



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

”Den dagen du äter en kaka är du frisk”

*En kvalitativ studie om tolv personers upplevelser av vad som krävs
för att bli frisk från ätstörningar*

Louise Björnestrand & Gorana Čaćija

Psykologexamensuppsats. 2012

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Sven Ingmar Andersson

Abstract

Eating disorders are the third largest mental illness in females. Many of those who recover never regain a healthy relationship towards food and over 50% of those with eating disorders do not recover from the disorder. In order to better understand the factors underlying the recovery process, focus ought to be placed on the perspectives of those experiencing eating disorders. The aim of this qualitative study was to explore how individuals with previous eating disorders define recovery and what contributing factors facilitated their recovery. Twelve women were interviewed to broaden the understanding surrounding the process of recovery from anorexia nervosa, bulimia nervosa or eating disorder not otherwise specified. Participants who stated they had prior experience of eating disorders and had at some point been in contact with health care professionals were selected for the study. Semi-structured interviews were conducted and a thematic analysis applied to the interview data. The results yielded ten themes relating to the research questions. The results lend support to the transdiagnostic perspective. The analysis implied complexity in the definition of recovery and what the recovery process entails. The implications of the results are discussed alongside suggestions for future research.

Keywords: recovery, anorexia nervosa, bulimia nervosa, EDNOS, qualitative study.

Innehåll

Introduktion.....	1
Teori.....	1
<i>Historik</i>	1
<i>Anorexia nervosa</i>	2
<i>Bulimia nervosa</i>	3
Ätstörning utan närmare specifikation (UNS).....	3
<i>Prevalens</i>	4
<i>Uppkomst</i>	4
<i>Biologiska faktorer</i>	4
<i>Sociokulturella faktorer</i>	4
<i>Psykologiska faktorer</i>	5
<i>Konsekvenser</i>	5
<i>Utfall</i>	5
<i>Fysiska konsekvenser</i>	6
<i>Psykologiska konsekvenser</i>	6
<i>Vad är psykisk sjukdom?</i>	7
<i>Behandling</i>	9
<i>Anorexia nervosa</i>	9
<i>Bulimia nervosa</i>	9
<i>Kritik mot nuvarande behandling och forskning</i>	9
<i>Farmakologisk behandling</i>	10
<i>En diagnos eller tre</i>	10
<i>Tillfrisknande</i>	11
<i>Definitionen av tillfrisknande</i>	11
<i>Problematisering av tillfrisknande</i>	12
<i>Olika faktorer vid tillfrisknande</i>	14
<i>Sociala- och interpersonella faktorer</i>	14
<i>Självkänsla</i>	15
<i>Ett sammanhållet själv</i>	16
<i>Hanterande av känslor/problem</i>	16
<i>Återställande av symtom</i>	16
<i>Ambivalens kring tillfrisknande</i>	17

<i>Mening och motivation.</i>	17
<i>Syfte och frågeställningar.</i>	18
Metod	18
<i>Datainsamlingsmetod</i>	18
<i>Deltagare</i>	19
<i>Material</i>	19
<i>Procedur</i>	20
<i>Selektion.</i>	20
<i>Genomförande av datainsamling.</i>	20
<i>Genomförande av analysen.</i>	21
Resultat	23
<i>Insikt och motivation</i>	23
<i>Att bli sedd och tagen på allvar</i>	26
<i>Att hantera känslor</i>	28
<i>Att fokusera på annat än ätstörningen</i>	30
<i>Att inte bli sedd som den sjuka</i>	32
<i>Utvecklande av självkänsla</i>	34
<i>Att vara frisk är något mer än det fysiska</i>	36
<i>Minska begränsningar</i>	39
<i>Acceptans och lärdom</i>	41
<i>Ambivalens till vad det är att vara frisk</i>	42
Diskussion	45
<i>Resultatdiskussion</i>	45
<i>Insikt och motivation.</i>	45
<i>Att bli sedd och tagen på allvar.</i>	46
<i>Att hantera känslor.</i>	46
<i>Att fokusera på annat än ätstörningen.</i>	47
<i>Att inte bli sedd som den sjuka.</i>	47
<i>Utvecklande av självkänsla.</i>	47
<i>Att vara frisk är något mer än det fysiska.</i>	48
<i>Minska begränsningar.</i>	49
<i>Acceptans och lärdom.</i>	49
<i>Ambivalens till vad det är att vara frisk.</i>	50

<i>Problematisering kring vad tillfrisknande innebär</i>	50
<i>Problematisering kring definitionen av tillfrisknande</i>	50
<i>Problematisering kring samsjuklighet</i>	51
<i>Slutsats av resultatdiskussion</i>	52
<i>Metoddiskussion</i>	54
<i>Metodval</i>	54
<i>Val av selektionskriterier</i>	55
<i>Tillförlitlighet och objektivitet</i>	56
<i>Val av resultatframställning</i>	57
<i>Etiska överväganden</i>	58
<i>Framtida forskning</i>	58
<i>Slutsats</i>	59
Referenser.....	60
Bilaga 1	i
Bilaga 2	iii
Bilaga 3	v
Bilaga 4	vi

Introduktion

Ätstörningar är den tredje största kroniska sjukdomen bland unga kvinnor idag (Fisher, Golden, Katzman, Kreipe, Rees, Schebendach et al., 1995). I många fall utvecklas ett tillfrisknande som aldrig medför en normal relation till mat (D'Abundo & Chally, 2004). Mer än 50 % av de sjukdomsdrabbade blir inte friska och är i riskzonen för ett kroniskt tillstånd (Steinhausen, 2002). Sjukdomsförloppet är allvarligt och påverkar de drabbades fysiska och psykiska hälsa, samt sociala liv.

Vad det innebär att vara frisk från ätstörning förefaller till en början som enkelt att definiera: Om en individ inte längre uppfyller ett av DSM-IV:s (American Psychiatric Association [APA], 2000) krav för en ätstörningsdiagnos har man inte längre diagnosen. Oftast uppnås en normalisering i fysiska symtom först, vilket innebär att den sjukdomsdrabbade fortfarande är psykiskt påverkad av sjukdomen (Noordenbos, 2011; Saccomani, Savoini, Cirrincione, Vercellino, & Ravea, 1998). Att inte nå en psykisk förändring innebär en stor risk för återfall och utveckling av annan ätstörning (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Forskning visar att helt andra faktorer än de som nämns i standardiserade utvärderingar av tillfrisknande är av betydelse för de sjukdomsdrabbade (Pettersen & Rosenvinge, 2002). För att få en klarare bild av vilka faktorer som är av betydelse för tillfrisknande, bör mer fokus läggas på de sjukdomsdrabbades upplevelser (Pettersen & Rosenvinge, 2002). Denna studie ämnar ge en djupare förståelse för vad tillfrisknande från ätstörning innebär samt vilka faktorer som är viktiga vid tillfrisknande.

Teori

Nedan ges en beskrivning av ätstörningsdiagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning utan närmare specifikation (UNS). Efter beskrivningen följer ett avsnitt om hur man bedömer psykisk sjukdom, behandling samt en kort presentation angående gränsdragningen mellan ätstörningsdiagnoserna. Därefter beskrivs hur tillfrisknande från ätstörningar definieras och vilka faktorer som anses avgörande i tillfriskningsprocessen. Introduktionen avslutas med uppsatsens syfte och frågeställning.

Historik

Den första kända beskrivningen av anorexia nervosa gjordes år 1694 av den engelske hovläkaren Richard Morton (Clinton & Norring, 2002). Anorexia nervosa betyder ordagrant nervös aptitlöshet. Intresset för anorexia nervosa växte under första hälften av 1900-talet och

från 1940-talet utmärktes tillståndet av det psykoanalytiska synsättet (Clinton & Norring, 2002). Klassisk psykoanalytisk behandling som endast utgår från tolkningar av omedvetna drifter och motiv anses idag av många som ineffektiv vid behandling av anorexia nervosa (Clinton & Norring, 2002). Psykoanalytikern Hilde Bruch bröt det klassiska psykoanalytiska synsättets dominans under 1960- och 70-talen (Clinton & Norring, 2002). Bruch hävdade att klientens självvält återspeglar en strävan för autonomi, kompetens, kontroll och självrespekt. Bruchs teorier banade väg för utvecklingen av kognitiva behandlingsmodeller under 1980-talet. (Clinton & Norring, 2002).

Bulimia nervosa blev uppmärksammat och igenkänt som ett diagnostiskt tillstånd år 1979 (Clinton & Norring, 2002). Det var först i DSM-III-R år 1987 som diagnosen fick namnet bulimia nervosa (Clinton & Norring, 2002). Ätstörning UNS är en del av DSM-IV (APA, 2000) och beskriver en ätstörning som inte passar in på någon av de etablerade diagnoserna anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Forskning beträffande ätstörning UNS har ökat sedan 1980-talet. Trots det utgör forskningen gällande ätstörning UNS en mycket liten del jämfört med den forskning som bedrivits avseende anorexia nervosa och bulimia nervosa (Clinton, 2010).

Anorexia nervosa

Personer med diagnosen anorexia nervosa har en vikt som är lägre än vad som anses adekvat för personens ålder och längd (se bilaga 1 för diagnostiska kriterier). Sjukdomsbilden präglas av en stark rädsla för att gå upp i vikt. Trots att den sjukdomsdrabbade är underviktig upplevs en del av eller hela kroppen som tjock. Självkänslan grundas överdrivet mycket på smalhet (APA, 2000; Ottosson, 2009).

Symtom vid anorexia nervosa får ofta en egen vilja som tar övertaget över individen (Strober och Johnson, 2012). Med tiden utvecklas tanken och känslan hos den sjukdomsdrabbade att all mat är fettbildande på kroppen (Ottosson, 2009). I de flesta fall anser den sjukdomsdrabbade att viktuppgång är ett misslyckande vilket åtföljs av självbestraffning i form av utökade restriktioner gällande mat och större krav på motion (Klein & Walsh, 2003). Ett socialt undvikande är vanligt för individer drabbade av anorexia nervosa, där man främst undviker sociala sammanhang där mat ingår (Klein & Walsh, 2003). Den trötthet, irritabilitet och försämrade koncentrationsförmåga som kommer till följd av sjukdomen, leder till att individen inte upplever tidigare intressen som givande (Klein & Walsh, 2003).

Bulimia nervosa

Liksom anorexia nervosa präglas bulimia nervosa av en viktfobi, en felaktig kroppsbild där individens självkänsla grundas på hur smal man är/hur mycket man äter, samt en strävan att inte gå upp i vikt (se bilaga 1 för diagnostiska kriterier). Skillnaden mellan diagnoserna är bland annat att individer med bulimia nervosa ofta upplever en kontrollförlust över vad de äter, samt att ätandet går till överdrift. Den sjukdomsdrabbade äter periodvis stora mängder mat under kort tid, mer än vad man normalt skulle äta. Episoden kallas för hetsätning. Oron kring att gå upp i vikt tar över och resulterar, i vissa fall av bulimia nervosa, i att individen åtar sig rensningsåtgärder så som självframkallade kräkningar; användning av laxeringsmedel, diuretika, lavemang eller överdriven motion. (APA, 2000; Ottosson, 2009).

Antagandet finns att personer drabbade av bulimia nervosa har svårt att hantera känslor som ilska, ångest och nedstämdhet (Fairburn et al., 2003). Hetsätning och kompensatoriskt beteende anses användas för att neutralisera dessa känslotillstånd (Fairburn et al., 2003). Trots det periodvis stora matintaget har individen med bulimia nervosa vanligen en normalvikt, eller är något underviktig (APA, 2000; Ottosson, 2009). Bulimia nervosa orsakar liksom anorexia nervosa ett stort lidande för individen.

Ätstörning utan närmare specifikation (UNS)

Ätstörning utan närmare specifikation (UNS) är en del av DSM-IV och beskriver en ätstörning som inte passar in på någon av de etablerade diagnoserna anorexia nervosa eller bulimia nervosa (APA, 2000). UNS är den vanligast förekommande diagnosen i kliniskt sammanhang (Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007). Bland de i samhället som har en ätstörning utgör ätstörning UNS tre fjärdelar av alla diagnostiserade fall (Machado et al., 2007). En del av personerna med UNS uppfyller inte kriteriet amenorrhea för anorexia nervosa och får därför diagnosen UNS, en del uppfyller inte kriteriet för beteende symtom för diagnosen bulimia nervosa (Machado et al., 2007). Kriterierna för ätstörning UNS är nästan de samma som för anorexia nervosa och bulimia nervosa (se bilaga 1). Trots att det bedrivits mer forskning sedan 1980-talet beträffande UNS än tidigare decennier, så är forskningen gällande UNS en mycket liten del jämfört med den del forskning som bedrivits beträffande anorexia nervosa och bulimia nervosa (Clinton, 2010). Forskning och litteratur rörande ätstörning UNS är begränsad, därför kommer resterande teorier främst röra anorexia nervosa och bulimia nervosa.

Prevalens

Det är problematiskt att göra en exakt skattning av prevalensen av ätstörningar. Studier baseras vanligen på de individer som kommer i kontakt med vården, men det finns en stor del drabbade som inte får någon hjälp (Clinton, 2010; Hoek & van Hoeken, 2003; Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007). Av den anledningen kan man anta att prevalensen för ätstörningar är högre än beräknat, då majoriteten av drabbade aldrig får vård (Hoek & van Hoeken, 2003).

Prevalensen för anorexia nervosa skattas i västra Europa och USA ungefär till 0,3 % för unga kvinnor, för bulimia nervosa skattas prevalensen vara 1 % (Hoek & van Hoeken, 2003). Ätstörning UNS är den vanligast förekommande ätstörningen med en prevalens på 2,37 % (Machado et al., 2007). Flera studier har enligt Clinton (2010) visat att en överväldigande andel ätstörningspatienter får diagnosen ätstörning UNS.

Uppkomst

Ätstörningars ursprung har debatterats mycket, särskilt angående betydelsen av biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer (Clinton & Engström, 2002). Hur vida uppväxt, påverkan av massmedia och samhällets slankhetsideal, eller ärftlighet spelar in i om en individ utvecklar en ätstörning är än idag frågor som diskuteras. Etiologin bakom ätstörningar är komplicerad och handlar om ett samspel mellan många olika faktorer över tid (Clinton & Engström, 2002).

Biologiska faktorer. Intresset för betydelsen av biologiska faktorer har ökat de senaste åren. Studier har generellt visat att anorexia nervosa och bulimia nervosa är vanligare hos släktingar till sjukdomsdrabbade än bland den övrig befolkningen (Clinton & Engström, 2002). Tvillingstudier har visat mycket varierande resultat angående ärftlighet. Siffrorna för ärftligheten av ätstörningar varierar enligt Fairburn et al. (1999) från 0 % - 83 % för anorexia nervosa och mellan 0 % - 70 % för bulimia nervosa. Att så stora skillnader i heritabilitetsstudier finns beror på olika metodologiska problem och att det är svårt att kontrollera för miljöpåverkan (Clinton & Engström, 2002). Att tolka resultaten från dessa studier är ett problem. Även då man lyckats säkerställa ett genetiskt arv kvarstår frågan om vad som faktiskt nedärvt (Clinton & Engström, 2002).

Sociokulturella faktorer. Ätstörningar förekommer i högre grad bland kvinnor än män och tycks vara mer ovanliga utanför västvärlden (Clinton & Engström, 2002). Detta kan tyda på att vissa sociokulturella faktorer föreligger gällande ätstörningars etiologi (Clinton & Engström, 2002). Många anser idag att sociokulturella faktorer är viktiga att ta hänsyn till om

man vill förstå hur och i vilket sammanhang ätstörningar utvecklas. Sociokulturella teorier fokuserar ofta på värdering och förändringar kring kvinnans roll i samhället (Clinton & Engström, 2002). Man har funnit att meningen de sjukdomsdrabbade lägger i ätstörningen reflekterar aktuella värderingar och varierar med tid (Clinton & Engström, 2002).

Psykologiska faktorer. De viktigaste psykologiska faktorerna som idag anses bidra till utvecklandet av en ätstörning är bland annat olika former av trauma, familjemönster, kognitiva och beteendemässiga faktorer samt barnets tidiga utveckling (Clinton & Engström, 2002). Klein och Walsh (2003) menar att puberteten kan vara en riskfaktor för utvecklandet av anorexia nervosa. Antaganden finns om att utlösningen av sjukdomen kan orsakas av en stressfylld livshändelse (APA, 2000).

Vissa studier har implicerat anknytningsproblem i barndomen (Broberg, Hjalms & Nevenon, 2001) och problem relaterade till utvecklingen av identiteten (Akthar, 1984). Kognitiva modeller har utvecklats som förklarar ätstörningars uppkomst genom att individer värderar sig själva utifrån ens ätvanor, ens form och vikt och ens förmåga att kontrollera dessa (Fairburn et al., 2003).

Konsekvenser

Utfall. De flesta studier som beskriver förloppet av anorexia nervosa baseras på individer som har varit sjukhusinlagda för anorexia nervosa (First & Tasman, 2004). Förloppet och utfallet av anorexia nervosa varierar i hög grad. Somliga individer har sjukdomen under en enstaka episod i livet; andra lyckas gå upp i vikt för att återigen insjukna, och en del utvecklar ett kroniskt tillstånd (First & Tasman, 2004). Enligt Steinhausen (2002) anses 46 % av patienterna med anorexia nervosa tillfriskna helt, en tredjedel av patienterna tillfrisknar delvis då vissa kvarvarande symtom finns, och 20 % av de drabbade förblir kroniskt sjuka. Utav de som delvis tillfrisknar övergår en del patienter till bulimia nervosa eller har kvarvarande strikta regler gällande mat (First & Tasman, 2004). Vid uppföljning uppvisar över 50 % av patienterna med anorexia nervosa antingen en hel eller delvis uppfylld ätstörningsdiagnos i kombination med en annan psykiatrisk diagnos eller enbart en psykiatrisk diagnos utan ätstörning (Steinhausen, 2002). Longitudinella studier visar visst stöd för att återfall mer sannolikt inträffar bland de individer som använder utrensande metoder (kräkning och laxering), de som har en lägre kroppsvikt, de som varit sjuka under en längre period, för de individer som fått anorexia nervosa i en senare ålder och då komorbiditet förekommer (Federici & Kaplan, 2008). Positiva prognostiska faktorer är låg ålder vid insjuknande samt hög social status (Ottosson, 2009).

En femårsuppföljning av individer diagnostiserade med bulimia nervosa visar att cirka 17 % fortfarande uppfyller kraven för diagnosen och att 50 - 66 % har en ätstörning som anses allvarlig utifrån ett kliniskt perspektiv (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000). En tredjedel av patienterna anses tillfriskna (Fairburn et al., 2000).

En tredjedel av de individer som tillfrisknar från bulimia nervosa återinsjuknar inom loppet av ett år (Fairburn et al., 2000). Risken för återinsjuknande anses avta fyra år efter det att sjukdomen utvecklats (Keel & Mitchell, 1997). Positiva prognostiska faktorer är liksom för anorexia nervosa låg ålder vid insjuknande samt hög social status (Ottosson, 2009). Studier pekar på att flertalet av individer med formen bulimia nervosa utan självrensning tillfrisknar inom fem år (Fairburn et al., 2000). För de individer som har diagnosen bulimia nervosa med rensningsåtgärder förekommer perioder med tillfälliga förbättringar följda av återfall (Fairburn et al., 2000).

Fysiska konsekvenser. Dödligheten till följd av anorexia nervosa beräknas vara över 10 %. De vanligaste orsakerna till dödlighet är allvarlig svält, infektioner samt mag- och tarmproblem (Herzog, Deter, Schellberg, Seilkopf, Sarembe, Kroger et al., 1992; First & Tasman, 2004). I de flesta av fallen leder inte anorexia nervosa till död utan snarare till flera olika reversibla eller icke reversibla problem (Ogden, 2010). Anorexia nervosa är relaterat till problem med skelett och tänder, fortplantningsfunktion, kardiovaskulära funktioner och nervsystemet (Ogden, 2010). Dödlighet till följd av bulimia nervosa skattas till 0,3 % (Keel & Mitchell, 1997). De fysiska konsekvenserna av bulimia nervosa liknar ofta de konsekvenser som associeras till anorexia nervosa. Problem med det kardiovaskulära systemet, tanderosion, mag- och tarmproblem samt hudrelaterade problem hör till de vanligast förekommande vid bulimia nervosa (Pettersen, 2007; Ogden, 2010). Hetsätningen leder ofta till fysisk utmattning (Pettersen, 2007).

Psykologiska konsekvenser. En stor andel av de som tillfrisknar från anorexia nervosa drabbas av depression eller hamnar i ett drog- eller alkoholmissbruk (First & Tasman, 2004). Depression är en vanlig psykologisk konsekvens vid anorexia nervosa. Flera studier visar att nära hälften av patienterna är deprimerade (Ogden, 2010). I Halmi, Eckert och Marchis (1991) studie beräknas att 68 % av individerna med anorexia nervosa är deprimerade. Författarna finner även stöd för att depression är mer vanlig förekommande hos individer med anorexia nervosa som använder självrensningsmetoder (Halmi et al. 1991). Enligt Halmi et al. (1991) har 65 % av individerna med anorexia nervosa ångestsyndrom. Social fobi och tvångssyndrom är de vanligast förekommande ångestsyndromen (Halmi et al., 1991). Utav individer med diagnosen bulimia nervosa uppfyller cirka 40 % kriterierna för depression

(Fairburn et al., 2000). En stor andel har fortsatt låg självkänsla fem år efter insjuknandet (Fairburn et al., 2000). Lunde, Fasmer, Akisal, Akisal och Oedegaard (2009) fann att bipolärt syndrom oftare förekommer hos patienter med bulimia nervosa än bland patienter med anorexia nervosa.

Andra vanliga psykologiska konsekvenser vid ätstörningar är bland annat koncentrationssvårigheter, trötthet och irritabilitet (Klein & Walsh, 2003). Det finns även forskning som tyder på uppmärksamhets-, minnes- och inlärningssvårigheter hos patienter med anorexia nervosa och hög impulsivitet hos patienter med bulimia nervosa (Ogden, 2010).

Vad är psykisk sjukdom?

Inom psykiatrin används DSM som en allmän manual för klassifikation av psykisk sjukdom (Horwitz, 2007). DSM är inte en manual över psykisk sjukdom som alltid funnits och som under all den tid den existerat gett samma definition av psykisk sjukdom. Manualen har getts ut i olika upplagor där kriterierna för diagnoserna sett olika ut (Maser, Norman, Zisook, Everall, Stein, Schettler et al., 2009). Enligt Maser et al. (2009) samt Mullins-Sweatt och Widiger (2009) har DSM bidragit till gemensamma kriterier och riktlinjer för vad som gäller vid diagnostisering, kriterier som även underlättat forskningen inom psykopatologi. Flera yrkeskategorier har nu ett gemensamt språk för diagnosticering, eftersom DSM har bidragit med unisona kriterier för olika diagnoser.

Diagnoserna i DSM är kategorier där vissa symtom behöver uppnås för att diagnosen ska fastställas (Maser et al., 2009) vilket ger en kategorisk syn på psykisk sjukdom. Det ska finnas "klara" gränser mellan psykisk hälsa och ohälsa. Man söker efter en organisk orsaksförklaring där psykisk sjukdom strävar efter att klassas med samma principer som fysiska sjukdomar (Maser et al., 2009). Denna organiska orsaksförklaring är svår att finna gällande psykisk ohälsa. Problemet är att många diagnoser har gemensamma symtom, vilket gör att samsjuklighet ökar då man inte har en organisk orsaksförklaring till de flesta diagnoser (Maser et al., 2009). Maser et al. (2009) beskriver att symtom under det tröskelvärdet som anges i DSM:s diagnoskriterier utgör normalitet.

Enligt Horwitz (2007) anses det i DSM-IV att reaktioner som är proportionerliga svar på sociala omständigheter inte är psykisk sjukdom. Exempelvis är sorgen över att ha förlorat någon närstående en naturlig reaktion på situationen och skiljs från sorg förknippat med depression. Horwitz (2007) menar att DSM-IV ställer sig i linje med det resonemang kring psykisk sjukdom som existerat genom historien. Kritiken Horwitz (2007) riktar mot DSM-IV är att manualen ofta vänder sig mot sin egen definition av psykisk sjukdom. Manualen

inkluderar ofta symtomkriterier som är ett naturligt resultat av en stressfylld situation i diagnostiseringen av psykisk sjukdom. Horwitz (2007) menar att problemet i att definiera psykisk sjukdom som något tillsynes patologiskt i individen utesluter en diskussion gällande sociala strukturer som ofta leder till stress. Istället för att förändra problem i de sociala situationerna har man börjat klassificera individen som sjuk (Horwitz, 2007).

Enligt Horwitz och Wakenfield (2007) har psykisk sjukdom blivit alltmer tillgängligt för gemene man i takt med spridningen av dess definition genom populära tidningar, böcker, TV och i vardagliga diskussioner mellan människor. Dessa utsagor om mental hälsa betonar ofta hur känslor som man tror är normala i själva verket ses som tecken på mental ohälsa (Horwitz & Wakefield, 2007). Horwitz och Wakenfield (2007) beskriver hur de symtombaserade kriterierna i DSM-III bidragit till spridningen av kunskap om psykisk ohälsa till allmänheten. Kriterierna i DSM är enligt Horwitz och Wakenfield (2007) skrivna utan kontext. Detta har lett till att man exempelvis i öppenvården tillämpat DSM:s kontextfria kriterier och att personer med normal nedstämdhet diagnostiserades med depression (Horwitz & Wakenfield, 2007). Även Weiss, Tram, Weisz, Rescorla, och Achenbach (2009) menar att DSM-systemet sällan tar hänsyn till kontextuella faktorer. En medvetenhet bör enligt Weiss et al. (2009) finnas angående den kulturkontext som färgar vår syn på psykisk ohälsa. En annan problematisering är tillämpningen av DSM-systemet. Det finns forskning som talar för att kliniker inte följer de riktlinjer som anges i DSM (Millins-Sweatt & Widiger, 2009). Enligt Millins-Sweatt och Widiger (2009) har DSM-systemet visat sig vara mer användbart för forskare som har gott om tid att gå igenom olika symtom och kriterier. Gällande kliniker som ofta har begränsat med tid, har det visat sig att DSM inte varit lätt att greppa och tillämpa (Millins-Sweatt & Widiger, 2009).

Sammanfattningsvis utgår man idag ifrån DSM-IV:s manual vid bedömningen av psykisk ohälsa. I DSM:s definition av psykisk ohälsa beskrivs inledningsvis att bedömningen bör omfatta den sociala kontext personen befinner sig i. Manualen har kritiserats då forskare anser att symtomkriterierna för diagnoserna i DSM inte inkluderar den kontext problem uppkommer i. Därför finns risken för att normala reaktioner som uppkommer till följd av påfrestningar i omgivningen klassas som psykisk sjukdom. Enligt Maser et al. (2009) finns DSM:s kategorier för att varje diagnos ska leda till en bra behandling. Eftersom ätstörningar är en diagnos i DSM gäller denna generella kritik av definitionen av psykisk sjukdom även ätstörningsdiagnoserna.

Behandling

Valet av behandling för ätstörningar är vanligtvis kognitiv beteendeterapi för vuxna med diagnosen bulimia nervosa, samt familjeterapi för unga vuxna med diagnosen anorexia nervosa (Clinton, 2010).

Anorexia nervosa. Det första målet med behandling av anorexia nervosa är att individen som drabbas av sjukdomen ska gå upp i vikt för att nå sin normalvikt (Klein & Walsh, 2003). Man bör övervaka den sjukdomsdrabbades måltider varje dag samt se till att individen inte ägnar sig åt motionering (Klein & Walsh, 2003). När viktuppgången börjar är psykoterapi en viktig del av behandlingen, där både individuell terapi och gruppterapi anses ha god effekt (Klein & Walsh, 2003). Här bör fokus läggas på de problem individer med anorexia nervosa ofta upplever då de börjar gå upp i vikt (Klein & Walsh, 2003). Fortsatt psykoterapi och kognitiv beteendeterapi rekommenderas i syfte att förhindra återfall då individen börjar återställa sin normalvikt (Klein & Walsh, 2003). Stöd finns för att familjeterapi är effektivt för de individer som insjuknat i ungdomsåren och som inte haft en längre episod av sjukdomen (Kaplan, 2002). I övrigt finns lite stöd för den inverkan andra psykoterapeutiska behandlingar har på anorexia nervosa. Visst stöd finns för att kognitiv beteendeterapi har goda resultat gällande återfallsprevention (Klein & Walsh, 2003).

Bulimia nervosa. Stöd finns för två typer av behandling gällande bulimia nervosa: Den första är en kortvarig behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) som varar under en period av fyra till sex månader (Klein & Walsh, 2003). Den andra behandlingen som fått stöd i forskning beträffande bulimia nervosa är medicinering mot depression, detta är effektivt oavsett om individen drabbad av bulimia nervosa är deprimerad eller inte (Klein & Walsh, 2003). En del patienter svarar inte positivt på vare sig KBT eller antidepressiv medicinering (Clinton, 2010; Klein & Walsh, 2003). Hospitalisering kan då behövas för dessa patienter (Klein & Walsh, 2003). Förutom KBT som terapeutisk behandlingsform finns visst stöd för interpersonell terapi (Klein & Walsh, 2003).

Kritik mot nuvarande behandling och forskning. Clinton (2010) har kritiserat den behandling som ges patienter med ätstörningsdiagnoser och den forskning som bedrivs gällande ätstörningar. Clinton (2010) menar att kliniskt verksamma oftast inte följer riktlinjer för evidensbaserad praxis. Forskning å andra sidan använder renodlade fall av ätstörningar som inte verkar vara lika frekventa i verkligheten (Clinton, 2010). Följden blir att forskning inte blir relevant för den kliniska verksamhet där den ämnas appliceras (Clinton, 2010). Det har visat sig att en applicering av ”bästa utövande” inte är en försäkran om att patienterna kommer att må bättre (Clinton, 2010). KBT har visat sig vara effektivt enbart för 40 – 50 %

av fallen med bulimia nervosa (Fairburn et al., 2003; Gowers et al., 2007). Orsaken till detta kan vara att de fall som representeras av forskning föga speglar de individer i samhället som drabbas av ätstörningar. Den största andelen av patienter med ätstörning som påträffas hos terapeuter har ätstörning UNS och inte en ren anorexia nervosa eller bulimia nervosa vilket är diagnoser som ofta förekommer i forskning (Clinton, 2010).

Farmakologisk behandling. Farmakologisk behandling har ofta använts i samband med behandling av ätstörningar i syfte att behandla psykologiska åkommor som ångestsyndrom, tvångssyndrom och depression. Läkemedelsbehandling har hittills inte visat sig vara effektiv vid behandling av kärnsymtomen vid anorexia nervosa i den akuta fasen av sjukdomsförloppet (Clinton & Engström, 2002). Forskning visar att SSRI-preparat kan förhindra återfall hos patienter om de ges efter uppnådd normalvikt (Clinton & Engström, 2002). SSRI-preparat och anxiolytika kan dock visa goda behandlingseffekter vid behandling av depression eller ångeststörning som ofta förekommer samtidigt som en ätstörning (Clinton & Engström, 2002). Ibland behövs en viss vikt ha uppnåtts innan psykofarmaka sätts in, eftersom den farmakologiska behandlingen kan vara nedsatt vid mycket låg vikt (Clinton & Engström, 2002). Forskning stödjer farmakologisk behandling vid bulimia nervosa, främst antidepressiv farmaka (Clinton & Engström, 2002). Enligt Clinton och Engström (2002) visar jämförelsestudier att psykoterapi i form av kognitiv beteende terapi och interpersonell psykoterapi har större behandlingseffekt jämfört med antidepressiva vid behandling av bulimia nervosa. Studier har även pekat på en samspelseffekt mellan antidepressiva preparat och psykoterapi vid bulimia nervosa (Clinton & Engström, 2002).

En diagnos eller tre

Viss forskning menar att man bör se ätstörningsdiagnoserna i ett så kallat transdiagnostiskt perspektiv (Clinton, 2010; Fairburn et al., 2003; Waller, 2008). De tre ätstörningsdiagnoserna har gemensamma psykologiska drag beträffande rädslan att bli tjock, en felaktig värdering av den egna vikten och kroppen samt ett behov att kontrollera mat, vikt och kroppsform (Fairburn et al., 2003). Individer med olika ätstörningsdiagnoser förefaller vara i behov av samma behandlingskomponenter (Vanderlinden, Buis, Pieters, & Probst, 2007). Därför är det onödigt att ha olika diagnoser för ätstörningar eftersom behandlingen för alla ätstörningar har gemensamma mål (Clinton, 2010; Waller, 2008). Ätstörningarnas gemensamma drag är viktigare än patienternas skillnad i vikt och uppvisat beteende (Waller, 2008). Olika skillnader i vikt och uppvisat beteende spelar ingen roll i planeringen av behandling (Waller, 2008). Det

verkar finnas starkare stöd för en övergripande ätstörning snarare än kategoriseringen av tre olika ätstörningar (Waller, 2008).

Ovan nämns att det är vanligt att anorexia nervosa övergår i bulimia nervosa eller ätstörning UNS för en del sjukdomsdrabbade (Fairburn et al., 2003). Att anorexia nervosa vanligen startar i mitten av ungdomsåren och bulimia nervosa vid slutet av ungdomsåren kan vara en indikation på att det egentligen rör sig om samma sjukdom (Fairburn et al., 2003). Skillnaden i när sjukdomarna debuterar anses ge stöd för att det rör sig om olika faser i en ätstörning snarare än olika ätstörningar (Eddy, Keel, Dorer, Delinsky, Franko & Herzog, 2002). Dessa aspekter tyder på att det är en övergående skala och inte tre vitt skilda diagnoser (Fairburn et al., 2003). Anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS kan ha en gemensam psykopatologisk grund som svarar på samma terapeutiska strategier (Clinton, 2010; Fairburn et al., 2003, Vanderlinden et al., 2007).

Det kan vara av värde att inte dela upp diagnoserna i anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS utan se ätstörningar mer utifrån ett kontinuum. Därför bör man heller inte skilja mellan eller utesluta någon utav diagnoserna när man söker svaret på vad det innebär att vara frisk från en ätstörning.

Tillfrisknande

Lite är känt gällande vilka komponenter i behandling av ätstörningar som leder till tillfrisknande (Vanderlinden et al. 2007). Märkligt nog har få studier fokuserat på patienternas perspektiv i denna fråga (Federici & Kaplan, 2008; Vanderlinden et al., 2007). Vad det innebär att vara frisk från en ätstörning ger en indikation på vad för mål behandlingen av ätstörningar bör ha (Noordenbos, 2011). Ska behandlingens mål vara att hjälpa den sjukdomsdrabbade att få en normalvikt, respektive att upphöra med hetsätning och rensningsåtgärder? Eller bör fokus även ligga på att hjälpa den sjukdomsdrabbade få en mer korrekt uppfattning av den egna kroppen och vikten, samt minska tendensen att basera självkänslan enbart på sin vikt eller minska sin rädsla för att bli tjock? Följderna för behandling utifrån definitionen av ”frisk” är tidsmässiga då det tar längre tid att utveckla de sistnämnda psykologiska aspekterna än vad det gör att uppnå en god fysisk hälsa (Clausen, 2004).

Definitionen av tillfrisknande. Teoretiskt sätt förefaller gränsen mellan frisk respektive sjuk från ätstörning vara tydlig: Om en individ uppfyller alla kriterier för en ätstörningsdiagnos i DSM-IV (APA, 2000) är individen drabbad av sjukdomen. Om individen inte längre uppfyller ett av kriterierna för diagnosen har individen inte diagnosen

(Noordenbos, 2011). Noordenbos (2011) har vänt på DSM-IV:s kriterier för anorexia nervosa och bulimia nervosa för att ge en bild av vad tillfrisknande skulle kunna innebära.

Noordenbos (2011) definition av tillfrisknande från anorexia nervosa följer nedan:

- A) Patienten accepterar att ha en hälsosam vikt i förhållande till sin ålder och längd. De fysiska kroppsfunctionerna är inte längre nedsatta på grund av brist på födointag.
- B) Patienten har inte en intensiv rädsla för att gå upp i vikt, oavsett om hon/han är underviktig eller inte.
- C) Patienter har inte en felaktig upplevelse av sin vikt och kroppsform. Vikten och kroppsformen har inte längre en stor betydelse för patientens självvärdering och patienten förnekar inte längre att det är ohälsosamt att ha en låg kroppsvikt.
- D) Återhämtning från de fysiska konsekvenserna av anorexia nervosa: återställande av den hormonella utvecklingen för adekvat ålder och kön, samt återställning av andra fysiska konsekvenser till följd av ätstörningen (så som att ha en normal kroppstemperatur, tillräckligt med energi etc.)

Följande kriterier för tillfrisknande från bulimia nervosa nämns i Noordenbos (2011):

- A) Patienten uppvisar inte längre episoder av hetsätning, och känner inte en förlust av kontroll vid ätande.
- B) Patienten uppvisar inte längre några kompensatoriska beteenden, så som självframkallade kräkningar, användning av laxeringsmedel, användning av diuretika, lavemang, fasta eller överdriven motionering.
- C) Noordenbos anser att det inte är rimligt att säga att personer som exempelvis hetsäter och kompenserar för beteendet enbart en gång i veckan under tre månader ska klassas som tillfrisknade från bulimia nervosa. Därför använder Noordenbos inte tidskriteriet och snarare anger kriteriet att: Patienten inte längre har perioder av hetsätning följda av kompensatoriskt beteende.
- D) Patientens självvärdering utgår inte längre ifrån patientens skattning av den egna kroppsformen och vikten.
- E) Kriterium E i DSM-IV går inte att relatera till tillfrisknande från bulimia diagnosen.

Problematisering av tillfrisknande. Kriterierna för tillfrisknande innehåller både krav på återställning av fysiologiska och psykologiska faktorer. Problemet med DSM-IV:s kriterier för ätstörningar, är att det ingenstans anges hur länge en individ ska ha varit symptomfri för att anses vara "fullt tillfrisknad" (Noordenbos, 2011). Hur lång tid som ska ha gått för att en patient ska anses "fullt tillfrisknad" varierar i forskning allt från 8 – 12 veckor (Noordenbos,

2011). Frågan är om individer som återinsjuknar någon gång kan ha ansetts som “fullt tillfrisknade” eller om de egentligen aldrig fullt tillfrisknat (Noordenbos, 2011).

Waller (2008) menar att den hypotetiska gränsen mellan att ha och att inte ha en ätstörning är otydlig: Någon som inte längre uppfyller ett av kriterierna för exempelvis diagnosen bulimia nervosa kan sägas vara frisk från sjukdomen. Den stora andel sjukdomsdrabbade som lång tid efter symtomreduktion fortfarande har psykiska problem i form av exempelvis ångest och depression, problematiserar begreppet tillfrisknande (Cogley & Keel, 2003). Individen kan fortfarande vara sjuk i den bemärkelse att det finns resterande symtom som leder till att kriterier för ätstörning UNS uppfylls (Clinton, 2010; Waller, 2008). Detta ger ett sken av tillfrisknande eftersom den ena ätstörningsdiagnosen förefaller övergå i den andra.

Vid bedömning av tillfrisknande används standardiserade kriterier (Noordenbos, 2011; Pettersen & Rosenvinge, 2002; Steinhausen, 2002). Vissa standardiserade metoder tar endast hänsyn till reducering av fysiska symtom som tecken på tillfrisknande (Pettersen & Rosenvinge, 2002). För anorexia nervosa skulle det innebära att den sjukdomsdrabbade är frisk då normalvikt som motsvarar individens längd och ålder uppnås, samt att menstruationen återigen är regelbunden (Noordenbos, 2011). Gällande bulimia nervosa definieras tillfrisknande oftast på basis av att hetsätning och självrensning har minskat (Noordenbos, 2011). Reduktionen av fysiska symtom tycks inte leda till fullständigt tillfrisknande. Guarda (2008) menar att fysiska krav för att fastställa tillfrisknande från ätstörning är nödvändiga, men inte tillräckliga. Psykologiska variabler utgör en essentiell del av ätstörningsdiagnoserna (Björck, Björk, Clinton, Sohlberg & Norring, 2008). Forskning har belyst de psykologiska variabelernas betydelse för ätstörningar, där man menar att kvarvarande psykologiska symtom så som fortsatt stark rädsla för att gå upp i vikt, samt en förvrängd bild av den egna kroppen leder till en betydande risk för återfall (Cogely & Keel, 2003; Fairburn et al., 2003; Noordenbos, 2011; Pettersen & Rosenvinge, 2002; Steinhausen, 2002). Därför bör man inkludera förändringen av psykologiska variabler när man skattar tillfrisknande.

Konsekvenserna av vilka aspekter som inkluderas i begreppet tillfrisknad är stora. Exempelvis visar forskning att: Då enbart reduktionen av fysiska symtom mäts vid tillfrisknad i anorexia nervosa anses 79 % av patienterna med anorexia nervosa vara tillfrisknade (Saccomani, Savoini, Cirrincione, Vercellino, & Ravea, 1998). Däremot sjunker siffran till enbart 48 % då reduktionen av psykologiska aspekter finns med i kriterierna för tillfrisknande (Saccomani et al., 1998).

Pettersen och Rosenvinge (2002) menar att det fattas en konsensus beträffande kriterier som gäller tillfrisknande från ätstörningar, då forskning som studerar utfallet av ätstörningar har olika definitioner av tillfrisknande. Exempelvis använder man i viss forskning begreppet ”remission” då patienter är fria från en del symtom och begreppet ”tillfrisknad” då patienter inte längre har något av symtomen för en ätstörning (Noordenbos, 2011). Andra studier använder sig av termerna ”delvis tillfrisknad” och ”helt tillfrisknad”, men betydelsen av definitionerna är inte enhetlig i studierna (Noordenbos, 2011). Definitionen av ”helt tillfrisknad” är i viss forskning det samma som att patienten har uppnått normalvikt, medan detta definieras som ”delvis tillfrisknad” i andra studier (Noordenbos, 2011). Tillfrisknande bedöms och mäts även med hjälp av olika instrument, vilket inte underlättar bildandet av en enig bild gällande begreppet (Noordenbos, 2011). Splittringen i forskningens klassifikation och mätning av tillfrisknande leder enligt Noordenbos (2011) till att det blir svårt att avgöra vilka behandlingsmål som är kritiska för ett tillfrisknande. Forskning av patienters upplevelse vid tillfrisknande visar att helt andra faktorer påverkar än de faktorer som ofta finns i standardiserade formulär (Pettersen & Rosenvinge, 2002). Patientens perspektiv kan avslöja viktiga tillfriskningsfaktorer som inte nämns i teorierna, behandlingsmanualerna eller som behandlarna är medvetna om (D’Abundo & Chally, 2004; Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Olika faktorer vid tillfrisknande

Angående tillfrisknande från ätstörningar har en del kvalitativa studier gjorts, där lärdom dragits ur de sjukdomsdrabbades perspektiv. Nedan redogörs det för olika faktorer som framkommit från forskningen.

Sociala- och interpersonella faktorer. Pettersen och Rosenvinge (2002) menar att empatiska relationer till terapeuter, andra kvinnor med ätstörning eller andra närstående är essentiella för tillfrisknande från ätstörningar. Behovet att behålla ett socialt nätverk och få stöd från familjemedlemmar förefaller vara en viktig del av motivationen för tillfrisknande (D’Abundo & Chally, 2004; Pettersen & Rosenvinge, 2002). I Darcys, Katz, Fitzpatrick, Forsberg, Utzinger och Locks studie (2010) anger deltagarna att tillfrisknande innebär förmågan att utveckla och/eller bibehålla nära och meningsfulla relationer. Även Federici och Kaplan (2008) menar att sociala relationer och en god terapeutisk relation beskrivs som viktiga aspekter i tillfrisknande. Stöd från andra som inte dömer ens matvanor och beteende anses även viktigt (Federici & Kaplan, 2008). Istället för att sträva efter enbart en reduktion av symtom, bör man snarare sträva efter symptomreduktion som ett medel för att uppnå mer

funktionella interpersonella relationer, tänkande och problemlösningstrategier (Pettersen & Rosenvinge, 2002; Vanderlinden, Buis, Pieters, & Probst, 2007).

Tillfriskningsprocessen sker ofta genom terapi och nära relationer vilket hjälper de sjukdomsdrabbade att hitta icke-kroppsliga alternativ till att uttrycka emotionell smärta (Jenkins & Ogden, 2012). Att genom relationen till andra få hjälpt med att se sig som en god, värdig och älskvärd människa skattas som betydelsefullt av de som haft diagnosen anorexia nervosa (Granek, 2007). I Graneks (2007) studie beskrivs att tidigare patienter diagnostiserade med anorexia nervosa uppskattar relationen till terapeuter, men att det inte anses lika viktigt att terapin hjälper den sjukdomsdrabbade med att etablera nya matvanor. Snarare anger de intervjuade att det viktiga i terapin är att behandla svåra aspekter i livet som inte är relaterade till relationen till mat (Granek, 2007). Stöd från andra som inte dömer ens matvanor och beteende anses även viktigt (Federici & Kaplan, 2008). Relationer kan leda till svårigheter i tillfrisknandet från anorexia nervosa, om andra bemöter den som genomgår tillfriskningsprocessen med tron att man är fri från anorexia nervosa då man blir normalviktig (Federici & Kaplan, 2008).

Självkänsla. Fairburn et al. (2003) menar att förändrad självkänsla är en betydelsefull komponent i tillfrisknande. De flesta personer baserar sin självkänsla på en rad olika prestationer i olika domäner av livet, medan personer drabbade av ätstörning nästan enbart baserar sin självkänsla utifrån sina matvanor, kroppsform, vikt och förmågan att kontrollera dessa (Fairburn et al., 2003). Först när självkänslan kan baseras på andra domäner i livet, kan man tala om ett tillfrisknande (Fairburn et al., 2003). Enligt Vanderlinden et al. (2007) stöder även individer drabbade av ätstörning en förbättrad självkänsla samt att lära sig värdera den egna kroppen positivt som viktiga faktorer i tillfrisknande. Deltagare i Federici och Kaplans (2008) studie beskriver att de tillfrisknat från anorexia nervosa eftersom de nu är mindre självkritiska, de accepterade sin kropp i en högre grad och de tar oftare åt sig av egen framgång. Att se positivt på sig själv och att utmana negativa tankar om utseende och vikt anses som viktigt i tillfrisknande från anorexia nervosa (Federici & Kaplan, 2008). I Graneks (2007) studie beskriver de tillfrågade att tillfrisknande innebär förståelsen att ens självvärde och självkänsla är något mer än vad siffror på vågen visar. D'Abundo och Chally (2004) beskriver i sin studie att behandling av ätstörningar behöver hjälpa patienter att erkänna och inse att de är drabbade av sjukdom. Patienter behöver förstå att deras ätstörning består av negativa beteenden som drabbar hälsan, men att ätstörningen inte definierar deras självvärde (D'Abundo & Chally, 2004). Individer med ätstörning måste få hjälp att definiera sitt självvärde oberoende av sin ätstörning (D'Abundo & Chally, 2004; Fairburn et al., 2003).

Ett sammanhållet själv. Jenkins och Ogden (2012) beskriver att kvinnor med anorexia nervosa ofta är splittrade kring sin tanke och kropp, det anorektiska beteendet och sina tankar, samt det som är irrationellt och rationellt. Exempelvis kan en ambivalens finnas angående tanken att vilja bli frisk (Jenkins & Ogden, 2012). För att uppnå tillfriskande krävs att komponenterna inte längre är splittrade och att ett mer sammanhållet själv har utvecklats (Jenkins & Ogden, 2012). Förutom att ett mer sammanhållet själv behöver utvecklas beskrivs tillfrisknande av de sjukdomsdrabbade som en svår process där man behöver lära sig att hantera känslor, erkänna konsekvenserna av anorexia nervosa, samt se fördelar med tillfrisknande (Jenkins & Ogden, 2012). ”Therapy should therefore aim to facilitate a sense of becoming ‘whole’ again” (Jenkins & Ogden 2012, s. 23).

Hantering av känslor/problem. Svårigheter att hantera känslor är en annan viktig faktor som återfinns i flera studier gällande tillfrisknande av ätstörningar (Jenkins & Ogden, 2012, Kyriacou, Easter, & Tchanturia, 2009). Vanderlinden et al. beskriver i sin studie (2007) att individer drabbade av ätstörning även anser att det är viktigt att lära sig att hantera och lösa egna problem för att nå tillfrisknande. Att med terapeutens hjälp lära sig att uttrycka sina åsikter och känslor fritt, beskrivs som viktiga element i tillfrisknande (Vanderlinden et al., 2007). Slutligen beskriver deltagarna, främst de med diagnosen bulimia nervosa, det som hjälpsamt i tillfrisknandet att få en förståelse för sjukdomens bakomliggande mekanismer (Vanderlinden et al., 2007). Kyriacou et al. (2009) jämförde personer med diagnosen anorexia nervosa, med deras föräldrars och behandlares åsikter angående svårigheter att hantera känslor. Författarna till studien fann sju teman som ansågs försvåra tillfrisknande; bristande känslomässig medvetenhet och förståelse, känslomässig intolerans, känslomässigt undvikande, bristande känslomässigt uttryck och negativa värderingar, överdriven känslomässig respons, ogynnsamma sociala interaktioner och förhållanden samt bristande empati (Kyriacou et al., 2009).

Återställande av symtom. Enligt Darcy et al. (2010) definierar majoriteten av sjukdomsdrabbade tillfrisknande från anorexia i termer av återställande av ätstörningssymtom. Exempel på vad detta innebär är: att äta på ett bekvämt/obesvärat sätt vilket angavs som vanligast bland deltagarna, följt av återställandet av fysiologiska symtom, därefter att inte ha förvrängd tankemönster, följt av förbättrad kroppsbild/självkänsla och ett allmänt gott hälsotillstånd. Erkännandet av att man har anorexia nervosa anses som en nödvändighet för att påbörja tillfrisknande (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud, Geller & Holte, 2012).

Ambivalens kring tillfrisknande. Många individer som har tillfrisknat är ambivalenta till hur de ser på tillfriskningsprocessen (Darcy et al., 2010). Enligt en tredjedel av svaren i Darcys et al. (2010) studie går det inte att förklara hur man upplevt tillfrisknande; tillfrisknande beskrivs som en pågående process eller att det är lättare att ha anorexia nervosa än att tillfriskningsprocessen. Enligt 25 % av svaren i Darcys et al. (2010) studie går det inte att definiera tillfrisknande. Bland annat anser deltagarna i studien att tillfrisknande inte existerar. Exempelvis anger deltagarna att man är i förnekelse om man tror att man har tillfrisknat helt. I D'Abundos och Challys (2004) studie beskriver deltagarna ätstörning som ett kroniskt tillstånd och menar att man egentligen aldrig riktigt återgår till en normal relation till mat efter en ätstörning. Nordbø et al. (2012) menar att en del av de individer som har erfarenhet av anorexia nervosa känner sig fast i sjukdomen och att de erfar en känsla av hopplöshet vilket motverkar motivationen att tillfriskna. Att exempelvis se anorexia nervosa som något positivt i livet, istället för att erkänna sjukdomens negativa konsekvenser, försvårar tillfrisknandet (Nordbø et al., 2012).

Mening och motivation. I D'Abundos och Challys (2004) undersökning beskriver deltagare att det är viktigt att finna en mening i livet. Motivationen till tillfrisknande förstärks då man har ett hopp om framtiden (D'Abundo & Chally, 2004). Spiritualitet var vanligt förekommande, vilket innebär att tron på en övre makt, i en del av fallen, ses som en hjälp att acceptera sig själv och sin kropp (D'Abundo & Chally, 2004). Enligt Federici och Kaplan (2008) upplever personer som haft anorexia nervosa att det är viktigt att ha en egen inre motivation för att bli frisk och gå i behandling; att gå i behandling för att göra någon annan nöjd anses inte leda till tillfrisknande enligt deltagarna i studien.

Patienternas perspektiv är viktiga att ta hänsyn till i fortsatt forskning beträffande definitionen av tillfrisknade från ätstörningar (Noordenbos, 2011). Definitionen av tillfrisknande bör utforskas och utvidgas för att ge en riktlinje till mer relevanta aspekter gällande behandling och tillfrisknande (Clinton, 2010). Enligt Federici och Kaplan (2008) samt Vanderlinden et al., (2007) har ett fåtal studier undersökt patienters egna tankar och upplevelser i tillfrisknandet. Kvalitativ forskning gällande behandling och tillfrisknande bör ges mer uppmärksamhet (Clinton, 2010). Att utforska patienters egna åsikter kring deras tillfrisknande kan bredda perspektiven man bör studera för att utveckla ett mer formellt kriterium för tillfrisknande från ätstörningar (Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att problematisera vad det är att vara frisk från ätstörning. Studien ämnar generera kunskap kring hur tillfrisknande kan ske och hur det kan arta sig.

Frågeställningar: Vilka komponenter är viktiga i tillfrisknandet från ätstörning? Hur definierar personer som haft en ätstörning innebörden av att vara frisk?

Metod

Kvalitativ metod valdes i studien för att få en god bild av deltagarnas erfarenhet och upplevelse av tillfrisknande från ätstörning. Kvalitativa studier används för att beskriva och tydliggöra deltagarnas upplevelser samt är specifikt utvecklade för att ta tillvara på mänskliga upplevelser. (Polkinghorne, 2005). Denna studie utgick ifrån konstruktivismen och en relativistisk position, där det anses att multipla verkligheter existerar – det finns inte en upplevelse av verkligheten som är mer rätt än den andra (Ponterotto, 2005; Schwandt, 1998). Verkligheten är konstruerad av individens upplevelser, den sociala miljön och interaktionen mellan individen och forskaren (Ponterotto, 2005). Konstruktivismens epistemologiska hållning medför att verkligheten är socialt konstruerad. Vad gäller den roll forskarens värderingar spelar i studien, anser man enligt konstruktivismen att värderingarna inte går att skilja från forskaren (Ponterotto, 2005). Istället används reflexivitet där forskaren strävar efter att vara medveten om sin subjektivitet och hur den kan påverka studien (Willig, 2008) Till skillnad från den radikala konstruktivismen anser författarna att objektiva strukturer finns i samhället, men att upplevelsen av dem är subjektiv. I linje med relativismen anser författarna att ätstörning är något verkligt samt att olika individer har delvis olika upplevelser av sjukdomen och tillfrisknandet. Författarna uppmärksammade likheterna och olikheterna i deltagarnas subjektiva upplevelser av tillfrisknande från ätstörningar, för att enligt Braun och Clarke (2006) ge en djupare förståelse av det forskarna undersökt i studien.

Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade intervjuer valdes som datainsamlingsmetod för att samla in deltagarnas upplevelser rörande studiens frågeställningar. Willig (2008) menar att den vanligast använda metoden för insamling av kvalitativ data är semistrukturerade intervjuer. Enligt Barbour (2008) underlättar denna typ av intervjuform för deltagarna att förmedla det de upplever som väsentligt relaterat till forskningsfrågan.

Tematisk analys var den kvalitativa metod som användes i uppsatsen. Metoden användes för att identifiera, analysera och rapportera olika mönster som återfanns i data

(Braun & Clarke, 2006). Braun och Clarke (2006) menar att tematisk analys bör vara den första analysmetoden som forskare lär sig, då den ger grundläggande färdigheter som är användbara i många andra former av kvalitativ analysmetod. Det är även en kvalitativ metod som ofta används i psykologisk forskning (Braun & Clarke, 2006). Den tematiska analysen bygger på transkribering av insamlad data. Då data, så som kontexten eller fraseringen, ofta faller bort vid transkribering (Polkinghorne, 2005) valde författarna att lyssna igenom intervjuerna istället för att, i enlighet med Brauns och Clarkes (2006) riktlinjer, transkribera data. I övrigt följdes Brauns och Clarkes (2006) råd gällande tematisk analys.

Data analyserades utifrån en induktiv och semantisk ansats vilket innebär att de teman som tagits fram är förknippade med det deltagarna själva berättat; data kodas utan att försöka anpassa teman efter frågeställning eller befintliga teorier (Braun & Clarke, 2006).

Deltagare

Studien utgjordes av tolv kvinnliga deltagare i åldrarna 19 – 39 år. Alla kvinnor hade under tonåren en erfarenhet av ätstörningar, någon gång varit i kontakt med behandlare för ätstörningen samt upplevt en tid av tillfrisknande. Inför varje intervju delades en kort enkät ut (se bilaga 2) där deltagarna själva angav vilken diagnos de getts av behandlare samt om de besvärats av något ätstörningssymtom under de tre senaste månaderna. Utifrån enkäten framkom att: sju av deltagarna hade haft diagnosen anorexia nervosa, en deltagare hade haft diagnosen bulimia nervosa, två av deltagarna hade haft diagnosen ätstörning UNS och två deltagare hade erfarenhet av två diagnoser. Av de två deltagarna som hade diagnostiserats med två diagnoser, hade den ena deltagare diagnostiserats med anorexia nervosa och senare med ätstörning UNS, och den andra deltagaren hade först diagnostiserats med anorexia nervosa och senare med bulimia nervosa.

Tre av studiens deltagare uppfyller idag inte något kriterium för någon av ätstörningarna. Två av deltagarna angav svar som innebar att de vid intervjun uppfyllde kriterier för ätstörning UNS. De åtta övriga deltagarna besvärades av något enstaka symtom för ätstörningar, främst hade de en upplevelse av att deras självkänsla påverkas mycket av deras vikt/kroppform eller att de under de tre senaste månaderna oroat sig över att bli överviktiga trots att de vägde normalt.

Material

I studien användes en intervjuguide, enkäter och en diktafon för inspelning av samtalen.

Procedur

Selektion. Författarna valde att skapa kriterier för deltagande. Ett av studiens selektionskrav var att deltagarna någon gång skulle ha diagnostiserats med någon av ätstörningarna anorexia nervosa, bulimia nervosa eller ätstörning UNS. För att delta i studien ställdes även kravet att man fyllt 18 år och är kvinna. Deltagarna skulle varit i behandling för ätstörningen dock fanns inget krav på en fullföljd behandling. Studiens selektionskriterier tog inte hänsyn till om man idag var frisk från ätstörning.

Utifrån selektionskriterierna formulerade författarna ett informationsbrev (se bilaga 3) med en öppen beskrivning av studiens syfte samt vad som krävs för deltagande. Informationsbrevet skickades via e-post till psykiatriska mottagningar i Skåne och till fyra ideella föreningar i landet som arbetar för att stödja individer med erfarenhet av ätstörning. Informationsbrevet skickades även till alla studenter på psykologprogrammet vid Lunds universitet, där de studerande blev tillfrågade att delta eller att skicka vidare informationen till tänkbara deltagare. Olika faktorer gjorde det svårt att rekrytera deltagare från psykiatrin. Tidsbrist var ett av skälen, liksom den sekretess och de etiska förpliktelser som råder inom psykiatrin. Gruppen av deltagare utgjordes av 13 frivilligt anmälda personer som svarat på informationsbrevet. Deltagarna kontaktades via epost eller telefon för mer information. En av deltagarna avböjde till medverkan, därmed rekryterades 12 personer till intervjuerna. Selektionen var statisk, vilket betyder att alla data först samlades in, varefter en analys genomfördes.

Genomförande av datainsamling. Intervjuerna genomfördes i tre olika städer i Sverige, antingen på ett konferensrum, bibliotek eller i en lokal bokad via ett lärosäte. Sex deltagare intervjuades av vardera författare, vilket innebar att de båda författarna genomförde intervjuerna separat. För att öka sannolikheten att få djupgående information rörande studiens frågeställning berättade författarna öppet om studiens frågeställningar inför varje intervju. Deltagarna uppmuntrades under hela intervjun att berätta det som de ansåg vara relevant för frågeställningen. Information om sekretess gavs och deltagarna tillfrågades om de godkände en inspelning av samtalet. Inledningsvis delades en kort enkät ut med syfte att snabbt få en överblick över hur deltagarna har det idag, samt samla in nödvändig demografisk data. Enkäten formades utifrån de diagnostiska kriterierna som anges i DSM-IV (APA, 2000) för anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS (se bilaga 2). En pilotundersökning gjordes av enkäten innan den första intervjun för att säkerställa att formuleringar inte var otydliga. Enkäten besvarades av fem personer i författarnas omgivning, som inte har erfarenhet av ätstörning.

En intervjuguide utformades av författarna som stöd vid intervjuerna. Intervjuguiden innehöll enligt rekommendationer från Barbour (2008) försiktigt formulerade och öppna frågor med syfte att tillåta den intervjuade fritt uttrycka sina upplevelser (se bilaga 4). Enligt de riktlinjer som angavs i Ekholm och Fransson (1992) strävade författarna efter att låta intervjufrågorna följa en naturlig och ledig sekvens som styrdes mer av den intervjuade än av intervjuaren. En pilotundersökning genomfördes under den första intervjun. Efter den första intervjun kortades pilotguiden ner varefter den reviderade versionen användes för resterande intervjuer. Intervjuguiden var indelad i olika rubriker som skulle täckas av vid varje samtal. De rubriker som togs upp var: bakgrundsinformation, erfarenhet av ätstörning, förändringsprocessen samt att ha tillfrisknat. Varje rubrik hade underrubriker som kunde användas för att hjälpa deltagaren att ge mer djupgående svar om sin upplevelse.

Samtliga intervjuer inleddes med att deltagaren beskrev sig själv i korta drag, varefter deltagaren ombads att ge en bild av tiden då man var som sjukast. Genom att minnas tillbaka i tiden skapades en mer naturlig förutsättning att tala om tillfrisknande (Polkinghorne, 2005). Rubriken ”förändringsprocessen” valdes för att säkerställa att viktig information fångas upp relaterad till studiens frågeställning om vad deltagarna anser viktigt i tillfriskningsprocessen. Liknande gäller valet av rubriken ”att ha tillfrisknat” då rubriken är kopplad till studiens andra frågeställning angående hur deltagarna definierar tillfrisknande. Här var intervjuerna noga med att medvetandegöra att de själva använt orden ”frisk” och ”tillfriskna” och undrade hur deltagarna kände inför ordvalet samt hur de själva skulle beskriva fenomenet. Intervjulängden varade mellan 50 minuter - 2 timmar och 15 minuter, och spelades in med diktafon. Före det att intervjun avslutades tillfrågades deltagarna om de ansåg sig ha något mer att berätta som var relaterat till studiens frågeställningar.

Genomförande av analysen. När de 12 intervjuerna var färdiga genomfördes den tematiska analysen i sex steg enligt Braun och Clarke (2006). I de tre första stegen arbetade författarna åtskiljda med samma material. Materialet utgjordes av två intervjuer som författarna slumpmässigt hade lottat ut efter att alla deltagare intervjuats. Den ena intervjun genomfördes av den ena författaren och den andra av studiens andra författare. I det första steget lyssnade författarna var för sig igenom de båda intervjuerna för att anmärka tankar kring vad i materialet som de ansåg som relevant relaterat till frågeställningarna. Det andra steget innebar en andra genomlysning där författarna var för sig kodade yttranden som bedömdes relevanta i relation till frågeställningarna. Författarna kodade enligt Braun och Clarkes (2006) anvisningar för att få med så många möjliga mönster man kunde hitta samt tog med en del av den kontextuella informationen. Motsägelser och uttalanden som inte ansågs

vara konsistenta togs också med i kodningen då även dessa var av relevans för frågeställningen. Kodningen av data utgick från en semantisk ansats, vilken innebär att författarna inte uttalar sig om något som ligger bortom det deltagarna har berättat (Braun & Clarke, 2006). Författarna var inte intresserade av att göra anspråk på tolkning av en djupare mening i det som sagts.

Under det tredje steget, efter den systematiska genomgången och kodningen av relevant data, gjordes en tredje genomlysning för att försäkra att inget av betydelse hade missats. Därefter organiserade författarna sina koder till meningsfulla teman enligt Braun och Clarkes (2006) hänvisningar. Den ena författaren hade då 11 teman rörande frågeställningarna, och den andra författaren hade 14 teman. Det fjärde steget innebar att studiens författare träffades för att jämföra och diskutera om de teman som tagits fram hade ett sammanhängande mönster. I denna fas blev det tydligt att de teman författarna tagit fram var snarlika. Enbart temat som handlade om utveckling av självkänsla förekom bara i ena författarens framtagning av teman. I övrigt överensstämde författarnas teman i stora drag med varandra. De mönster som fanns i materialet diskuterades med syfte att avgöra om teman var tillräckligt avgränsade och specifika. Teman som var snarlika sattes ihop och underteman bildades. Andra teman bröts ner för att omplaceras där de bildade ett sammanhängande mönster. Efter genomgången fanns tio olika teman som författarna ansåg tillräckligt avgränsade och relevanta för studiens frågeställningar. När teman var framtagna lyssnade författarna återigen genom de två slumpmässigt lottade intervjuerna, för att stämma av om framtagna teman var representativa för de två intervjuerna. Några småjusteringar gjordes gällande teman, varefter steg fem inleddes.

Under steg fem lyssnade vardera författare igenom sina fem resterande intervjuer och antecknade citat som ansågs ge en god beskrivning av de teman som skapats. Citaten valdes ut för att ge en så nyanserad bild som möjligt av de upplevelser som efterfrågats. Författarna räknade även hur många av deltagarna som på olika sätt hade nämnt de framtagna temana i sina berättelser. På så vis fick man fram kvantitativt material gällande ett temas frekvens, men även kvalitativt material i form av utsagor rörande de teman som tagits fram. Under det sjätte steget valdes ett antal citat som ansågs fånga och illustrera de olika sätt deltagare hade talat om temana. Det innebar att vissa uttalanden från deltagare som i steg fem skrivits ner inte bokstavligen nedtecknats i resultatdelen, snarare användes citat som ansågs som representativa för den information som framkommit genom analysarbetet. Materialet lästes igenom en sista gång för att säkerställa att deltagarnas identitet var avidentifierad. En sista revidering gjordes av de namn teman fått för att försäkra att namnen var tillräckligt tydliga.

Slutligen gjordes vissa justeringar för att underlätta läsandet, dock ändrade författarna inget i citaten som på något sätt förändrar innebörden av det som sagts.

Resultat

Nedan redogörs det för de tio teman som relateras till studiens frågeställningar. Författarna har valt att benämna alla deltagare med bokstaven D som i deltagare. Bokstaven I står för intervjuare för att tydliggöra när författarna själva ställer frågor till deltagarna. En del av citaten saknar intervjuarens fråga eftersom dessa bitar är utdrag ur deltagarnas längre redogörelse som inte direkt står i följd på intervjuarens fråga.

Insikt och motivation (n=12)

Att få en insikt om att man är sjuk beskrev alla deltagarna som en viktig del i att nå en förändring i sjukdomen. Insikterna verkade skifta under tillfriskningsprocessen. Till en början beskrev deltagarna att de insåg allvaret i sjukdomen. Senare i tillfriskningsprocessen beskrevs insikterna mer som motiverande faktorer som vidmakthöll viljan att tillfriskna. Insikten var i vissa fall en tydlig vändpunkt som deltagarna upplevde när de mådde som sämst.

Vändpunkten beskrevs nedan av ett par deltagare på ett starkt och målande sätt som en upplevelse av ett val mellan att ändra något och leva eller fortsätta i sjukdomen och dö.

I: Vad var det som fick dig att vilja nå en förändring?

D: Det var när jag mådde som sämst. Då åkte jag in på lasarettet och vägde 44 kilo, och tänkte så här: ja det är nu eller aldrig. Så det var faktiskt en liten pakt med mig själv. Det var lite så, att jag lovar, jag lovar att sköta till mig om det inte blir värre nu. Det kan inte bli värre liksom... Jag kände att om jag sviker det här nu, så får jag faktiskt skylla mig själv. Jag kände att det var faktiskt vändningen. Du kan välja om du vill dö eller om du vill ta tag i det.

D: Jag kommer ihåg en natt, jag visste inte vad som hände med mig. Jag trodde alltså jag skulle dö... Jag förstod att jag var så dålig, men jag klarade inte av att gå upp och äta ändå. Och fast än att jag trodde jag skulle dö om jag somnade så kunde jag liksom inte gå ut till köket och äta någonting. Alltså jag fick inte, sjukdomen var så stark liksom. Jag låg där och förstod liksom att jag hade ingen egen vilja kvar längre, sjukdomen var för stark.

Somliga deltagare beskrev att det inte går att påbörja ett tillfrisknande innan man inser att man är sjuk, en insikt som ofta tog lång tid.

I: "Hur skulle du vilja stötta någon med ätstörningar?"

D: "Det går inte om man inte kommit till insikt om att man är sjuk."

D: "Det tog lång tid innan jag upplevde mig som sjuk. Jag tänkte alltid att jag misslyckats med det (ätstörningen) också eftersom jag tyckte att jag inte var tillräckligt smal."

Deltagare beskrev att omgivningen inte kan stödja någon i tillfrisknande om personen med ätstörning inte anser sig vara sjuk. Erkännandet av att man hade en sjukdom främjade tillfrisknande men var en insikt som kunde ta lång tid eftersom deltagarna kunde ha upplevelsen av att de inte var smala nog. Känslan av att ha misslyckats med att bli smal kunde hindra tillfrisknandet då den drev individen till att fortsätta sträva mot ohälsosamt beteende. Förståelsen att sjukdomen hade allvarliga fysiska konsekvenser beskrev deltagare som en vändpunkt och därmed viktigt för tillfrisknandet. Insikterna om allvaret i sjukdomen utgjordes delvis av tankar på framtiden och vad man själv och andra i ens omgivning kunde gå miste om.

D: Denna gång ville jag bli frisk för jag insåg hur mycket jag förlorade... så då sökte jag själv hjälp. (...) Jag var så motiverad och förstod att jag kan inte leva mitt liv så här. Jag kan inte uppfylla mina drömmar, jag kan inte liksom bilda familj, alltså jag kan inte gå igenom den här utbildningen. Jag kan inte om jag inte blir frisk från detta och fri från min ätstörning... jag såg hur mycket jag förlorade på det också.

I: Hur kom du till den insikten?

D: Det var, jag tror att det var hela processen egentligen från att, jag nådde botten, mådde så jäkla dåligt och jag kände ingen livsnjutning alls... Det som pushade mig mest... var att jag ville kunna få barn, att kunna leva ett värdefullt liv på ett helt annat sätt... Tror bara att jag hade nåt den punkten att jag förstod vad jag höll på med.

En motivation till att bli frisk utvecklades genom att den sjukdomsdrabbade såg livet i ett längre perspektiv; tanken på framtida drömmar så som att avsluta en utbildning och bilda en familj utgjorde insikten att sjukdomen begränsar chansen att uppnå drömmarna. Citaten ovan

beskrev förståelsen av att man missar mycket av det positiva i livet. För en del av deltagarna kom motivationen till förändring från insikten att de ville vara med andra och att andra även påverkades av sjukdomen.

D: "Jag ville bli frisk för att jag märkte att min omgivning blev väldigt drabbad av det med... Jag hade dålig kontakt med min bästa kompis och min syster så jag insåg nog själv jag behövde förändras..."

D: För mig kom den när jag insåg att enda sättet för mig att få komma hem igen var ifall jag började äta... Det främsta fokuset var ju inte att jag vill bli av med min ätstörning, utan det var jag vill ju komma hem. Så det blev en sån här, nej jag kan inte ha det så här längre, jag måste komma hem...

Citaten beskrev att den primära orsaken till att vilja bli frisk inte alltid var att man vill bli av med sjukdomen. Snarare kunde motivationen komma från viljan att återgå till nära och kära och att bygga upp gamla relationer till familj och vänner. Två deltagare beskrev att de tidigare haft ett irrationellt tänkande kring mat och viktuppgång samt att insikten om att man inte går upp mycket i vikt om man äter normalt hjälpte dem att tillfriskna.

D: "Vad som hjälper mig idag är att jag dras tillbaka och ser att jag aldrig var nöjd med hur smal jag var. Blev aldrig färdig."

Deltagaren ovan beskrev insikten om att hon aldrig var nöjd med sig själv hur lite hon än vägde. Att vara nöjd med sig själv utgjordes inte av hur lite hon vägde. Insikten stöttade tillfrisknandet eftersom det idag inte är lika lockande att gå ner i vikt.

D: "Det var viktigt för mig att börja äta och inse att världen inte går under."

D: "Det blev logiskt, jag gick inte ens upp så mycket. Man hade inbillat sig att man skulle gå upp 20 kg, men det hände inte så då blev det lättare att äta."

Att börja äta var ofta förknippat med starka rädslor för vad som skulle hända de sjukdomsdrabbade. Deltagare överraskades ibland av att inse att deras irrationella tankar om att man blir överviktig var felaktiga. Insikten underlättade den fortsatta tillfriskningen.

Resultaten visade att olika typer av insikter förekom vid olika delar av tillfrisknandet. Först verkade det handla om att inse allvaret i sjukdomen och det man gick miste om i livet på grund av ätstörningen. Senare stöttades tillfrisknandet av andra typer av insikter exempelvis att man inte blev överviktig om man åt mer.

Att bli sedd och tagen på allvar (n=12)

Alla deltagarna upplevde att det var viktigt i tillfrisknande från ätstörning att bli sedd som en person av andra och att på olika sätt bli tagen på allvar. Att bli bekräftad och validerad av andra var en viktig aspekt i tillfriskningsprocessen.

I: Hur kan man bäst stötta någon som genomgår sådana här svårigheter?

D: Att se dem... men verkligen säga jag ser dig och jag undrar hur du mår för jag har sett det här. Eller liksom jag ser att du inte äter och jag undrar hur du mår egentligen... men också våga ifrågasätta beteendet och konsekvenserna av att inte äta. Samtidigt som man inte ifrågasätter personen. Eller för att i mesta möjliga mån göra skillnad på ätstörningen och personen i fråga.

Citatet ovan illustrerar att deltagaren upplevde sig sedd genom att omgivningen vågade påtala de problem som deltagaren hade och som väckte omgivningens oro för den sjukdomsdrabbade, istället för att låtsas om att problemen inte fanns. Deltagare beskrev hur bekräftande från närstående är en viktig del i tillfrisknandet.

I: "Hur påverkades dina relationer till dina vänner?"

D: "Um, jo, det var nära vänner som sa jag ser vad du håller på med och jag tycker inte riktigt det är bra och det var ju på nåt sätt en bekräftelse att de sa det."

Intervjuaren undrade hur relationer påverkades av ätstörningen. Deltagaren gav istället svaret att relationer påverkade ätstörningen, eftersom vänner som konfronterade deltagaren gjorde henne medveten om att även andra kunde se att hon mådde dåligt. När andra bekräftade att de såg hur dåligt man mådde kunde tillfrisknande stödjas då den sjukdomsdrabbade dels hade erkänt för sig själv att man var sjuk, dels förstärktes denna insikt genom att andra bekräftade det samma.

D: Sen tror jag att det handlade mycket om min pojkvän också. Han såg mig. Jag trodde ingen skulle intressera sig för mig men han såg mig liksom (för att han ville dejta)... Ja att bli sedd av någon som inte visste om att jag hade bulimi. Det var liksom att om man blev sedd när man var som sjukast... det var faktiskt coolt.

Tillfrisknande stöttades av andra som bekräftade en genom att visa intresse och kärlek för en även då hon var som sjukast och kände sig som någon som inte var värd omtanke och kärlek.

D: Sen va det så att vi inlagda tjejer pratade en del och det medförde att vi såg varandra. Att det gick upp för en att man var likadan själv, och det kunde ge sådana skrämmande insikter att oj, jag är så där utmärglad också och det är inte vackert och så här mycket ångest som tjejen som bor i samma rum som jag har, det har jag också och det ser lika obehagligt ut när man liksom ligger och vrider sig.

Genom att prata med andra som har erfarenhet av ätstörning upplevde deltagaren att hon blev sedd och tagen på allvar, vilket i sin tur ledde till insikten om allvaret i hennes sjukdom. En del av deltagarna uttryckte betydelsen av att bli sedd i behandling som en viktig del i tillfrisknandet.

I: Vad i behandlingen var viktigt för dig?

D: Att få hjälp snabbt. Att bli sedd och tagen på allvar.

I: På vilket sätt upplevde du det?

D: Det var mycket min kontaktperson där som var väldigt lyhörd samtidigt som han var bestämd. "Men nu ska du bli bra. Det finns inget annat och jag finns där tills du känner att du liksom klarar av det." Det va en trygghet för när jag var sjuk var jag rädd för att alla skulle försvinna och att de skulle tro att jag blir bra och så skulle jag bli tvungen att gå tillbaka till världen som jag inte klarade av.

Ovan beskrev deltagaren sin rädsla över att bli lämnad av alla om hon blir frisk.

Kontaktpersonen visade hur denne tar rädslan på allvar genom att bekräfta att hjälp kommer att finnas där tills deltagaren blir bra. I kontrast till detta nämnde deltagarna även tillfällen då de blivit dåligt bemötta i behandling. Genom följande citat beskrev två deltagare hur de upplevt att vården bemött dem opersonligt och sett dem som en i mängden med en diagnos.

I: Har du fått någon mer behandling?

D: Psykologens teori var att jag ville söka min mamma genom att inte vilja äta min mammas mat.

I: Vad tänkte du om det?

D: Jag var väldigt upprörd för att det kändes som att de inte lyssnade på vad som var problemet i mitt fall utan hade någon slags grej de körde för undernärda tjejer som kom in på mottagningen på löpande band.

Exemplet illustrerar hur man som patient upplevde att inte bli sedd som en egen person i behandling. För att tillfrisknande skulle främjas av terapi behövde behandlare ibland vänta med att dela med sig av sina hypoteser och istället vara mer lyhörda för patientens egen berättelse om sjukdomens orsaker.

I: Hur blev du bemött där?

D: Mycket oförstående där faktiskt. Ja men det är sjukdomen som talar... Jag blev inte riktigt bemött som en individ utan mer som en diagnos. Allting jag sa, det va, sjukdomen som pratar liksom. Jag, jag blev inte sedd som person liksom.

Deltagaren var irriterad över att terapeuten inte lyssnade. Mycket av det som deltagaren sa tolkades utifrån att sjukdomen talade, något deltagaren inte höll med terapeuten om. Behandlare bör tänka igenom hur de på bästa sätt ska arbeta för att bemöta hela individen i behandlingssituationen, så att patienten inte känner sig som en i mängden eller enbart som en diagnos. På så vis främjas tillfrisknande från ätstörningar. Sammanfattningsvis illustrerade temat betydelsen av att bli bekräftad av andra både i personliga relationer och i behandling. Deltagare belyste även tillfällena då de blivit dåligt bemötta och hur detta upplevdes som ett hinder i deras tillfrisknande.

Att hantera känslor (n=11)

Elva deltagare beskrev på olika sätt hur ett mer konstruktivt sätt att hantera känslor var hjälpsamt i tillfrisknandet. Temat illustrerade hur deltagarna hanterat känslor, främst ångest men även rädslor. Några deltagare pratade om en rädsla inför att inte längre kunna använda de strategier som ätstörningen hade medfört eftersom de inte visste hur de på annat sätt skulle hantera problem. Vissa deltagare beskrev konkret hur de till exempel skrev dagbok eller grät

ur sig ångesten. Andra deltagare beskrev hur de tagit hjälp av andra för att bryta isoleringen som ångesten orsakat.

D: Ångesten var att äta och sedan att hålla kvar det jag ätit trots att jag ville få det ur mig. I mitt tillfrisknande visste jag att jag inte fick kompensera. Och det var jättejobbigt att äta mer än jag gjort på flera år. Men någon stans fick jag tänka att: Jag är inte tjock, jag är inte tjock, jag blir inte tjock. (...) Och att trycka i sig mat och så är det svårt att tänka: Om ett halvår blir det bra. När jag NU vill må bra. Så jag försökte tänka ja men det blir bra, jag blir frisk. Tanken gör mycket.

D: Men att nu kan det kännas jobbigt och då är det lite mer så: ok nu känns det jobbigt, varför känns det så här. Aha, det kan handla om det här? Men det går nog över snart... Och då har jag på nåt sätt hittat lösningen på det utan att jag gått ut och hoppat hopprep utan att mest att ja, ja, det går över liksom.

I de två utsagorna ovan beskrev deltagarna att deras strategi för att hantera ångesten var att stå ut med den och att försöka tänka att det snart kommer att bli bättre. I den andra utsagan beskrev deltagaren att hon stod ut med ångest utan att kompensera genom att hoppa hopprep och göra av med kalorier. Genom att stå ut med ångest kunde tillfrisknande främjas. Andra deltagare nämnde att ett sätt att hantera ångesten var att inte vara ensam i den utan att ta hjälp av andra.

D: ”Jag försökte hitta andra sätt att hantera ångesten på. Jag började prata med kompisar direkt efter den intensiva ångesten efter att jag ätit. Vi behövde inte ens prata om det, bara prata om något hjälpte.”

Genom att distrahera sig från tankar förknippade med ätstörningen kunde deltagaren hålla ångesten efter måltider borta. Samtalen kunde kretsa kring helt andra saker än just de intensiva känslor hon upplevde i samband med måltider. I nästa utsaga nämnde en deltagare att det hjälpt henne att bo med andra.

I: Var det något viss med att bo med andra som hjälpte dig?

D: Ja förutom att skämmas om de upptäckte att jag kräktes så var det just att jag har någon att prata med istället för att kräkas när jag mår dåligt. Jag har verktyg att

hantera det. Men när jag är ensam kan jag inte muntra upp mig själv så då kräks jag och mår bättre.

Ovan beskrev deltagaren att kräkningar är ett sätt att hantera ångest på. Genom att uttrycka sina känslor slutade hon att kräkas vilket främjade tillfrisknande. Skammen över att andra kunde upptäcka att hon kräktes bidrog till att deltagaren slutade med beteendet, men det starkaste stödet var att ha någon att prata med. Flera deltagare pratade om att hantera sin rädsla. En av de intervjuade berättade hur hon på en öppenvårdsklinik lärt sig att bemöta den oro hon hade över att bli överviktig.

D: Du ska klara av att äta på 40 minuter, och det gäller för alla, underviktig som överviktig. Det är samma planering, och samma schema. Och det tycker jag man lär sig jättemycket av, man delar inte upp det i två grupper som om man skulle vara annorlunda, utan man får även bekanta sig med den man är rädd för att bli. Om man är så rädd för att bli överviktigt så kan man få lära sig att det finns en personlighet bakom det...

Genom att äta under en bestämd tid och att äta tillsammans med överviktiga kunde deltagaren möta sina rädslor gällande mat och övervikt. För att bli frisk krävdes att man blev av med rädslor som handlar om kropp och vikt. En del av de intervjuade berättar att de länge haft ångest i samband med måltider trots att övriga ätstörningssymtom var borta. Strategierna för att hantera ångest och rädslor varierade i utsagorna. Gemensamt för alla berättelser var att hanterande av svåra känslor var av betydelse för tillfrisknande.

Att fokusera på annat än ätstörningen (n=8)

Deltagare beskrev att det var hjälpsamt att fylla vardagen med annat än det som har med mat och vikt att göra. Livet fylldes av annat dels genom att andra involverade den sjukdomsdrabbade i saker som inte har med mat och smalhet att göra, dels kunde deltagarna själva skapa något nytt att fokusera på, som att gå en utbildning eller göra det man älskar. På så vis beskrev deltagare att de trängde ut sjukdomen.

I: Var fann du stöd?

D: Det är bara en sak som hjälper. Att tränga ut ätstörningen, att arbeta med att få bort den. Bygga min identitet på andra saker. Göra sådant som sätter ätstörningen i

*perspektiv och gör den mindre viktig. Fokusera på spännande kontexter till exempel socialt eller en utbildning. Fokusera inte starkt på störningen och symtomen. Enda aspekten som fungerar för mig är att lägga fokus på annat och inse att jag allra minst **bara** är min kropp.*

Som illustrerat ovan skedde tillfrisknande genom att deltagaren lät andra saker ta plats i livet, som exempelvis andra aktiviteter som gjorde att hon inte hade tid att tänka på ätstörningen. På så vis körde hon ut ätstörningens tankar och begränsade deras inflytande.

I: Vad fick dig att börja äta och att sluta kräkas?

D: Jag försökte tänka att jag ska göra något bra för mig själv och inte straffa mig själv. Jag började fokusera på (fritidsaktivitet) och då var det inte jag som var i fokus. Jag började fokusera på (fritidsaktivitet) och att jag skulle äta för att orka med den.

Deltagaren beskrev att hon kunde vara snäll mot sig själv när hon började lägga fokus på sin fritidsaktivitet istället för sin kropp. När ett sådant skifte skett blev det svårt att se mat enbart som något som leder till viktökning. Syftet med att äta blev istället att orka fylla livet med det man tycker är roligt. Två andra deltagare beskrev att det varit hjälpsamt att delta i andra sammanhang som hjälpt dem att distrahera sig från ätstörningens tankar. En av dessa två deltagare hade länge varit sjukskriven från skolan. Hon beskrev hur hon upplevt att få komma tillbaka till ett annat sammanhang där ätstörningen inte var hela hennes vardag.

D: ”Läget var det samma trots att jag började gå i skolan, men det var skönt att va i ett sammanhang på ett annat sätt. Jag mådde jättedåligt av att bara vara hemma.”

Att vara sjukskriven länge och vara hemma ledde till att deltagaren mådde sämre. För att tillfrisknande skulle främjas behövde den sjukdomsdrabbade inte vara sjukskriven från skola alltför länge då detta kunde vara motverkande. Att delvis få återgå till ett tidigare sammanhang, så som en utbildning, kan vara fördelaktigt i tillfrisknandet.

D: Det var ganska skönt för mina föräldrar uppmuntrade mitt (fritids)intresse när jag kom hem igen. Jag fick vara med där (fritidsaktivitet) och det var väldigt skönt för det gav mig nåt annat att tänka på. Då hade jag ju kommit så pass långt att jag hade så mycket energi i mig att jag kunde lägga det fokuset på att vara i det här

sammanhanget, och det var så skönt för det distraherade från tankarna (...) Det var ett sånt här otroligt frihets känsla att det slog mig på väg ifrån (fritidsaktivitet): oj nu är det typ en vecka sen jag reflekterade över hur mycket jag ätit.

Deltagaren beskrev en stark upplevelse av frihet då hon efter lång tid som sjuk äntligen kunde ägna sig åt en fritidsaktivitet. Omedvetet började fritidsaktiviteten fylla hennes tankar och ersätta tankarna hon hade från tiden som sjuk. Sammanfattningsvis kunde deltagarna sluta tänka på ätstörningen genom att engagera sig i en ny aktivitet eller genom att återgå till en tidigare kontext.

Att inte bli sedd som den sjuka (n=8)

Sex av deltagarna talade om att det var hjälpsamt i tillfrisknandet att inte vara sedd och behandlad som den sjuka, varav en sjätte deltagare även uttryckte det motsatta det vill säga att det kunde vara hämmande i tillfrisknandet att inte bli sedd som sjuk. En sjunde och åttonde deltagare uttryckte att det var svårt att sluta identifiera sig som sjuk. Att själv inte se sig som sjuk och inte längre identifiera sig utifrån sin ätstörning var fördelaktigt i tillfrisknandet.

D: Så det var betydelsefullt att komma i ett nytt sammanhang (...) och träffa nya människor som inte bara kände mig som tjejen som var anorektiker, för det var viktigt. I och med att jag hade förlorat min identitet att jag är duktig på att svälta, så fick jag vara (sitt namn), (...) en egen människa och hjälp att bygga upp en sundare självbild och liksom en identitet som inte var så direkt knuten till min ätstörning. (...) Jag hade så otroligt mycket mer kontroll över vilken identitet jag ville skapa på något sätt (...). Så det var väldigt fascinerande att få skapa en ny (sitt namn), och en viss ny roll till sig själv...

Deltagaren beskrev hur ätstörningen förr var allt hon var. Genom att delta i sammanhang där andra inte visste att hon hade anorexia nervosa kunde hon börja identifiera sig med något annat än sjukdomen och styra mer över den nya identitet hon ville ha. På liknande sätt beskrev deltagare att det var viktigt för dem att inte bli behandlad som sjuk av andra.

D: Det är motverkande att andra ser en som sjuk fortfarande. (...) De (bekanta) sa att jag inte fick följa med till (en stad) för det skulle vara jobbigt, för de hade tänkt gå ut och äta på restaurang på kvällen.

Deltagaren upplevde det som hämmande i tillfrisknandet att bli exkluderad från sociala sammanhang på grund av att hon förr haft en ätstörning. Istället beskrevs det som positivt i tillfrisknandet när andra bemötte en som om man åt som alla andra. I ett sådant sammanhang blev det naturligt att äta och ätandet kunde ske spontant.

D: "Hon (en vän) tog fram fem lussebullar och fem pepparkakor. Av ren spontanitet åt jag dem utan ångest och tänkte: Shit vad bra det kändes."

I utsagan ovan berättade deltagaren om sin överraskning över att bli behandlad som alla andra i sällskapet som fått samma mängd kakor. Ett sådant naturligt bemötande av någon som tidigare varit sjuk ledde till en normalisering av mat och måltider. Tre deltagare talade om att det var svårt att inte bli sedd som den sjuka eftersom omgivningen i så fall inte skulle inse att de mår dåligt, eller eftersom de inte visste vem de var utan sin ätstörning. Den ena deltagaren uttryckte en ambivalens där hon menade att det var skönt att inte bli sedd som sjuk av människor som inte kände henne, men att inte bli sedd som den sjuka hemma skulle få henne att framstå som om hon inte mår dåligt.

I: När började det bli bättre?

D: När jag flyttade hemifrån blev det lite som en befrielse att: Nu vet ingen att jag har ätstörning. Nu kan jag sluta. Hemma fanns ett motstånd för att folk skulle reagera och tolka mer.

I: Vad tolkade de in då?

D: Nä men, då kunde mina föräldrar se att jag åt mer men de fattade inte att jag kräktes så då kunde de säga: "Ska du verkligen gå till mottagningen igen, du mår ju bra." Alltså om jag åt då skulle det vara att jag undergrävde att jag var sjuk.

Att inte längre ses som den sjuka var hämmande i ett sammanhang där andra kände till att man en gång haft en ätstörning. Genom att inte visa upp ätstörningssymtom upplevde deltagaren ovan att ingen skulle tro att hon verkligen mår dåligt. Risken var att andra skulle tro hon hittat på sjukdomen. I sammanhang där andra inte kände till diagnosen, var det däremot positivt att inte bli bemött som den sjuka.

D: Det var tråkigt att släppa den bilden av mig själv som jag hade byggt upp.

I: Hur menar du då?

D: Men att jag inte var den sjuke som slapp idrott och blev omhändertagen och uppmärksammas. Om jag inte hade maten, vem ska jag då va? Jag kände mig tråkig och färglös när jag blev friskare. När jag hade ätstörningen så var jag någon, men inte längre då efter.

Vid tillfällena då deltagare ville bli omhändertagna och uppmärksammade kunde tillfrisknandet hämmas om de inte längre sågs som den sjuka, eftersom de inte skulle behandlas på ett särskilt sätt. Byggandet av en identitet där man inte identifierade sig med ätstörningen var viktigt. Författarna spekulerade kring att det kan tänkas vara känsligt att i ett tidigare skede i tillfrisknandet bli sedd som frisk, medan det kan vara en lättnad att bli behandlad som ”alla andra” vid matbordet när man kommit en bit på vägen i tillfrisknande.

Utvecklande av självkänsla (n=11)

Majoriteten av deltagarna berättade att utvecklande av självkänsla förknippas med tillfrisknande och ett bättre mående. Att inse att man duger, trivs med sig själv, och att vara trygg med sig själv beskrev deltagarna som viktigt i tillfrisknandet. En del av deltagarna berättade att en personlig mognad och självutveckling var viktigt i deras tillfriskningsprocess. Deltagare beskrev att de ofta känt sig värdelösa då de börjat äta igen och att det tog tid för självkänslan att växa.

D: Till en början var det jättejobbigt. Visst, jag hade ju börjat äta så det var ju bra men det var ju ett otroligt hårt slag på självkänslan för nu är jag värdelös på ALLT. Innan kunde jag åtminstone svälta... Först går det ner så, sen börjar man liksom börja bygga upp (självkänslan). Och det är ju läskigt men samtidigt var det en otrolig befrielse...

Deltagaren beskrev hur dåligt hon mådde när hon först börjat äta, samt att hon kände sig värdelös vilket tolkades som att självkänslan var låg i början av tillfrisknandet. Ovan beskrevs hur självkänslan först blev mindre när hon började äta men hur den sedan stärktes och följdes av en känsla av befrielse.

D: Några år senare när jag åt men mådde dåligt började jag läsa Mia Törnbloms bok Självkänsla nu. Den var en aha-upplevelse. (...) Jag började jobba på att tänka

positiva saker om mig själv. Det hade jag aldrig gjort förr. Oj, såhär kan man också tänka. Det var roligt att tänka på ett nytt sätt.

Deltagaren beskrev hur hon gjorde för att få en bättre självkänsla. Först några år efter att hon började äta kunde hon arbeta med sin självkänsla. Det nya tankesättet som deltagaren övade upp med hjälp av en självhjälpsbok bidrog till en förvåning över att hon kunde tänka kring sig själv på ett nytt sätt.

D: ”Jag vill gärna ta till mig credden att jag klarade mig ur detta själv och det stärkte min självkänsla.”

Utsagan ovan illustrerar hur självkänslan byggdes upp allteftersom deltagaren kunde ta åt sig av att på egen hand genomgå tillfriskningen.

I: När du var på behandlingshemmet sa du att du ville ha det bra igen. Vad betydde det?

D: Det var inte så mycket att gå upp i vikt utan det handlade om ett steg längre. Jag måste trivas med mig själv, vara trygg med mig själv och känna att jag klarar av livet på något sätt.

Ovan beskrev deltagaren att hon upplevt att det var viktigt i tillfrisknandet att kunna trivas och att vara trygg i sig själv. Tolknningen är att genom att arbeta med utvecklandet av självkänsla kan man nå längre i tillfriskningsprocessen. Deltagarna pratade om hur självkänslan måste byggas upp för att de skulle kunna hantera svårigheter och vardagen på ett bättre sätt. Att kunna stå för den man är, att kunna sätta ner foten och dra gränser, att ta emot komplimanger och våga tro på dem beskrev deltagare som hjälpsamt i tillfriskningsprocessen.

D: Många klankade ner på en själv och andra. Och det var något som verkligen inte hjälpte mig att bygga upp en stabil självkänsla... Men om man är så pass barskrapat på självkänsla och självkänedom så är man inte riktigt rustad för att liksom hantera diskussioner i omklädningsrummet eller bara liksom det trycket, det fokuset som finns bara, omedvetet och medvetet...

Deltagaren beskrev ett tryck som från omgivningen som gjorde henne medveten om den egna vikten och utseendet. Deltagaren upplevde att hon lätt kunde bli påverkad av trycket vilket försvårade tillfrisknandet. För att kunna stå emot trycket krävdes en bättre självkänsla. En deltagare beskrev att utvecklandet av en bättre självkänsla hjälpte henne i tillfrisknandet eftersom hon kunde välja relationer som var bättre för henne.

D: "Jag tror i och med att jag blev frisk och i samband med det fick bättre självkänsla så kunde jag bättre välja relationer som jag mådde bra av."

Tre deltagare beskrev hur de med tiden utvecklade en trygghet i sig själva och i att omgivningen inte svek dem om de gick upp i vikt.

I: På vilket sätt är livet mer ordnat nu?

D: Nä men så här: Jag går en utbildning, jag har bott i den här staden ganska länge... jag har många bra vänner, jag har ett trevligt liv, och jag tror inte att allt det skulle försvinna om jag skulle gå upp 10 kg.

Genom att känna att livet var mer ordnat kunde deltagaren finna en större trygghet. Hon beskrev att hon idag inte tror att andra försvinner om hon går upp i vikt, vilket tolkades som att hon idag har en starkare självkänsla än under tiden då hon hade denna rädsla.

Sammanfattningsvis beskrev majoriteten av de intervjuade att utvecklandet av en bättre självkänsla ledde till tillfrisknande. Ur intervjuerna framkom att deltagare lärt sig bygga upp sin självkänsla genom att tänka mer positiva saker om sig själva och genom att kunna ta emot komplimanger och tro på beröm. Deltagarna berättade även att de kunde uttrycka mer självhävdelse och självsäkerhet allteftersom de började må bättre och utveckla bättre självkänsla.

Att vara frisk är något mer än det fysiska (n= 10)

Tio av deltagarna beskrev att definitionen av frisk innebär något mer än en förbättring av fysiska symtom. Trots att de gått upp i vikt kunde det ta lång tid att bli kvitt de tankar de haft inombords som präglat ätstörningen.

I: Vad innebär det att vara frisk?

D: Det känner jag är mycket psykiskt... att känna sig hälsosam... Mmm det handlar mer om det psykiska, mer än det fysiska absolut, tycker jag... När jag hade gått upp dem kilona vad jag verkligen inte frisk i huvudet, men jag var klokare i huvudet, jag var starkare än när jag var sjuk och kunde stå emot de här tankarna... Annars hade jag gått ner i vikt igen.

Deltagaren ovan beskrev att hon inte såg sig själv som frisk trots att hon gått upp i vikt eftersom hon fortfarande hade tankar hon inte kunde stå emot. Det krävdes mer än en viktuppgång för att man skulle anses vara frisk från en ätstörning.

D: Det kanske är lätt att bli frisk på pappret, att gå upp några kilon, börja äta och få mensen tillbaka. Men det finns fortfarande de här känslorna som gnager, som kanske inte har med kilona att göra. Och att bli fri från de tankarna, det kan vara en annan sak än att bli frisk. De försvinner inte automatiskt bara för att man går upp i vikt.

Ovan beskrevs att det var lättare att gå upp i vikt. För att vara frisk krävdes det att man blev av med tankar och känslor som präglade ätstörningen. Denna process tog längre tid än processen att gå upp i vikt. Att bli av med tankar och känslor förknippade med ätstörningen krävde mer än att enbart kunna äta normalt.

D: ”Det har tagit mig åtta år nu att bli frisk, på riktigt. Jag menar även om du är friskförklarad så känns det ju inombords att du ju inte riktigt är klar med dig själv ändå.”

Deltagaren beskrev att det tog henne lång tid att bli frisk. Trots att hon kliniskt var friskförklarad upplevde hon att det krävdes mer arbete för att definieras som frisk. Förutom att bli av med fysiska symtom från ätstörning behövde hon bli klar med sig själv vilket tog lång tid. Flera deltagare menade att andra i omgivningen ofta kunde ha en felaktig uppfattning om att man är frisk då de fysiska kriterierna för ätstörning inte längre uppfylls, vilket illustreras i citatet nedan.

I: Hur tror du andra i omgivningen ser på kriterierna för att vara frisk?

D: Man är frisk när man tillsynes klarar den fysiska biten. Men man glömmer lätt den känslomässiga biten. Och det är ju inte så konstigt eftersom det är den biten man kan se och bedöma utifrån.

Frisk från ätstörning innebar för deltagaren att man både utåt såg frisk ut och att man inuti mår bättre. Andra kunde misstas eftersom de ofta definierade en som frisk då man fysiskt såg ut att vara välmående, trots att man känslomässigt inte mår bra efter en ätstörning. Författarnas tolkning var att bedömningen blir svår eftersom det känslomässiga är svårare att få syn på.

D: Den dagen du kan äta en kaka, då är du frisk brukar min (en närstående) säga. Men så är det ju inte, inte så enkelt. Det finns ju en massa tankar kvar trots att man äter, och sen finns det ju de som bara äter kakor.

Det var inte enkelt att bli frisk från en ätstörning. Ovan menade deltagaren att ätstörningar är olika och att andra ofta förknippar anorexia nervosa med ätstörningar. Hennes definition av frisk omfattade något mer än att en dag kunna äta en kaka. Man måste se tillfrisknandet i ett längre tidsperspektiv och inkludera tankar och känslor i definitionen.

D: Det är ju ganska lätt att titta på diagnoskriterierna men sen är det ju inte bara det som gäller. Det handlar lika mycket om tankar som om beteende. ... Om du har väldigt mycket sjuka tankar men håller dem inne så behöver det inte nödvändigtvis betyda att du är frisk. Man ska kanske prata mer i termer av att må bra eller dåligt.

I utsagan ovan beskrev deltagaren att de diagnostiska kriterierna inte räcker till i definitionen av frisk. Definitionen av frisk bör sträva efter att omfatta kriterier av välmående istället. Deltagaren som hade diagnosen UNS beskrev att tillfrisknandet för hennes del inte alls handlade om att förbättra fysiska symtom, då hon aldrig varit underviktig.

I: "Vad tänker du om att behöva gå upp i vikt vid ätstörning UNS?"

D: "Men, jag behövde aldrig gå upp i vikt för att må bättre. Jag behövde bara sluta vara besatt och bli av med ångesten."

Gällande ätstörning UNS blev det ännu tydligare hur frånvaron av fysiska symtom kunde ge en missvisande bild av tillfrisknande. För att deltagaren skulle bli frisk från ätstörning behövde hon minska de psykiska symtomen för ätstörningen. I motsats till vad som sagts ovan beskrev en deltagare tillfrisknande utifrån att inte ha några fysiska konsekvenser från

matbeteendet. Deltagaren beskrev att man kunde ha kvar de fysiska kriterierna, men ändå vara frisk.

I: Vad är dina tankar kring ätstörningar och tillfrisknande?

D: Jag har ju tankar kring mat men väljer dem inte. Jag betraktar mig inte som ätstörd idag trots att jag kräks flera gånger i veckan. Om man inte tar fysisk skada av det och det inte går ut över mitt liv så att andra ser det, så länge det inte får andra konsekvenser än att jag spyr ibland så är ätstörningen med mig men inte en del av mig. Den är inte mig och det är viktigt vid tillfrisknande.

Enligt citatet ansåg deltagaren att frisk från ätstörning kunde innebära att ha kvar vissa fysiska symtom, så länge kräkningarna inte förorsakade någon fysisk skada. Skillnaden mellan sjuk och frisk var att deltagaren inte identifierade sig med ätstörningen och att kräkningarna ansågs som ett sätt att hantera ångest på. En polarisering fanns i temat där deltagaren ovan till skillnad från de andra deltagarna ansåg att rester från vissa fysiska symtom inte hindrade henne från att vara frisk. Summeringen av temat är att frisk från ätstörning innebar något mer än en förbättring i diagnosernas fysiska symtom. I samband med att deltagare nämnde psykiatrins kriterier för tillfrisknande diskuterade de oftast att en förbättring i fysiska kriterier var en måttstock utefter vilken tillfrisknande mättes. De intervjuade upplevde att en reduktion av psykiska symtom innebar att man går ett steg längre i tillfrisknandet.

Minska begränsningar (n=8)

I sin definition av tillfrisknande beskrev deltagare att de blivit friska först när de minskat begränsningarna i livet. Deltagarna beskrev sig själva som mindre rigida, mer spontana och flexibla i sin relation till mat när de blivit friska. Vissa beskrev att de inte längre var lika kräsna gällande mat och kände sig inte lika bundna till mat och träning.

I: Vad innebär det för dig att vara frisk?"

D: "Att släppa kontrollen... släppa på alla regler och unna sig saker... att vara mer närvarande. (...) Frisk för mig är att äta vad jag vill när jag blir sugen på det.

D: Och just de små stegen som på nåt vis visade att jag inte är bunden av strukturerna (matschemat) utan jag är på väg mot ett normalt liv igen där man kan

vara fri och att det inte är nån big deal om man äter några extra russin eller liksom, erm, så det var en stor del av liksom min väg tillbaka.

Att vara frisk innebar att kunna vara spontan istället för att begränsa sitt sug efter viss mat. Frisk kunde också definieras som förmågan att kunna äta lite mer än planerat utan att det blev ett problem.

D: ”Mat och träning ska inte begränsa livet. Mat ska vara en njutning. (...) Idag tänker jag inte på vad jag äter och planerar inte mat och träning veckor i förväg.”

Förutom en mer avslappnad attityd till mat beskrev deltagare att inte heller träning skulle styra deras liv för mycket. En polarisering i temat förekom där en del av deltagarna beskrev tillfrisknande som att släppa på begränsningar och att inte vara rigid, medan de två deltagarna som bedömdes ha ätstörning UNS beskrev att de behövde rutiner och strukturer för att klara av att hålla sig friska. Att polariseringen fanns antar författarna berodde på att deltagarna hade olika mycket symptom kvar från ätstörningen.

I: Hur såg det ut för dig med maten då?

D: Även den perioden när jag inte längre hade ätstörning, alltså, jag handlade samma saker. Det här med kontroll genomsyrar min relation till mat. När jag inte hade ätstörning då var det att inte vara undernörd och att inte kräkas (som frisk betydde). Men jag åt samma mat varje kväll. Fortfarande känner jag att nu har jag ätit för mycket, eller jippie jag har inte ätit mycket så då kan jag äta mycket imorrn.

Begränsningar kunde till viss del stötta processen eftersom de hjälpt deltagaren att sluta kräkas och att börja gå upp i vikt. För mycket tillåtande kring vad man åt kunde för deltagaren istället resultera i kräkningar vilket inte var ett steg mot tillfrisknande. Deltagaren beskrev en glädje i att kunna äta mer än vad hennes begränsningar i vanliga fall tillät henne att äta. Glädjen uppstod de gånger hon inte ätit tillräckligt och därför insett att hon får äta mer vid annat tillfälle.

D: Jag känner att jag inte kan välja vilket yrke som jag vill.

I: På vilket sätt är du begränsad?

D: Att det blir... att jag inte kan vara så flexibel med mina mattider. De måste passa.

I: Att äta på samma tider varje dag?

D: Ja, det är viktigt. Det är väldigt jobbigt att försöka bestämma med andra, så att de förstår hur viktigt det är.

I: Går det åt mycket av din till att tänka på mat?

D: Ja det gör ju tyvärr det, fast på ett friskt sätt. För att jag ska hålla mig frisk så måste jag ju hela tiden planera...

Viss planering och rigiditet ansågs viktig för att deltagaren ovan skulle hålla sig frisk.

Sammanfattningsvis kunde definitionen av tillfrisknande innebära att man behövde ha fasta rutiner kring mat så som bestämda tider när man åt, samtidigt som andra deltagare nämnde att det var viktigt att kunna leva utan dessa rutiner för att klassas som frisk.

Acceptans och lärdom (n=6)

Temat berör deltagares berättelser om att tillfrisknande sker när man utvecklas bortom fysiska symtom, flexibla matvanor och intar ett nytt perspektiv där man kan dra lärdom av sina erfarenheter. Ett fåtal deltagare nämnde en aspekt av temat genom beskrivningen att ätstörningen var en tid i deras liv som idag är avlägset, samtidigt som det finns en acceptans kring den tiden.

I: Var befinner du dig idag?

D: Jag är liksom helt frikopplad från det. Det var ett annat liv, som att födas på nytt. Det var tonårstiden med ätstörning och depression. Sen blev jag frisk och nu är jag frikopplad.

I: När blir man frikopplad?

D: När tankarna släpper. Jag vet ju hur det va att va sjuk men kan inte riktigt förstå det. Det är inte så att de tankarna finns och att jag måste kämpa mot dem. Utan nu kan jag inte förstå hur det va som det va. Då e man frisk.

Deltagaren kunde se sin sjukdom ifrån ett annat perspektiv och kände inte längre igen de tankar och känslor som fanns under sjukdomen. En medvetenhet fanns kring hur saker var då hon var sjuk. Sjukdomen var nu så avlägsen att det kändes som att det var en annan person hon betraktade. Att vara frisk från ätstörning betydde enligt deltagaren att på detta sätt vara fri från den.

D: Det är lite så här, det känns så här, lite som före/efter Kristus. Det är som före ätstörningen, efter ätstörningen. Det är liksom som två olika personer, som man har kläcks. Som om man blivit fötts på nytt igen. Man ser på saker med nya ögon, det var det jag menade, det är lite jobbigt att säga att man är vän med sin ätstörning. Man vill tacka den, man vill liksom, man behövde den på nåt sätt.

I denna utsaga beskrev deltagaren tillfrisknande från ätstörning i form av ett annat liv, men ett liv som gett henne nya kunskaper. Därför var hon tacksam för att hon haft ätstörningen och accepterade på så vis det som skett, utan att förefalla vara rädd för att hamna i det igen. Det är som om ett avklarat kapitel i livet. En annan aspekt av acceptansen var att deltagare ansåg att de egentligen tillfrisknade först när de kunde berätta för andra att de haft en ätstörning.

D: "När man kan prata om det eller när man vill prata om det... att inte skämmas... att våga prata om sin sjukdom då känner man sig ganska frisk, eller då kände jag mig frisk."

D: "Man är inte mer än människa. (...) Jag kan berätta för främlingar att jag haft en ätstörning... det är en del av den jag har varit så varför ska jag mörka en del av mig, det känns fel."

Utmärkande för temat var att deltagare accepterat det som hänt dem. Några deltagare beskrev att den som är frisk kan se en mening i det den gått igenom under sjukdomen. Andra deltagare hade svårt att förstå hur de var under sjukdomstiden, samt att de nu var som en annan person. Ätstörningen var idag inte en del av dem och de behövde inte kämpa emot tankar som fanns under tiden för ätstörningen.

Ambivalens till vad det är att vara frisk (n=7)

Sju av deltagarna beskrev sig själva som friska, men vid närmare eftertanke började de reflektera kring gränsdragningen mellan friskt och sjukt.

I: Hur kan man definiera "frisk", när blir man det?

D: Bra fråga! När är man frisk? Ja har man något svar på det? Jag har inget svar på det för jag tycker inte att... jag tycker att jag är 99 % frisk om du förstår. Därför att man behöver alltid jobba med sig själv varje dag... Vad man läst om andra så tydligen

ja, men då vet man inte hur andra definierar det... En gång destruktiv så... Det är som med alla andra missbruk, du kan leva med det.

Citatet exemplifierar att det var en ständigt pågående process att hålla sig frisk. Deltagaren hade svårt att beskriva om hon var frisk eller inte, eftersom hon inte visste vad andra utgår ifrån i sin definition. Eftersom det inte verkade finnas ett tydligt svar på vad det är att vara frisk från ätstörning, var det svårt att bedöma var hon själv befann sig. Författarna uppfattade att det inte kan finnas en specifik tidpunkt som försäkrade att man var frisk och aldrig mer behövde arbeta med att inte återgå till vissa aspekter av ätstörningen.

I: Vad tänker du om begreppet frisk? Kan man bli helt frisk?

D: (...) Men som sagt man är ju alltid lite sårbar sånt här tänker jag... Jag och mina BUP kontakter pratade lite om det, det är ju som att vara nykter alkoholist... Jag kan tycka att helt frisk blir man aldrig samtidigt som jag kan tycka att man blir, risken att trilla tillbaka blir mindre och mindre....beroende på hur man bygger upp sitt liv.

Svårigheter i definitionen av frisk fanns eftersom deltagaren var medveten om risken att återinsjukna. Sannolikheten för återinsjuknande minskar med tiden, och om man bygger upp sitt liv på ett bra sätt kan man bli frisk.

D: ”Det finns en pytteliten del av mig själv som fortfarande umgås med de tankebanorna jag hade när jag var sjuk...”

Deltagaren ovan beskrev att hon inte är helt frisk eftersom det än idag finns en liten del av henne som tar ätstörningens parti. Detta blev problematiskt i definitionen av frisk eftersom deltagaren ansåg sig vara frisk men var också medveten om att vissa tankar fortfarande finns kvar. Några deltagare var säkra på att de själva är friska, men frågade sig om någon i samhället över huvud taget kan ha ett ”normalt” förhållande till mat.

D: Jag har inte diagnosen anorexi, bulimia, antagligen inte UNS. Men om man ändå får lite ångest för maten, är det friskt eller sjukt?... De flesta klarar inte av att sitta en lördagskväll och äta ett halvt kilo godis utan att såhär åt jag för mycket. Det är ju också en sån där sak som gör att det blir svårt att tala om friskt eller sjukt.

En deltagare menade i motsats till ovanstående utsaga att hon efter ätstörningen kunde stå emot samhällets kroppsideal.

D: ”Har man blivit helt frisk från ätstörningar så blir man inte berörd av medias: bli smal såhär. Jag tror att jag är mycket mindre påverkad än någon som aldrig varit sjuk (av bantningstips i media). Jag är inte berörd.”

Deltagaren var säker på att det fanns något som är ”helt friskt” och att detta innebar att man inte längre påverkades av medias tryck på ett smalt kroppsideal. En del av deltagarna blev ambivalenta till om de såg sig själva som friska eller om de bara trodde sig vara friska.

D: Jag kanske bara lurar mig själv när jag tänker att jag gör framsteg. Same shit different name. Äter jag mer så tränar jag mer, så jag kanske bara lurar mig själv till att tro att jag mår bättre.(...) Jag vet inte om jag tror att bli helt frisk från ätstörning. Kliniskt frisk finns men säger inget med tanke på vilka kriterier man ska uppfylla. Jag är enligt dem kliniskt frisk, men jag ser mig inte själv som frisk.

I: Hur beskriver du dig själv idag?

D: Jag är rädd att detta ska följa med mig resten av livet som något kroniskt. Kanske skulle jag vilja bli av med kräkningen.

I: Vilja?

D: För jag ser det (kräkningarna) inte som problematiskt och tänker att jag bara skulle ha ett annat problem. Jag är rädd att jag hade börjat med droger och kräkning är bättre för mig än det.

Deltagaren ovan nämnde att en rädsla fanns för att ätstörningen skulle utvecklas till något kroniskt. Tanken på att bli frisk från ätstörningen väckte oro kring att hamna i ett missbruk. Ur det perspektivet kan det anses mer friskt att uppfylla kriterier för ätstörning än att hamna i drog- eller alkoholmissbruk. Sammanfattningsvis beskrev deltagare att det vid närmare eftertanke är svårt att definiera när man är frisk från ätstörning. Deltagare var osäkra på om de var friska eftersom de ansåg att det var svårt att definiera vad som är normalt i samhället. De uttryckte att de kanske bara lurade sig själva till att tro att de var friska. En deltagare var osäker på om hon kunde bli frisk från ätstörningar.

Diskussion

Följande sex teman framtoogs angående vad personer som haft ätstörning anser som viktigt i tillfrisknande: insikt och motivation, att bli sedd och tagen på allvar, att hantera känslor, fokusera på annat än ätstörningen, att inte längre ses som den sjuka, samt utvecklande av självkänsla. Fyra teman relateras till hur personer som haft en ätstörning definierar att vara frisk: att vara frisk är något mer än det fysiska, minska begränsningar, acceptans och lärdom samt ambivalens till vad det är att vara frisk. Resultatdiskussionen inleds med de tio teman som genererats i resultaten. Sedan följer en diskussion av metod, tillförlitlighet och objektivitet, val av resultatframställning, etiska övervägandena och framtida forskning. Uppsatsen avrundas med författarnas slutsats.

Resultatdiskussion

Insikt och motivation. Alla deltagare, oavsett vilken diagnos de tidigare tillskrivits, nämner att det är viktigt att få en insikt om att man är sjuk och att på olika sätt hitta motivation till att bli bättre. Temat går i linje med Jenkins och Ogdens (2012) tidigare forskning där erkännandet av anorexia nervosa är av fördel vid tillfrisknande. Nordbø et al. (2012) menar att insikten att man har anorexia nervosa är nödvändig för att kunna påbörja ett tillfrisknande. Denna studie visar att erkännande av sjukdomens konsekvenser är betydelsefullt även vid tillfrisknande från bulimia nervosa och ätstörning UNS.

När exempelvis anorexia nervosa ses som något positivt i livet försvåras tillfrisknandet (Nordbø et al., 2012). Inom ramen för denna uppsats nämner de intervjuade samma aspekt eftersom de berättar att insikten om att gå miste om värdefulla saker i livet, oavsett ätstörningsdiagnos, underlättar tillfrisknande. Enligt Federici och Kaplan (2008) är en inre motivation viktig för att bli frisk och vilja gå i behandling, något som även framkommer i resultaten i denna studie. Till skillnad från tidigare forskning bedriven av D'Abundo och Chally (2004) nämner ingen av de intervjuade att spiritualitet och tilltro på en övre makt underlättar tillfrisknande. Detta utesluter inte att spiritualitet kan vara en positiv faktor vid tillfrisknande för deltagarna i studien eller andra individer som genomgår en tillfriskningsprocess.

Slutsatsen av resultaten i temat är att olika typer av insikter som främjar tillfrisknande utvecklas i takt med ett bättre fysiskt och psykiskt mående. Vissa insikter, exempelvis att man kan dö av sjukdomen eller att man inte vill må dåligt längre, verkar initialt drivande till att vilja bli frisk. Medan andra insikter, som förståelsen att man inte blir överviktig när man

börjar äta regelbundet, utvecklas senare i tillfrisknandet och är förstärkande och motiverande delar i processen.

Att bli sedd och tagen på allvar. Genom intervjuerna framgår det att deltagarna upplever sig som sedda när omgivningen öppet talar om deltagarnas problem. Vissa deltagare tycker att de blev dåligt bemötta i vården och att något måste ändras, medan andra deltagare är nöjda med hur de bemöttes i behandlingen. Enligt Noordenbos (2011) är det svårt att avgöra vilka behandlingsmål som är kritiska för tillfrisknande. Forskning av patienters upplevelse vid tillfrisknande visar att helt andra faktorer påverkar än de faktorer som ofta finns i standardiserade formulär (Pettersen & Rosenvinge, 2002). I resultaten framkommer det att deltagare som är missnöjda med behandlingen inte anser att problemet ligger i behandlingsmålen. Snarare är problemet det bemötande vissa behandlare ger patienterna. Många deltagare anger att de vill bli sedda som sin hela person och inte behandlade som en diagnos eller bara som en ätstörning.

Tidigare forskning av Pettersen och Rosenvinge (2002) menar att empatiska relationer till terapeuter, andra kvinnor med ätstörning eller närstående andra personer är essentiella för tillfrisknande från ätstörningar. Behovet att behålla ett socialt nätverk och få stöd från familjemedlemmar förefaller viktigt för tillfrisknande (D'Abundo & Chally, 2004; Pettersen & Rosenvinge, 2002). Författarna drar slutsatsen att det är viktigt att närstående vågar berätta att de ser att personen med ätstörning har ett problem, även om de inte vet vad de ska göra eller hur de ska uttrycka sin oro. Behandlare behöver försöka bekräfta patienterna så mycket som möjligt genom att se till hela individen och inte enbart tala om ätstörningen.

Att hantera känslor. Resultaten i temat stämmer överens med tidigare forskning som visar att det i tillfrisknande är viktigt att lära sig att hantera känslor (Jenkins & Ogden, 2012; Kyriacou et al, 2009). I enlighet med Vanderlindens et al. (2007) studie menar även deltagarna i denna uppsats att det är viktigt att lära sig att hantera och lösa egna problem för att nå tillfrisknande. Vad som skiljer sig från Vanderlindens et al. studie är att de intervjuade i denna uppsats inte nämner att det är viktigt att med terapeutens hjälp lära sig att uttrycka sina åsikter och känslor fritt. De tolv deltagarna anser att de nämnda faktorerna är viktiga för tillfrisknande men att detta sker i en annan kontext än i behandlingssituationen.

Vanderlinden et al. (2007) beskriver att personer med diagnosen bulimia nervosa upplever det som underlättande i tillfrisknandet att få en förståelse för sjukdomens bakomliggande mekanismer. Vissa deltagare i denna studie talar om orsaker, men de uttalar sig oftast inte om att en förståelse för sjukdomens orsak är nödvändig för tillfrisknande. Antalet deltagare som benämner ätstörningens orsak är svår att uppskatta och ligger dessutom

utanför studiens frågeställningar. Slutsatsen av vad som framkommit under temat är att tillfrisknandet är en process där hanterandet av känslor fortsätter vara en viktig del av förloppet trots att man äter normalt och utåt sätt förefaller må bra inombords.

Att fokusera på annat än ätstörningen. Deltagare nämner att det är viktigt att tränga ut sjukdomen så att den inte upptar en stor del av ens liv. När ätstörningen talar till personerna menar de att det är viktigt att ha annat i livet som kan distrahera dem från att agera i linje med sjukdomen. På så vis underlättas tillfrisknande. Författarna har i sitt arbete inte kommit i kontakt med forskning som avhandlar tillfrisknande på detta sätt. Möjligtvis har temat inte ansetts viktigt i tidigare forskning, eller ännu inte uppmärksamats. Författarna har valt att lägga vikt vid aspekten eftersom det förefaller vara en väsentlig del i deltagarnas tillfrisknande. Enligt de intervjuades utsagor behöver vägen mot ett bättre mående fyllas av aktiviteter som inte är relaterade till ätstörningen. Att enbart fokusera på att behandla sjukdomssymtomen leder inte nödvändigtvis mot tillfrisknande.

Att inte bli sedd som den sjuka. Federici och Kaplans (2008) forskning visar att stöd från andra som inte dömer ens matvanor och beteende anses viktigt, vilket framkommer i resultatet till denna studie. Andra deltagare i studien berättar att det är svårt att släppa sin sjukdomsidentitet, dels eftersom det kan vara skönt att bli omhändertagen och uppmärksammas, dels eftersom man är rädd att andra ska tro att allt i livet är bra om man inte är sjuk. En polarisering i temat finns eftersom en deltagare samtidigt uttrycker att det både kan vara bra men även hämmande att inte längre bli sedd som sjuk. Upplevelsen att det är hindrande för tillfrisknande att inte längre ses som sjuk nämns även av Federici och Kaplan (2008). Federici och Kaplan (2008) menar att tillfrisknande från anorexia nervosa kan försvåras om andra bemöter den som genomgår tillfriskningsprocessen med tron att man är fri från sjukdomen då man blir normalviktig. Resultaten i studien visar en motsägelse där en del av de intervjuade uttrycker att det är befriande att behandlas som alla andra samtidigt andra deltagare upplever det problematiskt att släppa sin sjukdomsidentitet. En del av deltagarna menar att det kan vara direkt hindrande i tillfrisknandet att inte längre ses som sjuk. Författarna anser att det finns en variation i hur någon vill bli bemött i tillfrisknandet. Det kan vara känsligt att i ett tidigt skede av tillfrisknandet bli sedd som frisk, medan det kan vara en lättnad att bli behandlad som ”alla andra” när man kommit en bit på vägen.

Utvecklande av självkänsla. Att lära sig värdera den egna kroppen positivt och ha en bättre självkänsla är enligt Vanderlinden et al. (2007) viktiga faktorer i tillfrisknandet. Federici och Kaplan (2008) betonar följande faktorer som underlättande i tillfrisknande: att vara mindre självkritisk, att acceptera sin kropp i en högre grad, att utmana negativa tankar

och att oftare ta åt sig av egen framgång. Fairburn et al. (2003) går ett steg längre och menar att först när självkänslan kan baseras på andra domäner i livet kan man tala om ett tillfrisknande. Denna uppsats ger stöd åt tidigare forskning angående självkänslans roll i att bli frisk från ätstörning. Desto bättre självkänsla individen upplever sig ha ju bättre rustad är man för att ta itu med ätstörningen och livets svårigheter. Det är svårt att uttala sig om vad som kommer först: en förbättrad självkänsla eller en tillfriskning från ätstörningen. Troligtvis sker de båda i ett samspel som successivt leder till bättre och bättre mående. De intervjuade beskriver att de inte utvecklade en bättre självkänsla bara för att de började äta. Att äta normalt är även en förutsättning för att nå ett bättre mentalt tillstånd som i sin tur ger förutsättningen för en ökad självkänsla.

Att vara frisk är något mer än det fysiska. Enligt deltagarna förefaller det som att psykiatrin främst har betonat reduktionen av fysiska symtom över de psykiska vid tillfrisknande. Många deltagare anser att det tar lång tid att bli frisk och att tillståndet innebär att man behöver bli kvitt de tankar som präglade ätstörningen. Clausen (2004) menar också att det tar längre tid att utveckla ett psykologiskt välmående än vad det gör att uppnå en god fysisk hälsa. Saccomani et al. (1998) menar att 79 % av patienterna med anorexia nervosa anses tillfriskna om man enbart mäter förbättring i fysiska symtom, medan 48 % anses friska då man mäter tillfrisknande både utifrån psykiska och fysiska symtom. Slutsatsen är att deltagare med anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS anger att det krävs mer än en reduktion av fysiska symtom för att räknas som frisk. Forskning kan ha överskattat andelen tillfrisknade från anorexia nervosa, liksom från bulimia nervosa och ätstörning UNS. Detta är allvarligt då annan forskning menar att individer som har en fortsatt stark rädsla för att gå upp i vikt och en förvrängd bild av den egna kroppen, löper en betydande risk för återfall (Cogely & Keel, 2003; Fairburn et al., 2003; Noordenbos, 2011; Pettersen & Rosenvinge, 2002; Steinhausen, 2002).

En deltagare berättar att man kan vara frisk trots att man kräks någon gång i veckan, så länge man inte tar fysisk skada av beteendet. Upplevelsen skiljer sig från åsikterna att tillfrisknande innebär något mer utöver reduceringen av fysiska symtom. Utsagan går även emot kriterierna i DSM där kräkningar som förekommer mer än två gånger i veckan under tre månaders tid är ett av de fysiska kriterierna för bulimia nervosa eller ätstörning UNS. Deltagaren förklarar att kräkningar hjälper henne att sluta analysera varför hon mår dåligt, vilket även innebär att en del svåra känslor ligger bakom beteendet. I detta fall är tillfrisknande något som inkluderar det psykiska (att sluta må dåligt) och det beteende som utgör ett kriterium för ätstörningsdiagnoser i DSM-IV, men som inte leder till att kroppen på

något sätt tar skada eller att andra märker av beteendet. Författarna ser detta som en viktig berättelse då den säger oss att olika personer ser olika på vad som krävs för att anses tillfriskna från en ätstörning. Utsagan går emot tidigare forskning som menar att det krävs ett återställande av fysiska symtom för att klassas som frisk (Darcy et al., 2010).

Till skillnad från resultaten hos Darcy et al. (2010) tycks deltagare i denna studie lägga mer fokus på reduktionen av psykiska symtom, vilket nämns i viss tidigare forskning (Granek, 2007). Tidigare forskning visar att psykologiska variabler utgör en essentiell del av ätstörningsdiagnoserna (Björck, Björk, Clinton, Sohlberg & Norring, 2008; Granek, 2007). DSM IV (APA, 2000) är problematiskt eftersom en individ anses frisk från ätstörning när ett kriterium inte längre uppfylls. Problemet blir att patienterna oftast anses tillfriskna när en fysisk symtomreduktion inträffar. Psykiska symtom kvarstår vilket bör betonas mer vid definitionen av tillfrisknande. Tolkningen av resultaten är att återställande av fysiska symtom är ett steg på vägen mot ett tillfrisknande men att det krävs mer för att till fullo bli frisk.

Minska begränsningar. Majoriteten av deltagare berättar att man är frisk när man har minskat begränsningar som sjukdomen utgör. Polariseringen i temat utgörs av att två deltagare upplever fasta rutiner som nödvändiga för att kunna vara frisk. De två deltagarna bedöms uppfylla kriterierna för ätstörning UNS och menar att frisk från ätstörning kan innebära att man behöver ha fasta rutiner kring mat. Andra deltagare nämner att det är viktigt att kunna leva utan dessa rutiner för att klassas som frisk. Författarna antar att polariseringen beror på att deltagarna har olika mycket symtom kvar från ätstörning. Detta kan ge stöd till författarnas antagande att olika steg finns i tillfriskningen. Att äta utefter bestämda tider och matscheman kan vara ett bra sätt att vara medveten om sin känslighet för ätstörning och en strategi för att välja att inte agera på de tankar som kan dröja sig kvar från ätstörningen. Författarna anser liksom Nordenbos (2011) att det krävs ytterligare spontanitet i samband med matintag för att vara frisk: att äta det man är sugen på när man är sugen på det utan att det leder till kompensatoriskt beteende. Slutsatsen är att det bör finnas ett tillåtande för den ångest och rädsla som kan finnas kvar. I enlighet med Horwitz och Wakenfield (2007) menar författarna att en viss ångest och rädsla inför ens utseende och vikt är en naturlig del av samhället. Det är inte korrekt att förlägga problemen enbart hos en individ som fokuserar på sin kropp, då dagens samhälle starkt anspelar på vårt utseende.

Acceptans och lärdom. Att dra lärdom från erfarenheter av sjukdomen och att få ett annat perspektiv på sjukdomstiden är viktigt i definitionen av tillfrisknande. Författarna har inte i sitt förarbete kommit i kontakt med tidigare forskning som nämner en liknande definition av frisk. Slutsatsen författarna drar är att hälften av deltagarna definierar frisk från

ätstörning genom att de upplever att ätstörningen var en nödvändig del av deras liv. Ätstörningen är idag avlägsen och främmande eftersom de kan se sjukdomstiden ur ett annat perspektiv. Denna definition av frisk från ätstörning är annorlunda än de två tidigare nämnda teman, då individerna här beskriver att man som frisk är en annan person som är medveten om vad man varit med om, men som inte längre känner igen spåren från ätstörningen i sitt eget liv.

Ambivalens till vad det är att vara frisk. Tidigare forskning visar att många individer som har tillfrisknat är ambivalenta till hur de ser på tillfriskningsprocessen (Darcy et al., 2010). I Darcys et al. (2010) studie utgörs en tredjedel av utsagorna av ambivalens kring tillfrisknande; till exempel att det inte går att förklara hur man upplevt tillfrisknande. Tillfrisknande beskrivs som en pågående process eller att det är lättare att ha anorexia nervosa än att gå igenom tillfriskningsprocessen. I likhet med Darcys et al. (2010) studie är deltagare i denna studie ambivalenta till hur man ska definiera tillfrisknande och om man kan bli frisk. Exempelvis anger deltagarna att man är i förnekelse om man tror att man har tillfrisknat helt. I D'Abundo och Challys (2004) studie beskriver deltagarna ätstörning som ett kroniskt tillstånd och menar att man egentligen aldrig riktigt återgår till en normal relation till mat efter en ätstörning. Ambivalensen i denna studie kan bero på rädslor att insjukna i andra tillstånd eller missbruk. Ur ett behandlingsperspektiv är det viktigt att utforska om denna oro finns.

Behovet att definiera vad som är friskt i samhället kan diskuteras utifrån Horwitz och Wakenfields (2007) resonemang. Applicerat på ätstörningar skulle det innebära att det i dagens samhälle är oundvikligt att människor i viss mån tänker på hur de ser ut och vad de äter. Det förefaller som att många i samhället idag har en oro kring sin vikt och kroppsform – utan att vara ätstörda. Därför är det svårt att göra en tydlig definition av vad det är att vara frisk. En poäng finns med att alla kriterierna i DSM ska vara uppfyllda för att en ätstörningsdiagnos ska ställas.

Problematisering kring vad tillfrisknande innebär

Problematisering kring definitionen av tillfrisknande. Vad tillfrisknande innebär skiftar beroende på vem man frågar. Några deltagare i denna studie använder ordet *fri* i sin beskrivning av vad det är att vara frisk. Andra deltagare använder ordet frisk och fri synonymt, medan några deltagare betonar att fri är något mer än att vara frisk. Frisk är man om man äter normalt. Det är en annan sak att dessutom vara fri från sin ätstörning och därmed fri från de tankar och känslor som vanligen präglar sjukdomen. Utifrån Horwitzs (2007) resonemang drar författarna slutsatsen att det är naturligt i dagens samhälle att ha tankar kring

sin kropp och vikt. Därför är det rimligt att anse att dagen då man är mer tillåtande mot sig själv och mer spontan i relation till mat, är man frisk. Tankar från sjukdomstiden kan finnas kvar, men så länge individen inte agerar på dem och hittar andra strategier att hantera svårigheter på kan man anse att individen inte är sjuk. Att kräva total ”frihet” från ätstörningssymtom är för strikta kriterier för att definieras som frisk. Den totala friheten som beskrivs av ett par deltagare är positiv. Författarna menar att den totala friheten speglar ett tillstånd som gemene man kanske aldrig uppnår.

Det finns ännu ingen konsensus i litteraturen angående definitionen av frisk (Noordenbos, 2011). Hur olika studier definierar frisk varierar, där vissa studier anger att deltagare delvis tillfrisknat medan andra studier anger att ett fullt tillfrisknande skett utan att närmare specificera vad det egentligen innebär. Slutsatsen i denna studie är att det finns olika stadier i tillfrisknandet och att det är svårt att veta vad som utgör stadierna. Det är ingen lätt uppgift att avgränsa var ett stadium slutar och ett annat börjar. Svårigheten är att på ett tydligt sätt utforma och avgränsa kriterier för tillfrisknande, men som med kriterierna för ätstörningar i DSM systemet kan det finnas en fördel i att åtminstone ha kriterier.

Noordenbos (2011) kritiserar DSM:s diagnostiska kriterier då de inte anger hur länge man ska vara symtomfri för att anses frisk. I denna studie uppger vissa deltagare att det tagit flera år innan de kunde se sig som friska, medan andra uppger att det tog några få månader eller ett år att bli frisk. Författarna vill även påpeka att studien utgjordes av två deltagare som idag bedöms ha ätstörning UNS, trots många års sjukdom. Det förefaller naivt att i forskning påstå att den symtomfria tiden för att vara ”fullt tillfrisknad” varierar mellan 8 – 12 veckor (Noordenbos, 2011). Möjligen kan det ta 8 – 12 veckor för att ett av de diagnostiska kriterierna för ätstörning inte längre ska vara uppfyllt. Flera deltagare i denna studie anger att de upplever att mer krävs för att klassas som fullt frisk och att denna process kan ta flera år. Att två av deltagarna för närvarande uppfyller kriterierna för ätstörning UNS visar på svårigheten i skapandet av en tidsgräns för tillfrisknande. De båda deltagarnas nuvarande diagnos ses som en utveckling i rätt riktning eftersom kriterierna för anorexia nervosa eller bulimia nervosa inte längre är uppfyllda.

Problematisering kring samsjuklighet. Författarna vill påpeka att DSM-IV:s (APA, 2000) kriterier omfattar psykologiska faktorer vid fastställandet av en ätstörningsdiagnos. DSM-IV (APA, 2000) är problematiskt eftersom en individ anses frisk från ätstörning när ett kriterium inte längre uppfylls samt eftersom det inte är angivet hur länge man ska vara symtomfri för att anses vara frisk. Problemet är att patienterna oftast bedöms vara friska när fysiska symtom reduceras, men har fortfarande kvarvarande psykiska problem. De psykiska

problemen som dröjer kvar bör betonas mer vid definitionen av tillfrisknande. Enligt resultaten är ett återställande av fysiska symtom ett steg på vägen mot tillfrisknande men det krävs mer för att till fullo bli frisk.

Individen är fortfarande sjuk om resterande symtom leder till att kriterier för ätstörning UNS uppfylls (Clinton, 2010; Waller, 2008). Detta ger ett sken av tillfrisknande eftersom den ena ätstörningsdiagnosen förefaller övergå i den andra, något som framgått i denna studie och som tyder på relevansen av det transdiagnostiska perspektivet. Patienter kan bli friska från ätstörning men samtidigt vara sjuka eftersom depression och/ångest inte alltid försvinner vid tillfrisknandet från ätstörningen. Steinhausen (2002) menar att personer med anorexia nervosa antingen blir friska, återinsjuknar i ätstörning eller uppfyller en annan psykiatrisk diagnos. Cogely och Keel (2003) menar att en stor del av de sjukdomsdrabbade lång tid efter en symtomreduktion fortfarande har kvar psykiska problem i form av ångest och depression vilket kan resultera i andra psykiatriska diagnoser. Begreppet tillfrisknande blir på så vis problematiserat. Svårigheten är att man kliniskt sätt kan anses frisk från ätstörning, men samtidigt inte är frisk eftersom kriterier för en annan diagnos uppfylls. Forskning och behandling får inte bortse från detta faktum. Författarna till uppsatsen har inte lagt ett fokus på komorbiditet under sina intervjuer eller under analysarbetet. Utifrån deltagarnas berättelser drar författarna slutsatsen att definitionen av tillfrisknande omfattar mer än en förbättring i fysiska symtom, eftersom individer kan bli friska från ätstörning men samtidigt uppfylla kriterier för annan diagnos. Tre av studiens deltagare har haft olika ätstörningsdiagnoser, vilket tyder på att de tre ätstörningsdiagnoserna inte är distinkta. Författarna har inte närmare undersökt ifall deltagare övergått i andra ätstörningsdiagnoser. Det kan inte uteslutas att fler deltagare haft erfarenhet av mer än en ätstörningsdiagnos. Möjligen innebär ett tillfrisknande från anorexia nervosa eller bulimia nervosa att man under en tid övergår i ätstörning UNS. Eftersom ätstörningsdiagnoserna förefaller gå över i varandra och utgöras av liknande problematik, sluter sig författarna till det transdiagnostiska perspektivet.

Slutsats av resultatdiskussion

Slutsatsen från resultaten är att en insikt om allvaret i ätstörningen många gånger är väsentlig för att tillfriskning ska ske. Insikterna förefaller först utgöras av förståelsen av sjukdomens allvarliga fysiska konsekvenser, samt att man går miste om viktiga delar i livet. Senare i tillfrisknandet utgörs insikterna av att man haft en irrationell uppfattning om sambandet mellan mat och viktuppgång. Motiverande faktorer under tillfrisknandet är viktiga för att vidmakthålla den positiva förändringen. Tidigare forskning menar att insikter är viktiga vid

tillfrisknande av anorexia nervosa. Denna studie utökar kunskapen eftersom insikten visat sig vara av betydelse även i tillfrisknande från bulimia nervosa och ätstörning UNS. Det är viktigt att den som tillfrisknar blir sedd och bemött på ett respektfullt sätt. Att bli sedd innebär att omgivningen inte enbart uppmärksammar ätstörningen utan bekräftar individens andra sidor. På vilket sätt man vill bli sedd skiljer sig eftersom en del av deltagarna i studien betonar betydelsen att inte bli sedda som sjuka, medan andra tycker att det är viktigt att omgivningen ser att de inte mår bra trots viss förbättring. Att hantera känslor och fokusera på annat i livet än ätstörningen tycks främja tillfrisknandet från ätstörningar. Dessa faktorer förefaller vara viktiga även i senare skeden av tillfriskningsprocessen. I linje med tidigare forskning drar författarna till uppsatsen slutsatsen att ett utvecklande av självkänsla är kopplat till att bli frisk från ätstörning. Personer med ätstörning som börjar äta får inte automatiskt en bättre självkänsla. Detta är viktigt att vara medveten om och att uppmärksamma. Att börja äta igen verkar vara en förutsättning för att öka självkänslan, samtidigt som en ökad självkänsla bidrar till att de sjukdomsdrabbade förmår ändra sin relation till mat.

Det förefaller som att olika stadier i tillfrisknandet existerar. Det är svårt att veta vad som utgör stadierna och var man bör dra avgränsningar mellan stadierna. Distinkta definitioner och kriterier kan bidra till att man börjar närma sig konsensus, men är svåra att fastställa. En medvetenhet bör finnas kring att dessa kriterier inte är absoluta sanningar och kriterierna bör betraktas som rekommendationer för vad som ofta utgör tillfrisknande. Det är nödvändigt att uppnå en reduktion av fysiska symtom då dessa kan vara rent livshotande. Ett tillfrisknande förutsätter även en förbättring i det allmänna psykiska måendet hos den som diagnostiserats med ätstörning. Samsjuklighet är vanligt förekommande i samband med ätstörningar, vilket innebär att andra psykiatriska diagnoser föreligger när individen blivit frisk från ätstörning. Man är då frisk från ätstörning men har fortfarande inte en god psykisk hälsa. Detta är något som bör uppmärksammas av vården och forskningen. Det är problematiskt att ge en exakt definition av vad det är att vara frisk från ätstörning då denna upplevelse är subjektiv. Utifrån det samhälle vi lever i idag där det finns ett slankhetsideal och där vi ständigt genom media påminns om att vi bör banta och välja dieter, är det svårt att ställa kravet att den som en gång haft en ätstörning inte ska oroa sig för sin vikt och sitt utseende. Det är snarare en del av normaliteten att ha en viss oro. Skillnaden mellan frisk och sjuk är att man som frisk har förmågan att stå emot en reaktion på ätstörningstankarna. Detta kan ske genom att individen inser allvaret i sjukdomen och får motivation genom att förstå att man inte plötsligt blir överviktig. Tillfrisknandet kan även ske genom att den sjukdomsdrabbade lär sig hantera ångest och rädslor på olika sätt där man inte använder sig av bantning,

hetsätning eller kompensatoriskt beteende. Man blir inte frisk den dagen man äter en kaka, då ångest och andra svåra känslor kvarstår dagen man börjar äta normalt. Det finns individer med ätstörning som utsätter sig för långa perioder av svält, varefter de hetsäter och ibland kompenserar för matintaget, vilket visar att det inte är så enkelt som att äta en kaka för att bli frisk.

Metoddiskussion

Metodval. Syftet med den kvalitativa forskningen är att förstå deltagarens upplevda erfarenhet; meningen i det studerade fenomenet finns inom individen och kan nås genom en djup reflektion som ofta underlättas av dialogen mellan forskaren och deltagaren (Polkinghorne, 2005; Ponterotto, 2005; Schwandt, 1998). Då studiens frågeställningar handlar om upplevelser av tillfrisknande valde författarna kvalitativ metod till uppsatsen. För att få data relaterad till frågeställningarna valdes semistrukturerade intervjuer då syftet med semistrukturerade intervjuer är att ge intervjuaren tillfälle att höra den intervjuades tankar och upplevelser av fenomenet som studeras (Barbour, 2008; Willig, 2008). Semistrukturerade intervjuer valdes framför strukturerade intervjuer för att forskaren i den strukturerade intervjun dikterar riktningen som intervjun tar (Barbour, 2008). Genom att använda semistrukturerade intervjuer kan författarna lättare få data som är utmärkande för deltagarens upplevelse. Författarna har valt att inte använda en öppen intervju eftersom en eftersträvan fanns att utforska studiens två frågeställningar. Därför ansåg författarna att de i enlighet med Kvale och Brinkmanns (2009) råd till viss del behöver styra intervjuens övergripande samtalsområden. En svaghet som ofta diskuteras i samband med semistrukturerade intervjuer är att ledande frågor kan styra deltagarnas svar för mycket (Kvale & Brinkmann, 2009; Willig, 2008). Författarna är medvetna om denna svaghet i metodvalet och utformade därför bland annat en fråga gällande vad intervjuade anser om ordvalet ”frisk” och ”tillfriskna”. En intervjuguide utformades enligt Barbours (2008) råd angående semistrukturerade intervjuer. Intervjuguiden innehåller övergripande rubriker samt försiktigt formulerade och öppna frågor som tillåter den intervjuade att elaborera. Inom semistrukturerad intervjuteknik varierar det hur pass mycket intervjuaren förlitar sig på intervjuguiden (Barbour, 2008). Författarna till denna studie har valt att inleda alla intervjuer i den ordning de övergripande rubrikerna i intervjuguiden presenteras (se bilaga 4) men har sedan intagit en mer flexibelt intervjuteknik där inte alla underfrågor i intervjuguiden ställts och där ordningsföljden av frågor bestämdes av samtalsgången. Valet att använda sig av en kort enkät kommer ifrån funderingarna kring att enkäter kan användas för att underlätta insamlingen av demografisk data (Barbour, 2008).

En svaghet i att använda enkäter är att frågorna är i formulären inte tar hänsyn till den kontext individen befinner sig i (Horwitz, 2007). Därför har författarna inte tagit ställning till deltagarnas mående enbart utifrån enkäten, utan även använt hela intervjun för att få en slutgiltig uppfattning om deltagarnas mående.

Den tematiska analysen anses vara lämpad till att vara den första kvalitativa analysmetoden som forskare lär sig eftersom den ger grundläggande färdigheter som är användbara i många andra former av kvalitativ analysmetod (Braun & Clarke, 2006). Metoden används ofta i psykologisk forskning och har fördelen att till skillnad från exempelvis Grounded Theory och Interpretive Phenomenological Analysis vara epistemologiskt obunden (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analys bygger på transkribering vid analysen av studiens data (Braun & Clarke, 2006). En svaghet i studien är att författarna inte transkriberat det inspelade materialet. Polkinghorne (2005) menar dock att mycket av den kontextuella informationen som förmedlas i intervjun liksom frasering och gestikulering försvinner vid transkribering. En styrka i valet att lyssna av intervjuerna är att författarna på så vis kommit närmare deltagarnas ursprungliga utsagor. Ännu en svaghet som bör diskuteras är att de teman som framtagits baseras på två intervjuer. Om alla intervjuer hade tagits med i utformandet av teman hade resultatet kanske varit ett annat. Författarna menar här att i enlighet med Braun och Clarke (2006) att den överväldigande mängden information för en forskare som inte är bekant med kvalitativ analysmetod kan leda till att viktig information trots allt faller bort om fokus vid framtagandet av teman läggs på alla intervjuer. Att fokusera på enbart två intervjuer kan därför vara lämpligt.

Val av selektionskriterier. Forskning som studerar mänskliga upplevelser bör enligt Polkinghorne (2005) i första hand utgå ifrån data uppbyggd av deltagarnas egna erfarenheter. Polkinghorne (2005) anger att det är av betydelse för studien att rekrytera de deltagare som man kan lära mest ifrån samt deltagare som kan ge information som är relevant till det fenomen som undersöks. Av den anledningen valde författarna att skapa selektionskrav för deltagande med syfte att försäkra sig om att personer som haft erfarenhet av ätstörning och tillfrisknande rekryterades. Då anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS är vanligt förekommande ätstörningsdiagnoser (Klein & Walsh, 2003) var ett av studiens selektionskrav att deltagarna någon gång skulle ha diagnostiserats med någon av ovan nämnda ätstörningar. Deltagarna skulle också ha varit i behandling för ätstörningen, dels för att försäkra att en klinisk diagnos ställts, dels för att deltagarna skulle kunna ge sina åsikter om vad i behandlingen som underlättade tillfrisknandet. En svaghet med selektionskriteriet kan vara att individer som haft ätstörning men inte fått behandling uteslöts ur studien, vilket

kan betyda att studien gått miste om viktig information. Studiens selektionskriterier tog inte hänsyn till om man idag var frisk från ätstörning, detta för att kunna ge en bredare och mer nyanserad bild av vad det innebär att tillfriskna från en ätstörning. Åldersgränsen på 18 år valdes dels med syfte att hitta deltagare som hade en viss distans från det första insjuknandet. Som nämnt i uppsatsens inledning insjuknar individer oftast i puberteten (Klein & Walsh, 2003). En annan orsak till val av ålderskriterium var att det underlättade genomförandet av datainsamlingen då målsmäns medgivande inte behövdes. Att endast ha med kvinnor i studien ger en enhetlighet i uppsatsen. Endast 10 % (Ottosson, 2009) av de som diagnostiseras med ätstörningar utgörs av män varför det ansågs underlättande för rekryteringsprocessen att enbart inkludera kvinnor i studien. Författarna anser också att det underlättade att rekrytera från ideella föreningar då dessa deltagare bedömdes vara motiverade att bidra till studien. I efterhand anser författarna att det informationsbrev som delats ut skulle varit tydligare. Det bör klart ha poängteras att studien handlar om tillfrisknande från ätstörningar istället för formuleringen ”upplevt vägen mot en förändrad relation till mat”. Författarna blev medvetna om detta under rekryteringen och förtydligade informationen till deltagarna genom att inför varje intervju berätta att intervjufrågorna är relaterade till tillfriskning från ätstörningar.

Polkinghorne (2005) menar att det statistiska selektionsvalet kan vara ett praktiskt tillvägagångssätt samt att det på grund av tidsramar inte alltid går att inkludera deltagare tills en mättnad i data uppnåtts. Ett statistiskt selektionskrav kan medföra att individer som kunde bidragit med andra erfarenheter inte inkluderats i studien. Det statistiska selektionskravet kan ses som en svaghet i studien. Författarna anser att det statistiska selektionskravet lämpade sig bäst för studien på grund av studiens tidsbegränsning. Det bedöms att en viss bredd uppnåtts genom inkluderingen av tre olika ätstörningsdiagnoser samt att deltagarna pratade på ett öppet sätt. Utöver detta upplever författarna att en mättnad uppnåtts vid slutskedet av analysen där ingen ny information tillkom.

Tillförlitlighet och objektivitet

I kvalitativ forskning värderas pålitlighet och validitet utifrån i vilken utsträckning studien förmår ge en fördjupad förståelse av den studerade upplevelsen (Polkinghorne, 2005). Eftersom ett och samma fenomen har fler olika meningar skattas den kvalitativa studiens validitet utifrån studiens förmåga att ge en nyanserad bild av det studerade fenomenet (Ponterotto, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; Willig, 2008). Detta har författarna strävat efter att uppnå i studien genom att problematisera begreppet ”frisk” och självklarheten i dess innebörd, samt genom valet att inkludera utsagor som ger teman en bredare innebörd. Den

semantiska tolkningen av resultaten återger det deltagare sagt utan att forskaren går in i att analysera en bakomliggande mening av det upplevda (Braun & Clarke, 2006) vilket författarna hoppas har möjliggjort att läsaren närmar sig deltagarnas upplevelser. Författarna har även haft alternativa tolkningsmöjligheter eftersom de exempelvis i analysen tog fram teman oberoende av varandra för att sedan jämföra de teman författarna hittat. På så vis har möjligheterna till alternativa tolkningar ökat, vilket möjliggjort redogörelsen för en bredare bild av det upplevda.

En dynamisk interaktion mellan forskare – deltagare är i kvalitativ forskning en nödvändighet för att få kunskap om deltagarens upplevelser (Ponterotto, 2005). Forskaren har sina förutfattade meningar och antaganden men studien kan vara tillförlitligt trots detta genom att forskaren reflekterar över dessa subjektiva uppfattningar (Kvale & Brinkmann, 2009). Förkunskaper utgör inte ett hinder i forskning utan används snarare i dialogen med den intervjuade (Ponterotto, 2005). Den förkunskap författarna bar med sig inför intervjuerna utgjordes bland annat av studiens förarbete. Under förarbetet samlade författarna in information om ätstörningar och i sin tur en del bakgrundsinformation angående tillfrisknande från ätstörning då de bekantade sig med tidigare forskning. Författarnas kunskap om tidigare forskning användes i dialogen mellan intervjuaren och deltagaren för att fördjupa förståelsen av det studerade fenomenet. Teoriavsnittet skrevs efter att alla intervjuer genomförts, i enlighet med den induktiva ansatsen. Utöver förarbetet kommer författarnas förförståelse från den kunskap författarna fått under sin psykologutbildning. Under analysen av materialet där teman framtoogs strävade författarna efter att utgå ifrån det som fanns i deltagarnas utsagor och att inte ledas av befintliga teorier. Det är omöjligt att säga om dessa förkunskaper trots allt påverkat författarna omedvetet. En styrka med de psykologiska kunskaperna är att författarna använt sig av tidigare inlärd samtalsmetodik. Polkinghorne (2005) menar att terapeuters intervjuteknik ligger nära den färdighet forskare bör ha i kvalitativa intervjuer.

Val av resultatframställning

Författarna valde att inte göra en djupare tolkning av de citat som utgör studiens resultatdel då studien utgår ifrån en semantisk ansats. I de fall det varit möjligt har författarna valt att ta med de frågor de ställt till deltagare för att nå transparens i studien men även för att samspelet mellan intervjuare – deltagare skulle tydliggöras. Citaten har medvetet valts att inte förkortas för mycket för att läsaren ska komma så nära den ursprungliga informationen som getts. Att ha långa citat och att skriva ut det intervjuaren säger kan vara en nackdel eftersom författarna inte i stor utsträckning styr det läsarna tolkar in från forskningen. Fördelen med detta val av

resultatframställning är att samspelet mellan intervjuare – deltagare tydliggörs mer vilket ökar tillförlitligheten i studien. För att förmedla en tydligare bild av hur vanligt förekommande teman är i alla intervjuer tillskrevs frekvensen av deltagare som benämnt temat. Eftersom alla citat inte tagits med är den angivna frekvensen ett sätt att förtydliga hur många deltagare som talat om ämnet (Kvale & Brinkmann, 2009). Blandningen av kvantitativ redovisning i kvalitativa studier har även använts i tidigare forskning, bland annat av Nordbø et al (2012).

Etiska överväganden

En öppenhet kring intervjuens övergripande undersökningsområden finns då grundläggande information kring studien gavs via informationsbladet samt muntligt i samband med intervjun. Innan intervjun påbörjades fick deltagarna information om intervjuens längd och innehåll, vilket enligt Barbour (2008) är fördelaktigt i kvalitativ forskning. Ett informerat samtycke gavs muntligt till deltagare. En öppenhet kring studien ansågs viktig då deltagare själva kunde göra bedömningen angående lämpligheten att delge information som kan vara känslig för dem. Alla deltagare har haft möjlighet att ställa frågor kring studien både före och efter det att de bestämt sig för att bli intervjuade. Då man i kvalitativ forskning försöker nå en djup förståelse kring fenomen, kan material som uppkommer i samband med datainsamlingen vara känslig. Eftersom studien handlade om personliga erfarenheter relaterat till svåra problem som deltagarna erfarit och hur de tillfrisknat eller inte tillfrisknat från sjukdomen är det troligt att materialet till viss del berört deltagare och även författarna. Enligt Barbour (2008) kan varken författarna eller deltagarna på förhand veta hur intervjumaterialet kommer påverka deltagarna och därför hänvisade författarna deltagarna vidare till olika ätstörningsenheter om materialet väckt starka känslor.

Det kan vara svårt att förutse vilka beskrivningar som kan leda till att en individ blir igenkänd i citaten (Barbour, 2008). Aidentifiering har i möjligaste mån undvikits genom att till exempel benämna alla deltagare som ”D” och att ändra personlig information som fritidsaktiviteter, städer och namn. Hänsyn har tagits till den information som spelats in under intervjuer, där författarna varit noga med förvaringen av diktafoner och genomlysning av materialet har skett i avskilda utrymmen. Efter resultatanalysen har all information från diktafoner och enkäter förstörts.

Framtida forskning

För framtida studier angående tillfrisknande från ätstörningar krävs mer forskning främst kring ätstörning UNS. I dagsläget finns ytterst lite information om hur personer med ätstörning UNS upplever tillfrisknande. Den här studien visar att de faktorer som bidrar till

tillfrisknandet från de tre ätstörningsdiagnoserna inte skiljer sig nämnvärt åt. I linje med det transdiagnostiska perspektivet förefaller individer med olika ätstörningsdiagnoser ange samma faktorer som gynnsamma i tillfrisknande. Forskning bör dock titta närmare på om det finns något som skiljer sig i tillfrisknandet för individer med de tre olika diagnoserna. Mer forskning behövs kring definitionen av frisk, där framtida studier även tar hänsyn till deltagarnas psykiska mående efter tillfrisknande från ätstörningar, för att kunskap ska genereras angående komorbiditet. Noordenbos (2011) kritik bör beaktas vid utformandet av det kommande DSM 5. Mycket av den forskning som bedrivs idag ger sken av att personer som är friska från ätstörning även är friska i allmänhet. Forskning av ätstörningars resterande psykiska symtom kan gynna individers allmänna hälsa, men även effektivisera behandling för ätstörningar. Mer kunskap om resterande symtom är även viktigt för att minska återfallsrisken.

Slutsats

Studien har bidragit till att utöka förståelsen kring vad tillfrisknande innebär och vad individer med erfarenhet från ätstörningar anser väsentligt för tillfrisknande. En styrka är att denna studie omfattar ätstörning UNS vilket är ovanligt i befintlig forskning. En annan styrka med studien är att den inte uteslutande fokuserar på behandlingssituationen utan omfattar tillfrisknande utifrån olika vardagliga kontexter. Detta leder i sin tur till värdefulla insikter som även kan användas i behandlingssituationen. Studien har problematiserat DSM:s kriterier samt intagit en kritisk hållning till ordet ”frisk” istället för att acceptera att sjukdom bara finns och alltid har existerat. Författarna ansluter sig till det transdiagnostiska perspektivet (Clinton, 2010; Fairburn et al., 2003; Waller, 2008). Studien påvisar att tillfrisknande är en komplex process som inte enkelt kan definieras. Författarna anser att det finns ett syfte med DSM:s diagnostiska kriterier, men man bör även ha mer tydligt utformade kriterier för tillfrisknande från ätstörning. Tolkningen står i linje med Noordenbos (2011) argument att konsensus för tillfrisknande kan tydliggöra behandlingsmålen och främja tillfrisknande. Noordenbos (2011) kritik bör beaktas vid utformandet av det kommande DSM 5. Genom att ha en större medvetenhet om vad ”frisk” innebär kan patienter, behandlare och forskning gynnas. Den dagen man äter en kaka är man troligen på väg mot ett tillfrisknande, men vägen dit är komplex och kan ta tid.

Referenser

- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, (4. uppl.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barbour, R. S. (2008). *Introducing qualitative research: a student's guide to the craft of doing qualitative research*. Los Angeles; London: Sage Publications.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Broberg, A.G., Hjalms, I. & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18 to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9(6), 381-396.
- Björck, C., Björk, T., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2008). Self-image and treatment drop-out in eating disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 81(1), 95-104.
- Clausen, L. (2004). Time course of symptom remission in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 296-306.
- Clinton, D. (2010). Towards an ecology of eating disorders: Creating sustainability through the integration of scientific research and clinical practice. *European eating disorders review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18(1), 1-9.
- Clinton, D. & Norring, C. (2002). Historik. I Clinton D. & Norring C. (Red.), *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*, (pp.19-26). Stockholm: Natur och Kultur.
- Cogley, C. B. & Keel, P. K. (2003). Requiring remission of undue influence of weight and shape on self-evaluation in the definition of recovery from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 200-210.
- D'Abundo, M. & Chally, P. (2004). Struggling with recovery: Participant perspectives on battling an eating disorder. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1094-1106.
- Darcy, A. M., Katz, S., Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S., Utzinger, L. & Locks, J. (2010). All Better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment.

European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association, 18(4), 260-270.

Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorner, D. J., Delinsky, S. S, Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *The International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 191-201.

Ekholm, M. & Fransson, A. (1992). *Praktisk intervjueteknik* (4. uppl.). Stockholm: Nordstedt.

Fairburn, C. G., Cowen, P. J. & Harrison, P. J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 349-358.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659-665.

Fairburn, C. G, Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.

Federici, A. & Kaplan, A. S. (2008). The patient’s account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association*, 16(1), 1-10.

First, M. B. & Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR mental disorders: diagnosis, etiology, and treatment*, Chichester: Wiley.

Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., et al. (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. *Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 16(6), 420-437.

Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Byford, S. & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescence: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 191(5), 427-435.

- Granek, L. (2007). "You're a Whole Lot of Person" - Understanding the journey through anorexia to recovery: A qualitative study. *The Humanistic Psychologist*, 35(4), 363-385.
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, 94(1), 113-120.
- Halmi, K. A., Eckert, E. & Marchi, P. A. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Herzog, W., Deter, H. C., Schellberg, D., Seilkopf, S., Sarembe, E., Kroger, F., Minne, H., Mayer, H. & Petzold. (1992). Somatic findings at 12 year follow up of 103 anorexia nervosa patients: Results of the Heidelberg-Mannheim follow up. I Herzog, W., Deter, H. C. & Vanderyken, W. (red.). *The Comprehensive Medical Text*. Berlin: Springer-Verlag.
- Hoek, H. W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Horwitz, A. V. (2007). Transforming normality into pathology: The *DSM* and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(3), 211-222.
- Horwitz, A. V. & Wakenfield, J. C. (2007). *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press: New York; Oxford.
- Jenkins, J. & Ogden, J. (2012). Becoming "whole" again: A qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 23-31.
- Kaplan, A. S. (2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: A review of published studies and promising new directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 235-242.
- Keel, P. K. & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 154(3), 313-321.
- Klein, D. & Walsh, B. (2003). Eating disorders, *International Review of Psychiatry*, 15(3), 205-216.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. Uppl.), Lund: Studentlitteratur.
- Kyriacou, O., Easter, A. & Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: A qualitative study. *Journal of Health Psychology, 14*(7), 843-854.
- Lunde, A., Fasmer, O., Akisal, K., Akisal, H. & Oedegaard, K. (2009). The relationship of bulimia and anorexia nervosa with bipolar disorder and its temperamental foundations. *Journal of Affective Disorders, 115*(3), 309-14.
- Machado, P., Machado, B., Gonçalves, S. & Hoek, H. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 40*(3), 212-217.
- Maser, J. D., Norman, S. B., Zisook, S., Everall, I. P., Stein, M. B., Schettler, P. J. et al. (2009). Psychiatric nosology is ready for a paradigm shift in DSM-V. *Clinical psychology: Science and Practice, 16*(1), 24-40.
- Mullins-Sweatt, S. N. & Widiger, T. A., (2009). Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment, 21*(3), 302-312.
- Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association, 20*(1), 60-67.
- Noordenbos, G. (2011). When have eating disordered patients recovered and what do the DSM-IV criteria tell about recovery? *Eating Disorders, 19*(3), 234-245.
- Norring, C. & Clinton, D. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. (2. uppl.). Stockholm: Natur & kultur.
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. (2. uppl.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Ottosson, J. O. (2009). *Psykiatri* (7. uppl.). Stockholm: Liber.

- Pettersen, G. (2007). *Eating disorders: Studies of understanding and recovery*. Doktorsavhandling, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science.
- Pettersen, G. & Rosenvinge, J., H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: a patients perspective. *Eating Disorders*, 10(1), 61-71.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Sacomani, L., Savoini, M., Cirrincione, M., Vercellino, F. & Ravea, G. (1998). Long term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(5), 565-571.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Strober, M. & Johnson, C. (2012). The need for complex ideas in anorexia nervosa: Why biology environment and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 155-178.
- Schwandt, T. A. (1998). Constructivist, interpretive approaches to human inquiry. I Norman, K., D. & Yvonna, S., L. (Red.), *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues*. (pp.221-259) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. & Probst, M. (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*, 15(5), 357-365.

Waller, G. (2008). A “trans-transdiagnostic” model of eating disorders: a new way to open the egg? *European Eating Disorders Review : the Journal of the Eating Disorders Association*, 16(3), 165-172.

Weiss, B., Tram, J. M., Weisz, J. R., Rescorla, L. & Achenbach, T. (2009). Differential symptom expression and somatization in Thai versus U.S. children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 987-992.

Willig, C., (2008). *Introducing qualitative research in psychology* (2. uppl.). Buckingham: Open university press.

Diagnostik

Anorexia nervosa

Enligt DSM-IV (APA, 2000) ställs diagnosen anorexia nervosa då en individ uppfyller följande kriterier:

- A. En vägran att hålla vikten på eller över den minimala normalvikten för individens ålder och längd (t ex viktnedgång som leder till att vikten ständigt är mindre än 85 % av den förväntade vikten; eller att inte öka inte i vikt trots att man växer vilket leder till att vikten är mindre än 85 % av den förväntade vikten).
- B. Personen har en intensiv rädsla för att bli tjock trots undervikt.
- C. Förvrängd upplevelse av den egna kroppsformen och vikten, självkänslan är avsevärt påverkad av den egna vikten och kroppsformen, eller att en förnekelse förekommer av allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. En menstruation som uteblivit under minst tre på varandra följande månader.

Anorexia delas in i två olika former:

En restriktiv form: Under episoden av anorexia nervosa har individen inte ägnat sig regelbundet åt hetsätning eller självrensningsbeteende (t ex självinducerade kräkningar eller missbruk av laxeringsmedel, diuretika eller lavemang).

En form med självrensning: Under den pågående episoden av anorexia nervosa har individen regelbundet ägnat sig åt hetsätning eller rensningsåtgärder (t ex självinducerade kräkningar eller missbruk av laxeringsmedel, diuretika eller lavemang.)

Bulimia nervosa

Enligt DSM-IV (APA, 2000) ställs diagnosen bulimia nervosa då en individ uppfyller följande kriterier:

- A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av 1) och 2)
 - (1) personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
 - (2) personen upplever sig förlora 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 olämpliga kompensatoriska beteende för att förhindra viktuppgång, t ex självinducerade kräkningar; missbruk av laxeringsmedel, diuretika, lavemang eller andra mediciner, fasta; eller överdriven motionering.

C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.

D. Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.

E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Bulimia nervosa delas in i två olika former:

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 UNS

Enligt DSM-IV (APA, 2000) ställs diagnosen ätstörning UNS då en individ som har en ätstörning inte uppfyller alla kriterier för de specifika ätstörningarna anorexia nervosa och/eller bulimia nervosa.

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 personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.
3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda, förutom att hetsätande och olämpliga kompensatoriska beteenden 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 självframkallade kräkning efter att ha ätit två småkakor).
5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut men inte sväljer ned, stora mängder mat.
6. Hetsätning: Personen har återkommande episoder av hetsätning, men uppvisar inget av de olämpliga kompensatoriska beteenden som annars karakteriserar bulimia nervosa.

Enkät

Födelseår: _____

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

När du svarar på frågorna utgå från hur du har haft det under de senaste tre månaderna.

1) Har du under de senaste tre månaderna varit intensivt orolig för att bli tjock?

JA NEJ

2) Påverkas din självkänsla mycket av din vikt och/eller din kroppsform?

JA NEJ

3) Upplever du dig själv eller en del av din kropp som tjock?

JA NEJ

4) Ser du dig själv som underviktig?

JA NEJ

5) Ser din omgivning dig som underviktig?

JA NEJ

6) Har du under de senaste tre månaderna gått ner mycket i vikt?

JA NEJ

Om NEJ, gå vidare till fråga 9.

7) Upplever du din viktnedgång som allvarlig?

JA NEJ

8) Upplever din omgivning din viktnedgång som allvarlig?

JA NEJ

9) Har din menstruation uteblivit helt de tre senaste månaderna?

JA NEJ

10) Har du haft en period då du har känt att du har förlorat kontrollen över ditt ätande - exempelvis känt att du inte kan sluta äta och/eller känt att du inte kan kontrollera vad du äter?

JA NEJ

11) Har det hänt att du under de senaste tre månaderna under en kort tid (exempelvis två timmar) ätit mycket mer än vad du äter normalt?

JA NEJ

Om NEJ gå vidare till fråga 13.

12) Har denna episod inträffat minst 2 ggr/vecka under de senaste tre månaderna?

JA NEJ

13) Har du under de senaste tre månaderna haft en period då du har begränsat ditt ätande och/eller motionerat mycket?

JA NEJ

14) Använde du dig av någon metod för att förhindra viktuppgång, exempelvis kräkning, motion, urindrivande medel och/eller laxeringsmedel?

JA NEJ

15) I vilken ålder började dina svårigheter? ____ år

16) Fick du professionell hjälp?

JA NEJ

16b) Om JA, vilket namn sattes på dina problem?

Hej,

Inom ramen för en uppsats på psykologprogrammet önskar vi Ert deltagande. Om ni någon gång har haft diagnosen anorexia nervosa, bulimia nervosa och/eller ospecificerad ätstörning (UNS), samt vid något tillfälle varit i kontakt med en behandlare, ber vi Er höra av Er till oss. För att delta i studien behöver Ni även ha fyllt 18 år.

Syftet med uppsatsen är att få en djupare förståelse för hur personer med diagnosen har upplevt vägen mot en förändrad relation till mat. Hur ser Ni på vad det innebär att vara utan svårigheter relaterade till mat?

För att få en djupare förståelse för detta, behöver vi Er hjälp. Era upplevelser och åsikter är viktiga för oss.

Studien baseras på en intervju som kommer att genomföras under mars månad. Intervjun kommer att ta 1-1,5 h. Studien lyder under sjukvårdens sekretesslagar.

Om detta låter intressant, eller om ni har frågor, uppmanar vi Er att kontakta oss.

Tack på förhand!

Hälsningar

Louise Björnestrand och Gorana Čačija

Kontakt:

Louise Björnestrand: aps09lbj@student.lu.se, tele: 0761-134460

Gorana Čačija: gorana_cacija@hotmail.com, tele: 0708-721189

Intervjuguide

Instruktioner för intervjun: “Din personliga erfarenhet är av värde för oss. Vi intresserar oss för hur personer som haft en ätstörning tänker kring vad det betyder att vara frisk.”

Bakgrundsinfo

Berätta lite om dig själv.

Vad har du för tankar om den här intervjun?

Erfarenheten av en ätstörning (övergripande kategori)

Berätta om din erfarenhet av ätstörningar och när du först fick diagnosen.

Beskriv hur en typisk dag kunde se ut för dig.

Relationen till mat

-Hur såg relationen till mat ut? (ex. hur var det att äta? vara hungrig? vad åt man?

Kompensatoriskt beteende)

Emotioner

Hur mådde du under den här tiden?

Hur hanterade du starka känslor/motgångar/stress?

Självkänsla

Hur var din självkänsla?

Vad gav dig självkänsla under denna tid? Vad minskade din självkänsla?

(Om diffust svar: Vad ansåg du att du hade för värde? Vad tror du att andra tänkte om dig?)

Kroppsuppfattning

Hur anser du att din kropp och din vikt förändrades under denna tid? Vad var dina tankar och känslor kring det när du var som sjukast?

Relationer

Hur såg dina relationer till andra ut under ätstörningen?

Fanns det några relationer som påverkades under ätstörningen? Hur? Påverkades fler

relationer än de du nämnt?

Aktiviteter

Hur förändrades ditt liv under denna period avseende aktiviteter?

- Social interaktion?
- Studier/jobb?
- Intressen?
- Framtidsmål?

Mening

Tyckte du då att din ätstörning fyllde en funktion? Om ja: vilken?

Är det något mer som du tycker är viktigt att berätta om den här tiden, för att jag bättre ska förstå vad ett tillfrisknande betydde/betyder för dig?

Förändringsprocessen

Erfarenhet av tillfrisknande

Hur tänker du kring begreppet tillfrisknande?

Vad betyder ordet "tillfriskna" för dig?

Berätta om ditt tillfrisknande från ätstörningen.

Kan du kort beskriva hur en dag såg ut för dig under tillfrisknandet?

Vad hade du för tankar kring att bli frisk?

Hur såg du på möjligheten att bli frisk från ätstörningen?

Process till ett tillfrisknande

Fanns det något i tillfriskningsprocessen som du upplevde som svårt? Vad?

Fanns det något i tillfriskningsprocessen som du upplevde som lättare? Vad?

Vad för saker upplevde du som motgångar och/eller steg tillbaka i processen?

Vad hittade du stöd i? / Var hittade du stöd? (internet, stödgrupper vad hade de för roll?)

Relationen till mat

Hur var det för dig att förändra ditt beteende kring mat?

(Hur var det att äta under denna tid?)

Hade du speciella strategier kring ätande under denna tid?

(Om svårt att få ett svar, ställ dessa frågor:

Vad för känslor väckte mat? Vad för tankar väckte ätande?

Kompenserade du för ditt ätande på något sätt?

Vad för tankar väckte hunger? Vad för känslor väckte hunger?

Vad betydde det att gå upp i vikt? att gå ner i vikt?)

Behandling

Berätta om den behandling som du genomgått.

(Berätta om när du först fick diagnosen.)

Vad var din inställning till förändringen som krävdes i behandlingen?

Vad hade du för önskan om att bli frisk under behandlingstiden?

Förklara vad du fann hjälpsamt med behandlingen.

Förklara vad som inte var hjälpsamt med behandlingen.

Hantering av känslor

Hur mådde du under denna tiden?

Hur hanterade du starka känslor/motgångar/stress under denna period jämfört med perioden då du var som sjukast?

Självkänsla

Hur vill du beskriva din självkänsla under denna period?

Vad gav dig självkänsla?

Vad minskade din självkänsla?

Vad var din bild av dig själv under tillfrisknandet jämfört med bilden av dig själv som du hade då du var som sjukast? Kan deltagaren nämna psykiska aspekter? Få en bild av egenvärdet!

Kroppsuppfattning

Hur anser du att din kropp och din vikt förändrades under denna tid? Vad var dina tankar och känslor kring det?

Hur såg du på din kropp under tillfrisknandet jämfört med när du var som sjukast?

Aktiviteter

Hur förändrades ditt liv under denna period avseende aktiviteter?

- Social interaktion?
- Studier/jobb?
- Intressen
- Framtidsmål?

Mening

Vilken funktion anser du att ätstörningen hade under tillfrisknandet?

Relationer

Hur såg dina relationer ut under tillfrisknandet jämfört med då du mådde som sämst?

Fanns det några andra relationer som påverkades under tillfrisknandet? Hur?

Hur påverkade relationerna dig under tillfrisknandet?

Att ha tillfrisknat

Vad tänker du om begreppet "frisk" i relation till din ätstörning?

Är ordet "frisk" ett laddat/känsligt ord för dig?

Vad upplever du med dina erfarenheter att ordet frisk innebär?

Vad sätter du för namn på tillståndet du är i?

Vad tänkte du att "frisk" innebar när du var som sjukast?

Vad tänkte du att "frisk" innebar under tillfriskningsprocessen?

Behövde du bli frisk från din ätstörning?

Vad upplever du att omgivningen har för bild av att vara frisk från en ätstörning?

Kan man bli frisk från en ätstörning?

Om ja eller delvis: När tänker du att man är frisk från en ätstörning?

Hur skulle du vilja definiera vad det är att vara frisk?

Kroppsbild

Hur ser du på din kropp idag?

Hantering av känslor

Hur hanterar du motgångar/svårigheter/stress idag?

Självkoncept

Vad tänker du om dig själv idag? (Egenvärde)

Vad skulle du säga utgör din självsäkerhet idag, jämfört med tiden då du var sjuk?

Hur ser ditt liv ut idag?

- Studier/jobb

- Sociala interaktioner

- Intressen

- Framtidsmål

Meningen

Vad betyder det för dig att tillfriskna från ätstörningen?

Relationen till mat

Vad har du för tankar och känslor idag till måltider?

Hur tänker och känner du idag när du känner hunger?

Hur tänker och känner du idag om du bedömer att du ätit mer än vad du brukar?

Relationer

Hur ser dina relationer ut idag, jämfört med då du var som mest sjuk?

Vad har förändrats?

Avslutning

Är det något jag inte frågat efter som du tycker är viktigt att berätta? Hur var det att prata om det här för dig?