösningstrategier, lära sig att slappna av och att förstå innebörden i sjukdomen (Ibid.). Resultatet visade inga större skillnader mellan typ av ätstörning eller mellan drabbade och behandlare. För att bli frisk från en ätstörning krävs

det att flera olika faktorer samverkar, både terapeutiska och utomstående faktorer är grundläggande för utfallet av behandlingen. En ökad självkänsla samt förändring av kroppsuppfattning såg både de drabbade och behandlarna som de främsta ingredienserna i återhämtningen. Vidare framhövdes förändrad problemhantering, bli mer uttrycksfull i fråga om känslor och åsikter samt att få en ökad förståelse för orsakerna till ätstörningen som viktiga faktorer. Framförallt de yngre drabbade värderade familjens stöd högt, men detta var grundläggande även för de äldre drabbade. Slutligen ansågs viktuppgång och att lära sig äta normalstora portioner, vara en nödvändig del i behandlingen för att kunna bli helt frisk (Buis et al. 2007).

Vilka faktorer som kan vara avgörande i tillfriskningsprocessen skiljer sig markant åt mellan olika individer. Den forskning som bedrivits kring ämnet presenterar olika resultat och framhäver flertalet olika faktorer. I en liknande studie presenterar Bulik et al. (2002) en stöttande partner, mognad och terapi som de tre främsta faktorerna för tillfrisknandet. Botorff och Lamoureux (2005) diskuterar istället kring det identitetskapande anorexia nervosa medför. En viktig del i tillfrisknandet blir därmed att finna sig till rätta i en ny identitet, både inom sig och i bemötandet från andra.

Sammanfattning

Den framträdande forskningen som bedrivs kring ätstörningar fokuserar företrädesvis på riskfaktorer och orsakssamband, men det salutogena synsättet blir alltmer påtagligt. För att vidare bedriva tillämplig forskning är det angeläget att definiera innebörden i begreppet frisk samt låta de drabbades upplevelse ta större plats i forskningen (Björk, 2008). I den forskning som presenterats i detta kapitel urskiljs ett flertal faktorer som är avgörande i tillfrisknandet. Hur betydelsefulla faktorerna ifråga är, varierar mellan individer.

Teoretiska utgångspunkter

Här presenteras de teoretiska utgångspunkter som använts för att analysera resultatet.

Kognitiv teori

Kognitiv teori bygger på hur en individ känner, handlar och strukturerar sina upplevelser. Detta leder i sin tur till hur individen konstruerar sin värld på det inre och det yttre planet. Det som utmärker kognitiv teori är att den huvudsakligen inte intresserar sig för *varför*, utan för *vad* det är som får personen att reagera på detta ifråga och *vad* individen kan göra för att förändra sitt sätt att känna, tänka och handla. Den kognitiva teorin grundas i att det är individens attityd och underliggande antaganden om livet som bestämmer hur vi reagerar. Det som egentligen stör människans själsliv är inte händelserna i sig utan sättet de betraktas på (Oestrich, 2003).

Becks kognitiva modell

Aaron T. Beck är en amerikans psykiater som i arbetet med deprimerade patienter utvecklat en modell som fått stor betydelse inom den kognitiva teorin. Modellen och den *kognitiva triaden* som presenteras nedan har senare visat sig användbar inom de flesta psykopatologiska störningarna (Perris, 1996).

Becks kognitiva modell utgår från att varje individ har utvecklat enskilda scheman som styr tankemönstret utifrån personliga erfarenheter och kultur. Utifrån dessa scheman formas personliga *grundantaganden* som återkommande inverkar på hur vi uppfattar oss själva och vår omgivning. Individens grundantaganden kan med tiden resultera i automatiska negativa tankar som systematiskt feltolkar verkligheten. Erfarenheter och upplevelser som skulle kunna leda till en förbättring misstolkas eller negligeras istället för att omvändas till något positivt. Beck menar att en psykiskt sjuk person styrs av dysfunktionella antaganden som påverkar tillvaron negativt och upprätthåller det sjuka beteendet. För att tillfriskna måste dessa grundantaganden och individens föreställning om livet förändras (Engquist, 2004; Herlofson, 2010).

Den kognitiva triaden

I Becks arbete med depressiva patienter kunde han urskilja att patienterna såg på sig själva, sin omgivning och på framtiden på ett likartat negativt sätt, vilka påverkade deras problematik. Dessa tre övergripande tankemönster benämner Beck som den *kognitiva triaden* och karaktäriseras av pessimism och en klart negativ självbild. Den deprimerade individen har en negativ syn på sig själv, en negativ syn på omvärlden och en negativ syn

på framtiden. Alla dessa tillsammans förstärker depressionen genom bland annat ökade skuld känslor, passivitet och känslor av hopplöshet. Tillsammans bidrar de till ett självdestruktivt tänkande (Perris, 1996).

Känsla av sammanhang – KASAM

I forskning om hälsa har länge det patogena synsättet varit dominerande med ett tydligt fokus mot risk- och sjukdomsfaktorer. Aaron Antonovsky var professor i medicinsk sociologi och introducerade ett salutogent synsätt på hälsa genom teorin KASAM – känsla av sammanhang. Antonovsky (1991) menar att ett patogent synsätt inriktar sig på ohälsa snarare än på hälsa och med ett patogent synsätt finns risken att viktig information i patientens historia går förlorad. Antonovsky menar att det salutogena synsättet istället framhäver de faktorer som bidrar till god hälsa och på så sätt ger en förståelse för hur graden av hälsa ska kunna öka. Antonovsky menar att alla individer utsätts för svårigheter men beroende på graden av KASAM kan vi hantera dessa svårigheter på olika sätt. Med ett högt KASAM har individen en stor motståndskraft att klara av problematiska påfrestningar medan ett lågt KASAM medför lägre grad av motståndskraft och svårigheter att bemöta problemen (Ibid.).

Antonovsky menar att en individ ständigt befinner sig på ett kontinuum² mellan ytterligheterna hälsa och ohälsa. Där emellan förflyttar individen sig under hela livstiden. En individ är därför inte enbart sjuk eller frisk, det finns alltid resurser som kan bidra till att denne återfår sin hälsa och rör sig mot den friska polen (Gassne, 2008).

Stressorer, generella motståndsresurser och motståndsbrister

Yttre och inre livserfarenheter i en individs liv påverkar dennes KASAM och Antonovsky (1991) benämner dem som *stressorer*. Stressorer definieras som ”krav som det inte finns några omedelbart tillgängliga eller automatiska adaptiva responser på” (Antonovsky 1991:57). Utifrån ett patogent synsätt betraktas dessa stressorer som riskfaktorer för ohälsa. Utifrån det salutogena synsättet lyfter Antonovsky istället fram stressorer som en del av livet och faktorer som kan bidra till att individen rör sig mot den positiva friska polen såväl som mot den negativa. Exempel på stressorer kan vara att föda barn, att förlora ett barn, gifta sig, skilja sig, arbete och arbetslöshet. Det är inte stressorn i sig som är avgörande utan hur individen hanterar denna (Gassne, 2008). När individer

²Ett kontinuerligt förlopp

kommer i kontakt med stressorer hanterar de dessa olika beroende på i vilken utsträckning de har tillgång till GMR³. Dessa fungerar som skyddande faktorer och hjälper individen att göra stressorerna begripliga. På så sätt kan individen röra sig mot den friska polen på kontinuumet. GMR innefattar alla de faktorer som kan leda till att individen får kraft att hantera motgångar; både personliga egenskaper som exempelvis ett starkt jag eller yttre faktorer som exempelvis pengar och socialt stöd. Riskfaktorer för att individens KASAM försvagas beskrivs istället som GMB⁴. Ett stort antal GMB eller avsaknad av GMR kan upplevas som en stressor i sig (Antonovsky, 1991).

Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet

Individens grad av KASAM innefattar tre delkomponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Begriplighet syftar till i vilken omfattning individen upplever att tankar, känslor och händelser kan förstås och göras begripliga. En individ med hög känsla av begriplighet uppfattar världen som sammanhängande och strukturerad. Individen förväntar sig därför att händelser som sker i framtiden är förutsägbara eller att de åtminstone kan förklaras och ordnas. Har individen en låg känsla av begriplighet uppfattar denne istället livet som kaotiskt, slumpmässigt och oförklarligt.

Hanterbarhet handlar om i vilken grad en individ uppfattar att det finns resurser att tillgå för att klara av de påfrestningar livet innebär. Dessa resurser syftar både till personliga och utomstående resurser så som närståendes stöd eller en tro. Vid hög känsla av hanterbarhet uppfattar inte individen sig själv som ett offer för omständigheterna. När denne möter påfrestningar kommer den därför att kunna gå vidare. Har personen en låg känsla av hanterbarhet kommer denne istället att uppleva att de krav livet ställer, inte går att uppnå.

Den tredje komponenten *meningsfullhet* hänvisar till att individen känner sig delaktig i skapandet av sitt eget liv. Denna komponent kan även betraktas som en motivationskomponent där livet uppfattas som något meningsfullt och värt att investera i. Hög känsla av meningsfullhet innebär att individen finner motivation och värde i att känslomässigt engagera sig i svårigheter som påträffas under livets gång. Vid låg känsla av meningsfullhet känns livet istället hopplöst och obetydligt. (Antonovsky, 1991).

³ Generella motståndsresurser

⁴ Generella motståndsbrister

Resultat och analys

I detta kapitel redovisar och analyserar vi de resultat som framkommit i intervjuerna och i studierna av självbiografierna. För att förstå tillfriskningsprocessens komplexitet återges en presentation av de tidigare drabbades sjukdomsförlopp. I analysen av självbiografier samt från intervjun med Sofia har vi tagit del av de drabbades perspektiv på sjukdomen. Vårt resultat kommer att beskrivas subjektivt så som Aspers (2007) beskriver det, då vi inte kan dra några generella slutsatser från alla individer som drabbats av en ätstörning.

Integrerat med resultatet analyserar vi empirin utifrån Aaron Antonovskys teori KASAM samt utifrån Aaron T. Becks kognitiva modell. Nedan följer en kort redogörelse för de teorier vi använt och dess relevans för uppsatsens syfte.

Teoriernas relevans i uppsatsen

Den kognitiva teorin handlar om att ändra på individens destruktiva tankar samt ger redskap för hur individen skall gå tillväga för att vidmakthålla förändringen. Det kan ses som att drivkraften är att *verklighetsanpassa* de negativa automatiska tankarna, personlighetscheman och livsregler som den drabbade besitter. En individ med en ätstörning har så pass förvrängda tankar gällande kropp och utseende att de kan kännetecknas som kognitiva störningar (Kåver, 2002). Enligt Becks modell, handlar det om att korrigera de *grundantaganden* som är negativa hos en individ drabbad av en ätstörning och sedan upprätthålla det. Således är det de kognitiva störningarna som leder till att grundantagandena i Becks modell präglas av en negativitet och individen skapar en negativ kognitiv triad. Den kognitiva triaden kännetecknar sedermera individens negativa tankar om sig själv, omgivningen och framtiden (Perris, 1996).

Teorin KASAM innebär att en individ ständigt förflyttar sig mellan ytterligheterna hälsa och ohälsa under livet. Tillfrisknandet från en ätstörning kan därmed liknas med att förflytta sig från polen av ohälsa till den friska polen på kontinuumet. En person som blivit drabbad av en ätstörning kan enligt Antonovskys teori uppfattas ha ett svagt KASAM. För att tillfriskna behöver individens KASAM stärkas, vilket görs utifrån de tre delkomponenterna; *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* (Antonovsky, 1991).

Sjukdomsupplevelse

Flertalet av de tidigare drabbade i studien har gett en god bild av hur sjukdomen känns, hur stark den kan vara och hur stora avskyn mot den egna kroppen och självet kan vara. Cecilia (2009) förklarar följande:

Det fanns en tid då jag inte ens klarade av att tvåla in min kropp med mina händer när jag duschade, så mycket avskydde jag den. – Cecilia (Carlsson 2009:54)

De framkom i självbiografierna samt intervjuerna att en individ som drabbats av en ätstörning har en förvrängd självbild gällande utseende och vikt. Detta märks exempelvis när en individ blir diagnostiserad med någon form av ätstörning eller konfronterad om att de har sjukdomen. Individen i fråga tror inte att diagnosen stämmer då självbilden är annorlunda (Kåver, 2002). Både Hanna (2007) och Matilda (2009) beskriver att de tvivlade på att de var sjuka då de upplevde sig som för överviktiga för att ha en ätstörning.

Jag kommer ihåg då jag fick diagnosen anorexi. Jag kände mig till en början glad och nöjd eftersom att jag tog det som ett bevis på att jag var smal. Men ju mer tiden gick ju mer säker blev jag på att läkaren och mina föräldrar ljög. Jag var ju inte alls smal jag var ju fet. – Matilda (Carlsson 2009:210)

Alla säger att jag håller på att tappa mina byxor, att de bara hänger på mig. De förstår inte! De förstår inte att det är min mage som är så stor att den knuffar ner byxorna hela tiden. – Hanna (Österberg 2007:25)

Ätstörningen får en individ att tänka annorlunda både om sig själv och om saker som finns i tillvaron. Det som för en frisk individ utan en ätstörning anses vara extremt och med en avsaknad av logisk mening, ses för individen med en ätstörning som något bra (Thurfjell, 2005). I empirin kan vi se kopplingar mellan Becks *kognitiva triad* och de före detta drabbades upplevelser om hur de ser på sig själva och omvärlden. På grund av felaktiga *grundantaganden* betraktas hela tillvaron som negativ av den drabbade. Enligt Becks modell måste individen därmed bli medveten om att de negativa känslorna och tankarna är felaktiga för att kunna tillfriskna. Individerna i studien som tidigare varit drabbade av en ätstörning kände sig under sjukdomen som odugliga. Denna känsla kan rätteligen ses som ett uttryck för deras psykiska mående, exempelvis att vara ledsen eller förtvivlad. Istället för att acceptera känslan och agera utifrån den, riktar de känslan invärtes mot självbilden och utvecklar en ätstörning (Ghaderi och Parling, 2007).

Ida-Maria (2009) berättar hur hon först såg sin väns ironiska idé som något väldigt bra. Dock ändrades hennes inställning vid närmare eftertanke och förklarar följande:

En kompis sa till mig en gång att jag borde söka till Robinson när det gick på tv. Det där programmet då deltagarna lever på en ö, med jättelite mat och mycket fysiska utmaningar. Först tyckte jag det lät som en bra idé, det var liksom mitt område, men jag slog bort den tanken när jag insåg hur mycket ris dem åt.

– Ida-Maria (Carlsson 2009:168)

Flertalet gav även beskrivningar om hur sjukdomen inte kunde stoppas av dem själva när de insåg hur fel det var och att sjukdomen egentligen inte fick dem att må bättre.

Även fast jag inte ville gå ner mer i vikt så gick det inte längre att sluta. Han (anorexin) sa till mig att jag inte betydde någonting. Han slet och drog i mig, i mina armar och i mina ben. (...) Han intalade mig att han kunde hjälpa mig. Bara jag lät honom få bestämma så skulle han visa mig vägen. Men vilken väg skulle han visa mig egentligen? Inte dit jag trodde i alla fall... han visade mig vägen in i det svarta, djupt nere i sjukdomens helvete. Kunde jag inte bara ha satt ner foten och skrikit åt honom att han skulle Dra åt Helvete! Jag visste att det var så fel allt.

– Elin B (Carlsson 2009:100)

Återkommande beskriver de tidigare drabbade som deltagit i vår studie, att de hade påtagliga rädslor för att bli friska. Ätstörningen blev för många en identitet och inbillad trygghet. Lina (2000) oroade sig ständigt för att ingen skulle bry sig om henne om hon blev frisk. Genom sjukdomen syntes och uppmärksammades hon. Hanna (2007) beskriver hur hon under sjukdomen var rädd för allt. Hon var rädd för att vara sjuk men lika rädd för att bli frisk. Hon ville inte att någon skulle påpeka att hon såg friskare ut, då hon tolkade detta som att hon gått upp i vikt och ångesten blev därmed mer påtaglig. Hon ville bli frisk, men samtidigt inte behöva gå upp i vikt.

Flertalet av de drabbade individerna berättar om svårigheten i att för sig själv erkänna viljan att bli frisk. För en individ drabbad av en ätstörning känns det som ett misslyckande att vilja bli frisk och därmed erkänna sjukdomen. De upplever att ätstörningens destruktiva tankar får dem att bli övertygade om att de inte är sjuka, utan där allt det destruktiva de utsätter sig själva för behövs då de inte anser sig förtjäna bättre.

Skulle jag däremot fortsätta gå upp skulle jag riskera att helt klippa banden med anorexin, vilket kan låta som ett självklart val för den som aldrig har drabbats. För

en anorektiker fungerar inte hjärnan så. Även om man har ett helvete så har man ett tryggt helvete, man vet vad man har men man vet aldrig vad man får.

– Caroline (Carlsson 2009:49)

Enligt citatet ovan innebär vägen till ett tillfrisknande många gånger en känsla av vilsenhet, menar Caroline (2009). Även om sjukdomen inte innebär en trygghet för en frisk individ, betraktas sjukdomen som en trygghet för individen drabbad av en ätstörning. Även ifall tryggheten upplevs som ett helvete är det trots allt en trygghet i sig. De vet inte hur ett friskt liv i verkligheten känns.

Behandling av ätstörningar

För att en behandling ska kunna uppnå goda resultat menar behandlaren Helena att det behövs en god allians mellan den drabbade och behandlare. Vikten ligger inte i yrkesprofessionen utan att det etableras ett gott förtroende. Det är enbart då det går att uppfylla goda resultat (Duker & Slade, 2003). Även flertalet av de tidigare drabbade som deltagit i vår studie bekräftar Helenas uttalande. Elin (2009) ger oss beskrivningen om de goda ord från hennes terapeuts som fick henne att våga gå mot den friska vägen:

Se det som ett experiment. Det är ett år av ditt liv, är det inte värt det? Försök och se om det funkar, och är du ändå inte nöjd sen så vet du hur man gör. Du kan alltid gå tillbaka till dina gamla vanor. – Elin A (Carlsson 2009:88)

Meningen i citatet ovan hade enligt Elin (2009) en stor betydelse i hennes tillfrisknande.

Går det att bli frisk?

Samtliga av behandlarna och de tidigare drabbade som deltagit i vår studie, anser utan tvekan att det går att bli helt frisk från en ätstörning. Det kan dock ta lång tid samt finns det vissa avgörande faktorer i tillfrisknandet. Dessa faktorer återkommer vi till längre fram under rubriken avgörande faktorer.

Några av behandlarna berättar att de uppfattat att ungefär en tredjedel av de individer som fått någon slags ätstörningsdiagnos blir helt friska.

Men jag vet att... all forskning har ju visat att en tredjedel blir helt friska, en tredjedel har kvarstående besvär med tankar och en tredjedel fortsätter behandlingen väldigt länge. – Helena, behandlare.

Avgörande faktorer i tillfrisknandet

Vilka faktorer som är avgörande i tillfrisknandet är mellan de drabbade individuellt. Detta framställs även i forskningen kring ämnet (Bottorff et al, 2005; Buis et al, 2007; Bulik et al, 2002; Nilsson, 2007).

Insikt i problematiken

Det är vanligt förekommande att en individ drabbad av en ätstörning, inte inser allvaret i sin sjukdom då denne endast ser de positiva konsekvenserna av den. Ghaderi och Parling (2007) menar att detta kan tolkas som ett förnekande, men sett från de drabbades perspektiv finns det inget att förneka. Flertalet av individerna i vår studie tog upp vikten av att förstå de negativa konsekvenserna och få insikt i problematiken för att kunna tillfriskna. Lina (2000) förklarar enligt följande:

För att våga lämna sjukdomen måste viljan att bli frisk också finnas där och för att vilja bli frisk måste man ju först verkligen förstå att man är sjuk.

– Lina (Strandberg 2000:64)

Enligt Lina förstod hon förmodligen hela tiden att hon var sjuk, dock förnekades detta både för andra och för sig själv. Lina förstod att hennes beteende inte var normalt, men valde att förbise konsekvenserna av det. Emellanåt trodde hon nästan att hon inte behövde äta för att överleva, att hon kanske var ett undantag vilket är en vanlig föreställning bland individer drabbade av en ätstörning (Duker & Slade, 2003).

Båda behandlarna Lisa och Susanne menar att när en individ blir inlagd för behandling konfronteras denne direkt med sina problem. Det kan exempelvis handla om att bli serverad en normalportion och tycka att det är helt orimligt att äta sådana mängder eller att få svår ångest av att vila efter maten. Behandlarna menar att de flesta därför inser relativt tidigt att de är sjuka. Det finns dock individer drabbade av en ätstörning som först efter behandlingen får insikt i sin sjukdom.

Matilda (2009) som tidigare varit drabbad av en ätstörning, berättar om hur det egentligen inte spelar någon roll om hur mycket man går ner eller ökar i vikt. Sjukdomen kommer alltid att kräva mer, den kommer således aldrig att bli nöjd. För att sätta stopp för allt hävdar Matilda, att individen bör inse att denne är sjuk. Matilda förklarar detta enligt följande:

Trots att du förmodligen känner dig väldigt säker på att det du gör är rätt så har du så fel. (...) Det spelar ingen roll om du går ner två kilo till eller låter bli att äta ännu en måltid. Den kommer alltid att kräva mer av dig. Du måste inse att du är sjuk och då menar jag på riktigt erkänna för dig själv.

– Matilda (Carlsson 2009:210)

Sofia som tidigare varit drabbad av en ätstörning, kunde inte inse varför utomstående i hennes omgivning reagerade som de gjorde. Hon såg sig själv som duktig eftersom hon åt hälsosamt och nyttigt. Att det skulle vara ett problem var obegripligt för Sofia till en början. Sofia beskriver sjukdomsförloppet som tvärsidigt. Hon upplevde sig ha en ängel och en djävul sittandes på varder axel. En sida visste att hon var sjuk och kämpade för att bli frisk. Medan hennes andra sida förnekade sjukdomen så intensivt att hon emellanåt upplevde sig som helt frisk. Denna dubbla personlighet följde Sofia under hela sjukdomstiden och hon kan därför inte ge något konkret exempel på när hon insåg att hon hade en ätstörning.

Jennie (2009), som tidigare varit drabbad av en ätstörning, anser att sanningen oftast är den bästa medicinen för att få insikt i sjukdomen. Sanningen är den som hjälper den drabbade att våga gå vidare och framåt mot det okända.

Jag minns så tydligt att han frågade hur jag mädde. Han sa att han kunde se att jag inte mädde så bra. 'Du som hade en fin kropp, är nu så smal att det är äckligt.' Detta kan i många öron säkert låta hårt, men detta var en liten väckarklocka för mig. – Jennie (Carlsson 2009:69)

Bland de tidigare drabbade är det vanligt förekommande att få upp ögonen för problematiken först när insikten infunnit sig. Det är då de inser allvaret i situationen och den inbillade trygghet som ätstörningen gav försvinner.

Till slut insåg jag, hur det jag till en början tyckte var det bästa jag gjort, hade utvecklats till något helt annat. Det var inte kul längre och sjukdomen stod mig upp i halsen. Jag var ensam, trött och rädd. – Ida-Maria (Carlsson 2009:168)

Ida-Marias (2009) beskrivning i citatet ovan visar hur annorlunda sjukdomen får den drabbade att tänka samt hur svårt det blir när insikten infinner sig men sjukdomens grepp redan hunnit gräva sig djupare i personen.

I empirin visas det att flertalet av de tidigare drabbade inte hade en klar bild av vart det förändrade *grundantagandet* i Becks teori skulle leda. Det framkommer att insikten till en förändring i grundantagandet många gånger kom efter att de hade inlett vägen till tillfriskning. Detta visar på hur svårt det är att konkret kunna hitta en förklaring till vad det är som får de drabbade att bli friska och vad som ändrar deras tankar.

Såväl drabbade som behandlare framhäver vikten av insikt i problematiken som en central del i tillfrisknandet. De betonar att den drabbade måste inse allvaret i situationen. Detta kan sättas i samband med teorin KASAM. Genom att förstå allvaret och få insikt om sjukdomen ökar den drabbades förståelse för situationen och därmed *känslan av begriplighet*. Stark känsla av begriplighet är en viktig delkomponent för ett starkt KASAM vilket i sin tur leder till att den drabbade kan förflytta sig från polen av ohälsa till den friska polen (Gassne, 2008).

Kontroll

Till ett steg har man kontroll över maten, sen är det maten som har kontroll över en själv. Och då är man körd. – Sofia, tidigare drabbad

I analysen av empirin urskiljs att de drabbade många gånger använt ätstörningen som en strategi för att hantera och kontrollera tillvaron. Några beskriver att livet till en början kändes kaotiskt, men att de upplevde att de återfick kontrollen över livet då de kunde kontrollera maten. Såväl behandlare som drabbade menar att det därför är viktigt att bygga upp en inre trygghet och återfå kontrollen över livet vilket även Duker och Slade (2003) poängterar.

Ätstörningen kan utifrån KASAM betraktas som ett försök att kontrollera och finna en *känsla av begriplighet* i tillvaron, men strategin hjälper inte personen att röra sig mot den friska polen utan snarare tvärtom. I tillfrisknandet är det istället grundläggande att personen får en ökad förståelse för situationen och sitt tillstånd, och på så sätt kan strukturera om sitt liv (Antonovsky, 1991).

Samspelet mellan kropp och själ

Svårighetsgraden i insjuknandet och tillfrisknandet är komplext då både det fysiska och psykiska ska repareras. (Van der Ster, 2005, Duker & Slade, 2003).

Vändningen kom inte plötsligt. Det är inte så att man en dag kommer på 'aha, det här som jag håller på med är dumt. Dags att börja äta igen' Det krävs mycket mer än så för att bli frisk. – Malin (Carlsson 2009:28)

I behandling av ätstörningar anser samtliga behandlare att det är viktigt att ha ett helhetsperspektiv. Detta för att nå bästa resultat eftersom att bli frisk från en ätstörning inte innebär att endast se till nutritionen. Jennie (2009) berättar om hur svårt det var att få både kropp och själ att läka under tillfriskningsprocessen och anser att det är något som alla måste ta hänsyn till, både behandlare och närstående.

Det svåraste var inte att få kroppen att läka utan att få psyket att hänga med.

– Jennie (Carlsson 2009: 71)

Många av de tidigare drabbade anser att den mest problematiska delen var att få omgivningen att förstå att sjukdomen fanns kvar trots att de kunde hantera maten på ett normaliserat sätt.

När Lina (2000) åter började förse sig med mat efter en lång period av sondmatning fanns det många i hennes omgivning som antog att hon var frisk. Lina beskriver istället denna period som den mest påfrestande, och att det var just då hon behövde omgivningens stöd som mest. Rösterna som förbjöd henne att förse sig med mat och sa åt henne att hon var avskyvärd, var starkare än någonsin och ångesten ökade när omgivningen påpekade att hon var på bättringsväg. Ingen förstod vad hon gick igenom och att varje måltid var en kamp, hon behövde därmed hjälp för att vara stark och övervinna sjukdomen och menar enligt följande:

Det är ju inte så att du blir frisk och sen är allting lyckligt.

– Sofia, tidigare drabbad

Sofia friskförklarades då hon slutade nian men önskan om att gå ner i vikt återstod. Perioder av svält och träning avlöstes med perioder av hetsätning. Sofia hade under perioden av anorexi utvecklat en fobi för att bli mätt och menar att hon troligtvis hade blivit bulimiker om hon inte haft denna rädsla. Förhållandet till mat var fortfarande problematiskt då hon enbart hade fått hjälp med att gå upp i vikt och inte med att hantera de destruktiva tankarna. Det tog lång tid innan de destruktiva tankarna på mat och vikt försvann och upplevde sig själv enligt följande:

Jag var en anorektiker bara i en lite större kropp kan man säga.

– Sofia, tidigare drabbad

Hanna (2007) delar Sofias känslor och skriver följande i sin självbiografi:

Nu när jag äter bra, det vill säga jag är inte akut fysiskt sjuk längre, då är alla lugna och trygga. De låter mig vara i fred. Men mina sjuka tankar då? Jag är inte överlycklig över att jag lever. – Hanna (Österberg, 2007:132)

Zara (2009) hävdar att en felkoppling i hjärnan gör att en individ med en ätstörning betraktar sig själv som avskyvärd, överviktig och så vidare. Det är den felkoppling som bör ändras då allt är vår subjektiva mentala uppfattning, enligt Zara.

Jag är helt övertygad om att vi är vad vi tänker. Vilket visar sig när man kan tänka sig att man ser ut som en Michelin-gubbe men i själva verket ser ut som ett benrangel. – Zara (Carlsson 2009:266)

Enligt Zara, är det vi som projicerar fram olika sanningar för oss själva. Sanningar som inte stämmer med verkligheten. Det är just denna sanning den drabbade bör komma åt och ändra.

Det var ju jag själv som styrde mig in i ett negativt tankemönster som gjorde mig sjuk. Jag försökte att varje gång som jag tänkte något negativt om mig själv, i stället vända det till det positiva. För hur negativt jag än tänkte om mig själv så blev jag inte smalare eller mätte bättre, snarare tvärtom så förvärrade jag min situation. – Zara (Carlsson 2009:267)

Beskrivningar av negativa tankemönster är något som återkommer i de tidigare drabbades berättelser. Utifrån Becks teori kan tillfrisknandet handla om att offentliggöra känslorna och precisera vad känslorna egentligen uttrycker. Först därefter kan individen börja arbeta med känslorna och förändra sina *grundantaganden*. Becks teori tyder på att individen ständigt måste reflektera över de känslor som uppstår. Känslorna appliceras då på verkligheten och individen bör ifrågasätta om känslan är realistisk. Klargörandet av detta leder successivt till att individen förstår att den tidigare feltolkat verkligheten och att en nytolkning och förändring av grundantagandena är nödvändigt (Kåver, 2002). Empirin i denna studie visar att de drabbade vanligen förändrar sina grundantaganden i flera olika steg. Ett grundläggande steg för många av de tidigare drabbade var att få insikt i sin sjukdom. Tidigare var en anorektikers grundantaganden att deras beteende var normalt då de byggde på att de ville vara sunda och nyttiga. Beteendet skapades inte utifrån tankarna om att de ville gå ned i vikt och svälta sig själva, utan att de skulle må bättre om de började ta hand om sig själva. En bulimiker ser sig själv som en misslyckad anorektiker där grundantagandena bygger på att de kommer att bli lyckliga, glada och

perfekta om de vore smala (Allgulander, 2008). Då alla som ingår i deras idealbild är smala, blir det en stark koppling till det. En individ med bulimi kan inte kontrollera maten och pendlar mellan att vara helt restriktiv till att sedan hetsäta (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005). Genom att individen med anorexi eller bulimi får insikt i sin sjukdom förändras grundantagandet till att beteendet varken är normalt eller får de att må bättre, vilket även de tidigare drabbade som deltagit i studien bekräftar. Med utgångspunkt i Antonovskys teori (1991) kan detta istället ses som att den drabbade strävar efter en *känsla av meningsfullhet*, och sjukdomen blir ett uttryck för att finna motivation till att leva. För att bli frisk från en ätstörning är det därför viktigt att få den drabbade att förstå att sjukdomen inte kommer att leda till lycka och att denne måste finna nya vägar till ett meningsfullt liv.

Vidare i tillfrisknandet bör den drabbade inse att den perfekta idealbilden som de strävar efter är en felaktig tolkning av verkligheten. Utifrån Becks teori kan idealbilden förklaras som ett *dikotomt tänkande* där den drabbade varit oförmögen att nyansera sitt tänkande och resonerat i banor av allt eller inget (Perris, 1996).

Socialt nätverk

Som en grundläggande faktor i tillfrisknandet från en ätstörning tar samtliga individer vi studerat upp att den sociala situationen kan vara avgörande. Detta är även viktigt för att individen ska kunna upprätthålla det friska beteendet.

Samtliga av behandlarna menar att det är vanligt att individen på grund av sin sjukdom har isolerat sig och förlorat många vänner. Därför är det till stor hjälp med en stöttade partner och/eller förälder. Behandlaren Lisa tror att förutsättningarna för att en individ blir frisk är mycket små om denne skrivs ut till en ensam lägenhet, utan vänner, familj och sysselsättning.

Samtliga av de tidigare drabbade menar att närstående var en viktig del i tillfriskningsprocessen. Lina (2000) beskriver att det var mycket lättare att kämpa för någon annans skull än för sin egen, därför var hennes främsta motivation att hennes föräldrar skulle slippa se sin dotter sjuk.

Så jag åt för deras skull. En sked för mamma, en sked för pappa...

– Lina (Strandberg 2000:56)

Flertalet av de tidigare drabbade berättar hur de under sjukdomstiden uppfattade tjat från närstående som påfrestande och jobbigt. Det var inte förrän tillfrisknandet hade infunnit

sig som de förstod meningen med de närståendes tjat och kunde uppskatta det. Sofia menar att det är hennes mammas förtjänst att hon idag är frisk. Sofia minns att hon avskydde sin mamma under sjukdomstiden och deras ständiga bråk om mat har satt spår i deras relation än idag. Trots detta beskriver Sofia sin mammas tjat som en avgörande faktor för att hon tillslut tillfrisknade.

Det är min mammas förtjänst, absolut. Om min mamma inte varit där varje dag och tjatat, och tjatat och tjatat och tjatat ännu en gång, så skulle ju... eller jag vet inte... ja kanske att jag skulle bli frisk, fast det kanske skulle ha tagit längre tid och att jag skulle bli inlagd eller nåt. – Sofia, tidigare drabbad

Delkomponenten *känsla av hanterbarhet* i KASAM syftar till i vilken omfattning individen upplever att denne har resurser att tillgå för att hantera problem som påträffats under livet (Gassne, 2008). Under vår studie av tillfrisknandet fann vi att det sociala nätverket var en grundläggande resurs för att bli frisk. De som tidigare varit drabbade av en ätstörning menar att vänner och familj fungerat som hjälp och motivation i tillfrisknandet. Även de behandlare vi intervjuat understryker en fungerande social situation som en avgörande faktor för att tillfriskna och vidmakthålla beteendet. Vikten av ett fungerande socialt nätverk som resurs för individen kan därför sättas i samband med känslan av hanterbarhet vilket är nödvändigt för att stärka individens KASAM och röra sig mot den friska polen på kontinuumet (Antonovsky, 1991).

Sysselsättning och utomstående aktiviteter

Sofia berättar att hon såg gymnasiet som en chans att börja om när hon gick i nionde klass. Sofia förstod då att hon var sjuk och såg möjligheten att få börja gymnasiet som en ny frisk person. Även Lina (2000) skriver om skolan som en drivkraft. Anorexin gjorde att hon många gånger hade svårt att orka med skolan, men efter drygt två års kamp mot anorexin började Lina gymnasiet. Ingen i hennes nya klass visste att hon var sjuk. Detta gjorde att känslan av samhörighet infann sig. Lina kände sig som alla andra. Hon beskrev i sin självbiografi att hon såg sina klasskamrater som förebilder. Ingen av dem var speciellt fixerade vid utseendet och de fick Lina att förstå behovet av att ändra inställning.

Hanna (2007) kände att hon behövde något att fylla sitt liv med. Under perioden då hon var som sjukast var hon så fixerad vid sjukdomen att endast den präglade hennes liv. Genom att hitta en sysselsättning kom hon på andra tankar och ångesten kunde upphöra för en stund.

Behandlaren Marie pratar om att utomstående drivkrafter kan vara en viktig del i tillfrisknandet och beskriver enligt följande:

Det blir ju ändå en liten motivation och drivkraft att man tänker kanske börja med något, någon målarkurs eller att man tänker att jag ska börja och prova på och rida, eller vad man nu kan få för nåt intresse. Att det kan spela roll, för att då blir det så mycket viktigare än sjukdomen. Och att man då får vänner, man kanske är väldigt isolerad men att man då får fler vänner och så blir man mindre isolerad.

– Marie, behandlare

Lina (2000) är en av de tidigare drabbade som beskriver utomstående aktiviteter som motivationshöjande i tillfrisknandet och ger exemplet att resa samt att delta i en teaterkurs. För att Lina skulle få delta i dessa aktiviteter krävdes att hon bibehöll sin vikt. Detta var en drivkraft för Lina för att upprätthålla sitt nya beteende. När hon sedan återvände hem kände hon sig starkare då hon klarat av detta.

Patientens vilja, motivation och delaktighet

För att en individ ska vara motiverad till att vilja bli frisk är det avgörande vad denne har att vänta efter behandlingen. Behandlaren Marie menar att barn och sysselsättning är vanliga faktorer för ökad motivation. Utan motivation är det mycket svårt att bli frisk och det händer att individen når upp till normalvikt enbart för att komma ifrån behandlingen. Är de inte tillräckligt motiverade rasar de fort i vikt när de blir utskrivna eftersom de inte tagit till sig behandlingen fullt ut, enligt Marie.

Behandlaren Helena menar att viljan att våga göra en förändring och att bli frisk är avgörande i hur det går för individen. Vågar eller vill inte individen ta steget till tillfrisknande, går det inte att uppnå ett friskt resultat.

För att öka individens motivation, menar behandlaren Lisa, att det är viktigt att göra individen delaktig i behandlingen. Kontinuerligt informeras individen om dennes tillstånd och hur behandlingen kommer att fortgå. I intervjun med behandlaren Marie bekräftas detta och Marie menar att om individen är delaktig i behandlingen är det också lättare för denne att skrivas över till öppenvård eller dagvård. Många individer känner oro för att skrivas ut från slutenvården då de där varit ständigt kontrollerade. Att komma hem innebär att själv upprätthålla denna kontroll, individen måste därmed bygga upp en inre trygghet. Marie jämför det med att ta körkort.

Så då kan dem känna sig väldigt osäkra, ska jag fixa detta själv nu? Ungefär som när man tar körkort. Att okej, kan jag köra bil nu liksom? Är det så? Och det är litegrann samma, att nu ska allt det här funka, med mat och med motion och med kompisar. – Marie, behandlare

Utifrån vad de tidigare drabbade berättat är det svårt att urskilja en specifik faktor som generellt är avgörande för återhämtningen. Varje individ finner sina egna personliga drivkrafter i tillfrisknandet vilka exempelvis kan grunda sig i den sociala situationen, i en utomstående aktivitet eller i det fysiska måendet.

En annan hjälp var det faktum att trots all ångest hade jag en helt annan motivation och styrka. Den styrka som alla hade sagt skulle komma när jag fick energi nog, det som jag inte kunde tro på när jag fortfarande var övertygad om att jag var från Venus. Nu kunde jag se att jag, vad som än hände, absolut inte ville gå tillbaka till det som varit förut när jag var som mest svag.

– Elin A (Carlsson 2009:89)

Vi kunde urskilja i berättelserna av de tidigare drabbade individerna att det var känslan av att det faktiskt mårde bättre av att tillfriskna som bidrog till den ökade motivationen. Att det var som alla andra hade beskrivit det för dem. Under sjukdomstiden kunde vissa av de drabbade istället känna en motivation till att bli friska då de insåg att sjukdomen kunde leda till bestående kroppsliga skador. Hanna (2007) berättar återkommande om händelser som gjorde att hon reagerade över sitt beteende. Hennes dåliga fysiska hälsa gjorde sig ofta påmind. Hon kände sig ständigt yr och när hon tränade fick hon lätt näsblod. Hanna beskriver att hennes kropp slutade fungera, hon ville resa sig upp men kunde inte röra sig och svimmade emellanåt. Detta skrämde henne och hon förstod att en förändring var nödvändig.

Komponenten *meningsfullhet* betraktar Antonovsky (1991) som en motivationskomponent. För att röra sig mot den friska polen på kontinuumet krävs det att individen uppfattar sin tillvaro som meningsfull och värd att känslomässigt investera i. I resultatet framkommer motivation som en av de viktigaste faktorerna för att bli frisk. Både drabbade och behandlare menar att utan motivation går det inte att bli frisk och behandlingsarbetet fokuserar därför mycket på att finna drivkrafter och meningsfullhet i livet.

Bearbetning av orsakerna till sjukdomen

Båda behandlarna Marie och Susanne lägger vikt vid att bli klar med personliga ting som individen tidigare inte bearbetat. Detta för att möjligheterna för ett tillfrisknande ska öka. Det kan röra sig om svåra upplevelser som individen vänt inåt och hanterar genom att exempelvis svälta sig själv. Individen måste därför bearbeta dessa upplevelser för att kunna lämna sjukdomen bakom sig.

Jag pratar till exempel med patienterna om att, den här ätstörningen kommer inte som en blixtnedslag från klar himmel utan det finns en anledning till att man har en ätstörning. Jag brukar prata om att det kan vara en massa saker som sätter igång påfrestningarna i livet, det jag kallar för stressorer, alltså något som stressat en, som har påverkat en på något sätt. Det i sig skapar en massa känslor.

– Susanne, behandlare

Stressorerna som Susanne benämner i citatet ovan, anser Susanne uttrycka känslor för ett stort nej, som individen tidigare inte haft förmåga att uttrycka på grund av att de exempelvis varit rädda eller blyga. Claude-Pierre (1997) menar på att det är viktigt att se innebörden i vad den drabbade uttrycker. När den drabbade visar tecken på att den inte längre vill leva menar Claude-Pierre att detta är ett sätt för individen att visa att denne inte vet hur den ska gå tillväga för att leva ett friskt liv utan ätstörningen.

Ibland har man av olika skäl inte möjlighet att uttrycka de känslorna och uttrycker man inte dem så stannar de kvar i kroppen. Då börjar kroppen uttrycka dem och då kan det bli att de uttrycks i en ätstörning. – Susanne, behandlare

Orsaken till varför en individ utvecklar en ätstörning är individuell, men utifrån KASAM kan ätstörningen ses som en strategi för att hantera *stressorer* som påverkat individen negativt. Har individen stor tillgång till generella motståndsresurser (GMR) kan han eller hon lättare hantera motgångar på ett positivt sätt. Avsaknad av GMR eller ett stort antal generella motståndsbrister (GMB) leder istället till att individen inte kan hantera påfrestningarna eller gör det på ett dysfunktionellt sätt (Antonovsky, 1991). Ätstörningen kan därmed ses som ett dysfunktionellt sätt att hantera motgångar på. I analysen av empirin kan vi urskilja att bland annat en förbättrad självbild och självkänsla leder till att den drabbade finner nya strategier för att hantera stressorer. Individen har därmed utvecklat sina GMR och/eller minimerat antalet GMB vilket i sin tur påverkar den drabbades förmåga att tillfriskna och att inte falla tillbaka till sjukdomen.

Vidare menar behandlaren Marie att om personal på kliniken märker att individens problem grundar sig i den rådande familjesituationen, exempelvis att dennes mamma har ätstörningsproblematik, fokuserar de extra mycket på familjesamtal och att integrera familjen i behandlingen. Men det är alltid individen som är i fokus och det är denne som själv bestämmer hur involverad familjen ska vara. Individen är även den som bestämmer hur stor del i behandlingen som ska läggas på orsaksförklaringarna.

De individer vi studerat som tidigare varit drabbade av en ätstörning hade skilda meningar om hur viktig bearbetningen av orsaksförklaringarna är för tillfrisknandet. Flertalet ansåg att det viktiga inte var att förstå *varför* de drabbats utan att sjukdomen inte var deras eget fel. Det är vanligt att den drabbade skuldbelägger sig själv men då en ätstörning utvecklas omedvetet är det inte möjligt att den drabbade bär ansvaret för sjukdomens uppkomst (Claude-Pierre, 1997). Flertalet av de tidigare drabbade vi analyserat menar på att det var först när de förstod att det inte var de som orsakat ätstörningen som de kunde acceptera sig själva och fortsätta vägen till att bli helt friska.

Där och då tyckte man att cancer skulle varit en bättre sjukdom att få, för det skulle inte ha varit mitt fel. Men på nått sätt så är anorexin, det är mitt fel. För att där är det så här, vill du inte ha anorexi så ät då! (...) Och det är otroligt skambelagt liksom. – Sofia, tidigare drabbad

Att den drabbade skuldbelägger sig själv kan utifrån Antonovskys teori betraktas som att de har en *känsla av begriplighet*, eftersom de anser sig förstå att sjukdomen är deras eget fel. Denna känsla är felaktig och måste konstrueras om för att tillfriskna. Det är först när patienten slutar skuldbelägga sig själv som känslan av begriplighet kan öka och en korrekt bild av orsakerna kan ges vilket gör det lättare för den drabbade att gå vidare mot den friska polen på kontinuumet. När den drabbade skuldbelägger sig själv för ätstörningen kan detta leda att personen ser sig som ett offer för situationen, vilket också kan tyda på en låg *känsla av hanterbarhet* (Antonovsky, 1991).

Samsjuklighet

Samtliga behandlare berättar i intervjuerna att samsjuklighet är vanligt förekommande hos individer drabbade av en ätstörning vilket gör tillfriskningsprocessen svårare. Detta bekräftas bland annat i en studie av 2436 slutenvårdspatienter med en ätstörning. Studien visar att 97 % av patienterna som studerades hade någon form av samsjuklighet, vanligen ångest eller depression (Blinder, Cumella & Sanathara, 2006).

De som inte blir helt friska är de som har någon form av samsjuklighet, vilket innebär att de lider av andra psykiska störningar, uppger behandlaren Helena. Behandlas inte de andra psykiska problemen utöver ätstörningen, är det troligt att patienten fastnar i sin ätstörning en längre tid. Om inte samsjuklighet finns med i bilden samt om ätstörningen behandlas tidigt, ökar den potentiella chansen för att individen blir frisk. Behandlaren Marie menar att det är svårt att veta om patienten får ytterligare psykiska problem på grund av sin ätstörning, eller om det är tvärt om. Behandlingsarbetet kan försvåras då det är viktigt att behandla ätstörningen i anslutning till den övriga psykiska problematiken.

Återfall

I samtliga intervjuer med behandlarna framkommer att återfall är relativt vanligt. Behandlarna Lisa och Marie anser att återfallen beror på att individen inte fullföljt sin tidigare behandling eller inte varit tillräckligt motiverad. Många individer uppfattar behandlingen som mycket svår och väljer därmed att avbryta behandlingen. Det är då vanligt att de återkommer i ett senare skede när de känner sig mer motiverade, enligt Lisa. Marie säger att vissa patienter måste nå botten för att förstå allvaret, därifrån kan han eller hon sedan på nytt arbeta med problematiken.

Behandlaren Susanne berättar att det sker återfall. Dock märker hon att det händer något med individen mellan återfallen, att individen lyckats med en liten positiv utveckling. Hon anser att det ibland är nödvändigt med ett återfall. Individen kan då se att denne behöver lite mer hjälp som i sin tur kan leda till den riktiga vändningen. Dessa tankar stöds av Davidsson och Lillman-Ringborg (2001) som menar att ett återfall bör betraktas som en temporär nedgång i tillfrisknandet och inte som ett misslyckande.

Behandlaren Helena anser att det är svårt för behandlingsinstanserna att veta exakt hur många som återfaller eftersom alla inte alltid återvänder till samma behandlingsinstans. Detta har även varit problematiskt för oss att finna statistik på.

Några av de tidigare drabbade hävdar att det är svårt att falla tillbaka till sjukdomen när de väl blivit friska vilket Cecilia (2009) beskriver enligt följande:

Jag vill inte påstå att inget någonsin kan driva mig till ett återfall igen, men jag har ganska svårt att tro det med de erfarenheter jag har idag.

– Cecilia (Carlsson 2009:56)

Utifrån analysen av empirin kan vi se en koppling till Becks teori. När den drabbade slutar att reflekterat över de känslor och tankar som uppstår, finns det en risk att de nya

grundantagandena struktureras om och återgår till gamla destruktiva mönster (Kåver, 2002). I enlighet med analysen av empirin menar de tidigare drabbade att gamla erfarenheter får dem att inte vilja falla tillbaka till sjukdomen. Detta kan enligt Becks modell förklaras utifrån de tidigare drabbade som deltagit i vår studie, vilka menar att de fått ett nytt perspektiv på sjukdomen genom de nya positiva grundantagandena.

Definition av frisk

Det finns inte några konkreta kriterier för när den drabbade kan betraktas som frisk (Van der Ster, 2005, Björk, 2008). Behandlarnas definition av när individen anses som frisk från en ätstörning, visade sig därför skiljas åt. Som utgångspunkt anser samtliga att en individ kan anses som frisk när majoriteten av kriterierna i diagnosen inte är uppfyllda men därefter finns det ett flertal övriga pusselbitar som ska falla på plats. Björk (2008) menar att det inte är tillräckligt att endast se till diagnosen för att den drabbade ska betraktas som frisk. Hon betonar vikten att finna en konkret definition av vad som bör betraktas som friskt vilket endast kan uppnås genom att involvera de drabbades egna upplevelser av sjukdomen och dess tillfrisknande i forskningen.

Alltså allmänt är det ju att man kan äta normalt och att man har en normal vikt om man säger dem kriterier som man ska uppfylla eller uppnå och som ger en ätstörning, de ska ju inte vara uppfyllda. – Susanne, behandlare

En individ anses normalviktig när denne har ett BMI som ligger mellan 20 och 24 (Van der Ster, 2005). Behandlarna anser dock att det kan ske vissa undantag och menar på att en individ som har ett BMI på 19 kan ses som frisk om denne lyckats utveckla ett välfungerande liv.

Behandlaren Marie menar att en frisk individ är en person som klarar av att ta hand om sig själv och sitt liv. Uppstår det destruktiva tankar har en frisk individ lärt sig att hantera dessa genom olika typer av kognitiva strategier. Måste vederbörande istället kräkas, hetsäta eller på annat sätt skada sig själv kan denne inte ses som frisk, enligt Marie. Vidare anser Marie att en frisk individ har ett ökat självförtroende, vågar släppa de krav denne haft på sig själv och förstår att denne inte behöver vara bäst konstant.

För att definiera när en person är frisk anser behandlaren Lisa, att det är många olika faktorer som är relevanta.

Jag tycker att när man kan leva ett normalt liv tillsammans med andra människor, man kan förse sig med näring. Inte ha några speciella tvång, till exempel motionstvång eller att man måste kräkas efter maten. Och att man inte har kvar tankarna på att gå ner i vikt, och fokusen kring det. – Lisa, behandlare

Behandlarna Susanne och Helena poängterar att individer kan ses som friska även om de emellanåt har tankar på att gå ner i vikt eller känner sig överviktiga. Det viktiga i behandlarnas antagande är att uppmärksamma hanteringen av tankarna snarare än tanken i fråga. Detta visar således hur frisk individen är. Detta illustreras i citatet nedan.

Sen är det ju som jag säger man kan ju vara frisk även om man, tycker jag, om man ibland när man mår lite sämre eller man hamnar i en krissituation eller något sånt att de här tankarna dyker upp men man kan hantera dem.

– Susanne, behandlare

Sofia som tidigare varit drabbad av en ätstörning anser att det är svårt att dra en gräns för vad som är ett normalt beteende och vad som är sjukt. Det hör till vanligheten att människan har perioder då denne äter mer eller mindre. Sofia uppger att det är normalt att anse sig vara missnöjd med sin kropp emellanåt utan att betraktas ha en ätstörning. Även behandlaren Helena menar att de flesta som anses vara normala kan ha en viktfobi eller tankar kring kropp och utseende, ett missnöje med det. Detta är endast något som är normalt och tyder inte på att individen har en ätstörning. Forskning på området menar att det är svårt att bevisa vad ett normalt beteende är i förhållande till kropp, vikt och mat (Engström, 2002). Helena ser det därför som angeläget att jämföra individens mående i dagsläget med hur denne upplevde sig må innan sjukdomen. Individen får således vara delaktig med att skildra hur tankarna och känslorna upplevs.

Patienten får avgöra, tycker jag, om dem tycker att de fungerar som tidigare. Alltså jag brukar jämföra patienten jag har, så brukar jag alltid fråga 'hur hade du det innan du blev sjuk, hur tänkte du innan du blev sjuk' (...) Och då jämför jag patienten med henne själv, inte vad jag tycker, det spelar mindre roll tycker jag, huvudsaken är vad patienten tycker och hur patienten mår. – Helena, behandlare

Vidare menar Susanne att det är viktigt att informera individen om att även personer utan en ätstörning har dagar då de mår sämre, att sådana känslor är normalt.

För jag tror att är man sjuk, så går man och tittar på andra människor och så får man en känsla av att de bara är jag som mår såhär kasst, så värdelöst.

– Susanne, behandlare

Cecilia (2009) berättar hur destruktiv synen är som vi själva konstruerar för att alltid vara perfekta samt att vi lätt glömmet bort att ingen människa faktiskt är perfekt.

Varje dag är definitivt inte en dans på rosor, men så är ju livet. Och det är mänskligt, och det är oerhört skönt att få vara mänsklig! Det glöms ofta bort i dagens uppskruvade tempo – allt förväntas vara på topp alltid! Och om det inte är det tror man att det är fel på en själv, för ”alla andra har det ju så bra och är så fantastiska och duktiga” och så vidare. – Cecilia (Carlsson 2009:56)

Att vara frisk

Samtliga av de tidigare drabbade vi studerat betraktas idag som friska, men vägen dit har varit lång och många kämpar fortfarande med destruktiva tankar om mat och vikt.

Lina (2000) berättar att när hon kommer i kontakt med andra personer med anorexi väcks ångesten snabbt till liv igen och hon menar att det fortfarande finns en viss sårbarhet inom henne. Hon undrar därmed om hon någonsin kommer att bli helt frisk från anorexin.

Jag mår bra nu och jag skrattar igen, men jag är fortfarande inte helt fri och undrar ibland om jag någonsin kommer att våga ta ett slutgiltigt steg bort från de fixeringar och brist på självrespekt som, trots allt, finns kvar, om än i liten omfattning. – Lina (Strandberg, 2000:113)

Sofia har idag lärt sig andra strategier när hon stöter på problem och förstår att detta inte grundar sig i att hon är överviktig och ful. Hon behöver därmed inte längre hantera de negativa känslorna genom destruktivt agerande.

Jag vet att om jag tycker att jag är ful för att jag haft en jobbig dag, då handlar det inte om att jag är ful, då handlar det om att jag har haft en jobbig dag.

– Sofia, tidigare drabbad

Hanna (2007) har svårt att säga att hon är helt frisk. Tankarna och ångesten återstår fortfarande men i mindre omfattning. Hanna menar vidare att hon nu kan hantera känslorna. Hanna upplever att hennes tillfrisknande har varit en ständig kamp och anser

att hon behöver kämpa länge till. Hon känner fortfarande motvilja av att se sig själv i spegeln och har återkommande känslor av att vara överviktig. Hanna upplever dock att detta inte har så stor betydelse längre.

Okej, jag önskar att jag vägde 10 kilo mindre, men hur kul skulle det vara om jag gjorde det? Då skulle jag ligga där hemma på min soffa och inte orka ställa mig upp och inte orka ha roligt. För numera kan jag ha riktigt roligt! (...) Jag skulle säkerligen kunna tappa 10 kilo om jag tyckte att det var viktigast i livet, men det är inte så längre. – Hanna (Österberg 2007:189)

Några av de tidigare drabbade beskriver istället att erfarenheterna från sjukdomen har gjort dem starkare för att inte återinsjukna i ätstörningen. Sofia beskriver detta enligt följande:

När man har varit med om det helvete som det verkligen är, så ska det verkligen mycket till för att man liksom frivilligt går åt det håller igen.
– Sofia, tidigare drabbad

De personer som tidigare varit drabbade av en ätstörning beskriver att de under tillfrisknandet fann nya saker i livet som blev mycket viktigare än sjukdomen, exempelvis utomstående aktiviteter, kärleken eller känslan av att må bra. Många av de drabbade menar att de nu ser på livet annorlunda och finner längre ingen mening med att hetsäta eller svälta sig själva då de vet att sjukdomen inte har gjort dem lyckligare. Istället har de funnit att livet är meningsfullt på grund av andra faktorer. Detta kan utifrån KASAM betraktas som att den drabbade stärkt sin *känsla av meningsfullhet* eftersom den mening de fann i ätstörningen egentligen var en inbillad känsla. När det friska uppnåtts och individen ändrat sin syn på livet upphör även den negativa *kognitiva triaden* från Becks teori då de inte längre betraktar sig själva negativt. De har således ingen kognitiv triad längre vilket kan betraktas som att individen tillfrisknat från ätstörningen.

Flertalet av de tidigare drabbade som deltagit i vår studie, hävdar att en individ med en ätstörning lär sig att fara med osanning, både mot sig själv och mot omgivningen. När individen tillfrisknar, är det svårt för utomstående att lita på att vederbörande talar sanning, då det är svårt att veta om det är ätstörningen som talar eller den riktiga personen bakom. Detta är något som påverkar den tidigare drabbade hårt vilket illustreras i citatet nedan.

Något jag brottats med under många år är att försvara mitt friska tillstånd. (...)

I början var det både sårande och kränkande, men jag lärde mig samtidigt att rannsaka mig själv, och kontrollera att jag eventuellt inte ljög för mig själv.

– Cecilia (Carlsson 2009:63)

Sofia beskriver en snarlik känsla där hennes mamma ständigt gjorde henne besviken genom att betvivla hennes tillfrisknad.

Även när jag var frisk, så var jag aldrig frisk i min mammas ögon.

– Sofia, tidigare drabbad

Många av personerna i studien menar att de alltid kommer att finnas störande element i vardagen, det är därmed viktigt att lära sig hur dessa skall hanteras.

Jag har nu även insett att det alltid kommer att finnas människor som säger konstiga och dumma saker, men det betyder inte att de har rätt. Det är inget som jag måste lyssna på. Den enda som vet vad som är bäst för mig är ju faktiskt jag själv. –

Olivia (Carlsson 2009:200)

Utifrån KASAM kan omgivningens tvivel och kommentarer ses som en yttre *stressor* vilket kan påverka den drabbades syn på det egna tillfrisknandet, vilket kan leda till ett inre tvivel hos individen. Det är därför viktigt att personen utvecklat tillräckliga *generella motståndsresurser* för att ha en möjlighet att hantera omgivningen. Detta leder i sin tur till en stärkt *känsla av hanterbarhet* (Gassne, 2008).

Råd

Samtliga individer som deltagit i vår studie har bidragit med goda råd avsedda till anhöriga, utomstående och behandlare.

... viktigt att inte glömma bort personen bakom ätstörningen, vad är/var viktigt för personen innan denne blev sjuk. – Jennie (Carlsson 2009:71)

Flertalet av de som deltagit i vår studie poängterar vikten av att se till hela individen och inte endast ätstörningen. Att locka fram den riktiga personen bakom ätstörningen bidrar till att den drabbade vågar tro på att det finns något bättre i denne, utöver ätstörningen.

Att det finns en person bakom som är värd att få leva och att bli älska. Detta stämmer väl överens med det salutogena synsätt Antonovsky (1991) förespråkar. Det är därmed angeläget att som behandlare tänka i termer av hälsa för att uppnå ett positivt resultat.

Ett vanligt råd som getts av samtliga som ingått i studien, är att anhöriga och utomstående ska våga konfrontera och ifrågasätta den drabbade, vilket Cecilia uttrycker enligt följande:

Man måste störa en anorektiker, för hon blir sällan frisk av sig själv. Våga prata, våga fråga och framförallt våga lyssna och stanna kvar i känslan och stunden! Det man behöver som sjuk är att andra visar att de bryr sig om en.

– Cecilia (Carlsson 2009:59)

Som en avslutande kommentar påpekar flertalet av personerna som tidigare varit drabbade av en ätstörning att stöd och hjälp i tillfrisknandet är angeläget men i slutändan handlar det om den personliga inställningen. Det är bara den drabbade själv som kan se till att bli frisk. Utomstående kan ge verktyg för det, men det är upp till den drabbade att bestämma hur verktygen ska användas.

Stöd och hjälp är naturligtvis extremt viktigt men det är bara du själv som kan ta tag i ditt liv. Och steg ett i den här situationen är att börja äta ordentligt och kämpa emot demonerna, hur skit det än känns.– Elin A (Carlsson 2009:88)

Slutdiskussion

Vårt syfte med uppsatsen var att undersöka om det går att bli frisk från en ätstörning och vad som bör ses till i tillfrisknandet. Vi fann det intressant att undersöka ätstörningar ur ett salutogent perspektiv då synsättet sätter det friska i fokus. För att få en jämn spridning i beskrivandet av tillfriskningsprocessen har vi studerat både behandlare och tidigare drabbades perspektiv.

I resultatet finner vi fler likheter än skillnader mellan behandlarnas och de drabbades åsikter om tillfrisknandet. Vi finner detta mycket positivt eftersom förståelsen mellan behandlare och individen är grundläggande för att kunna skapa ett bra behandlingsresultat. I resultatet framkommer att de tidigare drabbade idag har ett nytt perspektiv på sjukdomen men vi är medvetna om att de individer som befinner sig i sjukdomstillståndet har en annan syn på tillvaron. Hade vi studerat individer som ännu ej anses ha tillfrisknat hade troligen resultatet blivit annorlunda då de inte lyckats etablera en god distans till sjukdomen.

Samtliga av de tidigare drabbade vi studerat anser att det går att bli helt frisk från en ätstörning med rätt behandling och motivation, men att definitionen av frisk skiljer sig åt. Några av behandlarna och några av de tidigare drabbade menar att en individ kan betraktas som frisk först när fixeringen vid mat och vikt helt upphört. Flera av de tidigare drabbade menar att trots ett normaliserat ätande kände de sig inte friska eftersom tankarna kvarstod. Andra som deltog i studien menar att tankar kring mat och vikt är normala och en del av livet. Sådana tankar behöver därför inte grunda sig i att individen har en ätstörning. I resultatet framkommer att det är mycket svårt att dra en gräns för vad som är ett friskt och ett sjukt beteende. Detta måste ses individuellt och det väsentliga är hur den drabbade hanterar sin tillvaro och inte innehållet i den.

De individer vi studerat framhäver en rad olika faktorer som underlättar tillfrisknandet och i resultatet kan vi se att insikt om problematiken är den företrädesvis viktigaste komponenten. Såväl behandlare som drabbade anser att förutsättningarna för att bli frisk är mycket små om individen inte förstår att denne är sjuk. Därefter är det svårt att urskilja en specifik faktor som generellt är avgörande för återhämtningen. Varje individ finner sina egna personliga drivkrafter i tillfrisknandet vilka exempelvis kan grunda sig i den sociala situationen, det fysiska måendet eller i en utomstående aktivitet.

Flertalet av de tidigare drabbade vi studerat anser att behandlingen i sig inte alltid är avgörande, istället lyfter de fram relationen till behandlarna som central. För att uppnå ett bra behandlingsresultat är det viktigt att den drabbade känner förtroende för sin behandlare. Det är viktigt att inte bemöta den drabbade på ett förnedrande och dömande sätt då detta kan leda till att den drabbade motsätter sig behandling och betvivlar att behandlaren har goda intentioner. Vidare menar både de tidigare drabbade och behandlare att behandlingen bör utformas i samråd och delaktighet med den drabbade. Där igenom skapas en bra allians och chanserna för ett positivt resultat ökar.

För att uppnå bästa behandlingsresultat menar såväl behandlare som drabbade i vår studie att det är viktigt att behandla hela människan. Ätstörningen grundar sig vanligen i större problem så som i en förvrängd självbild eller avsaknad av strategier för att hantera motgångar. Förutom att förändra ätbeteendet är det därför också grundläggande att förstå vad ätstörningen uttrycker och behandla den. Om inte båda delarna förenas och fokus endast sätts på ätstörningens yttring, som är visuellt utmärkande, finner vi det svårt att se att det kan ske en påtaglig förbättring i de drabbades liv.

Slutord

Utifrån ett salutogent perspektiv på ätstörningar finner vi det angeläget att definiera vad det innebär att vara frisk. Vi anser att en definition av begreppet skulle innebära ett konkret mål att sträva efter och därmed förenkla tillfrisknandet för den drabbade. Men frågan när en individ med en ätstörning bör betraktas som frisk är svår att besvara eftersom det inte finns en tydlig gräns för när tankar om vikt och utseende bör betraktas som problematiskt.

I vår undersökning förvånades vi över hur lite utrymme friska komponenter får i litteraturen. Ätstörningar beskrivs vanligen utifrån dess konsekvenser och orsakande faktorer vilket vi ser som en möjlig orsak till att bilden av sjukdomen präglas av negativitet och hopplöshet. Utifrån vår uppsats är vi medvetna om att det är svårt att bli frisk och att tillfriskningsprocessen är individuell. Vi förstår därför komplexiteten i att forska kring ämnet och finna generella svar på vad den ultimata behandlingen innebär. Utifrån vår studie kan vi se att ett friskt beteende generellt grundar sig i ett inre välbefinnande där motgångar kan hanteras utan att personen riktar destruktiva tankar mot sig själv. Behandlingsmetoder, orsakssamband och stöd från omgivningen är betydelsefullt men det grundläggande är att den drabbade själv vill och vågar bli frisk.

Vi anser därför att forskningen i större omfattningen bör fokusera på att det faktiskt går att bli frisk. Enligt oss är det först då det går att uppnå slutmålet när även de drabbade inser att det går att tillfriskna och vågar välja vägen in mot det okända – vågar bli friska.

Litteraturförteckning

- Allgulander, C. (2008). *Klinisk Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Aspers, P. (2007). *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber AB.
- Björk, T. (2008). *Measuring Eating Disorder Outcome – Definitions, dropout and patients' perspectives*. Örebro: Örebro University.
- Blinder, B., Cumella E., & Sanathara, V.(2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, volym 68. ss. 454–462
- Bottorff, J. L. & Lamoureux, M. M. (2005). Becoming the real me: Recovering from anorexia nervosa. *Health Care Women International*, volym 26. nr 2. ss. 170–189.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders, (red) D.M. Garner & P.E Garfinkel, *Handbook of psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Buis, H., Pieters, G., Probst, M.& Vanderlinden, J. (2007). Which Elements in the Treatment of Eating Disorders Are Necessary 'Ingredients' in the Recovery Process?—A Comparison between the Patient's and Therapist's View. *European Eating Disorders Review*, volym 15. nr 5. ss. 357-365.
- Bulik, M., Fear, J., McKenzie, J., Sullivan, P. & Tozzi, F. (2002). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, volym 33. nr 2. ss. 143-155
- Carlsson, G. (2009). *Frisk och fri från ätstörningar*. Falun: ScandBook.
- Claude-Pierre, P. (1997). *Ätstörningarnas hemliga språk*. Stockholm: Forum.
- Clinton, D. (2008a). *Anorexi* (Elektronisk) Tillgänglig:
<<http://www.1177.se/allakapitel.asp?CategoryID=25470&AllChap=True&PreView=>>
(Läst 2010-04-15).
- Clinton, D. (2008b). *Bulimi* (Elektronisk) Tillgänglig:
<<http://1177.se/allakapitel.asp?CategoryID=25482&AllChap=True&PreView=>>>(Läst 2010-04-15).

- Clinton, D., Engström, I. & Norring, C. (2002). Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt, (red) Clinton, D. & Norring, C. *Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Davidsson, B. & Lillman Ringborg, C. (2001). *Matkampen - om ätstörningar i familjen*. Göteborg: Gothia.
- Diagnostiska kriterier DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, American Psychiatric Association, 1997.
- Duker, M. & Slade, R. (2003). *Anorexia nervosa and bulimia: how to help*. Philadelphia: Open University Press
- Engquist, A. (2004). *Att tänka om. Från färdiga föreställningar till nya perspektiv*. Stockholm: Prisma.
- Engström, I (2002). Ätstörningarnas förekomst, (red) Clinton, D. & Norring, C. *Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan
- Ghaderi, A., & arling, T. (2007). *Från självsvalt till ett fullvärdigt liv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Herlofson, J. (2010). *Kognitiv teori*. (red) Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Hydén, L.-C. & Hydén, M. (1997). *Att studera berättelser*. Stockholm: Liber.
- Hägglöf, B. & Nilsson, K. (2006). Patient Perspectives of Recovery in Adolescent. *Eating Disorders* , volym 14. nr 4. ss. 305-311.
- Hällström, T. (1999). Självsvalt under 1 500 år: verk av Gud, djävulen eller viktfixeringen. *Läkartidningen*, volym 96 nr 43.
- Hällström, T. (2010) Ätstörningar. (red) Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, A. (2005). *Narrativ teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

- Kåver, A. (2002) Kognitiv beteendeterapi vid ätstörningar. (red) Clinton, D. & Norring, C. *Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lundin, A. (2010). *Somatoforma syndrom*. (red) Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, K. (2007). *Recovery from adolescent onset anorexia nervosa - A longitudinal study*. Umeå: Umeå University.
- Norring, C. & Clinton, D. (2002) Historik. (red) Clinton, D. & Norring, C. *Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Oestrich, I. (2003). *Tankens kraft – kognitiv terapi i klinisk praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Perris, C. (1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom – en bok om anorexia*. Falun: Författarhuset.
- Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse. (2005). *Ätstörningar – kliniks ariktlinjer för utredning och behandling*. Nr 8 Stockholm: Gothia AB.
- Thurfjell, B. (2005). *Adolescent Eating Disorders in a Sociocultural Context*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Van der Ster, G. (2005). *Mattillåtet*. Stockholm: Forum.
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. (Elektroniskt) Tillgänglig: <<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> (Läst 2010-05-21).
- Österberg, H. (2007). *Varje dag har vi en liten tävling*. Stockholm: Hjalmarsson och Högberg förlag.