



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Att äta eller inte äta

**En studie av åtta kvinnors upplevelser och erfarenheter av sin
ätstörningssjukdom och sin tillfrisknandeprocess**

Marie Aurell & Magdalena Lundman

Psykoterapeutuppsats. 2015

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Jan-Åke Jansson

Abstract

The purpose of the study was, through a qualitative approach, to get a deeper understanding and greater knowledge of how adult patients, who have recovered from an eating disorder, perceived and reacted to their illness and recovery process. The chosen method was thematic analysis and ten themes were identified. Eight women, who had recovered from the diagnoses of anorexia nervosa (AN) or bulimia nervosa (BN), or eating disorders not otherwise specified (EDNOS), were interviewed using a semi-structured interview template. The study found that the illness preceded by a crisis, a separation or a change of role, which triggered a need for a more general change. The path to the treatment was described as a tedious and long process with obstacles such as lack of insight, ambivalence about asking for help and shame about their illness. The study clearly shows that the personal motivation in combination with the support from the surroundings and professionals were the main factors that promoted recovery. In addition, the study revealed the importance of non-valued attitudes, participation in treatment sessions and the experience of being seen as a whole person. The results are discussed in the final section in relation to previous research and relevant theories.

Keywords; eating disorders, recovery process, affect regulation, self-esteem, thematic analysis, attachment theory

Sammanfattning

Syftet med studien var att genom en kvalitativ ansats få en djupare förståelse av och ökad kunskap om hur vuxna patienter som tillfrisknat från en ätstörning uppfattade och förhöll sig till sin sjukdom och tillfrisknandeprocess. Som metod användes tematisk analys och tio teman identifierades. Åtta kvinnor som tillfrisknat från diagnoserna Anorexia Nervosa, (AN) Bulimia Nervosa (BN) eller Ätstörning UNS, djupintervjuades via en semistrukturerad intervjumall. I studien framkom att sjukdomsdebuten föregicks av någon kris, separation eller rollförändring, vilket utlöste ett behov av att förändra. Vägen till behandling beskrevs av de deltagande som en mödosam och lång process med hinder i form av bristande sjukdomsinsikt, ambivalens inför att be om hjälp samt skamkänslor inför den egna problematiken. Tydligt i studien framkommer att den inre motivationen i kombination med omgivningen och professionella stöd var de faktorer som främst befrämjade tillfrisknandet. Sammanfattningsvis framkom även vikten av icke värderande bemötande, delaktighet i behandling samt upplevelsen att bli sedd som en hel individ. Resultaten diskuteras i den avslutande delen i förhållande till tidigare forskning och relevanta psykologiska teorier.

Nyckelord; ätstörning, tillfrisknandeprocess, affektreglering, tematisk analys, självkänsla, anknytning

Tack!

Vi vill tacka de mottagningar och behandlare som varit behjälpliga och tagit sig tid med att eftersöka deltagare till vår studie. Genom goda råd och praktiskt stöd i processen med arbetet vill vi tacka vår handledare Per Johnsson. Slutligen ett stort tack till deltagarna för deras tid, mod och generositet.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Allmänt om ätstörningar	1
Diagnostiska definitioner av en ätstörning	2
Anorexia nervosa	2
Bulimia nervosa	2
Ätstörning UNS	3
Ett transdiagnostiskt perspektiv	3
Komorbiditet	4
Ett multifaktoriellt perspektiv	5
Kropp, identitet och samhälle	5
Anknytning, affekt- och självutveckling	5
Mentalisering	7
Forskning kring behandling och behandlingsutfall	7
Syfte	9
Metod	9
Deltagare	9
Etiska ställningstaganden	10
Design	11
Instrument	12
Procedur	12
Dataanalys	13
Resultat	14
Relationer under uppväxten	14
Pubertet och tonårstid	16
Självbild innan symtomdebut	17
Tankar kring sjukdomsdebut	18
Sjukdomsinsikt	20
Att söka hjälp, vägen till behandling	21
Upplevelse av behandling	23
Omgivningens betydelse för motivationen	26

Vändpunkter	28
Livet efter behandling	30
Diskussion	31
Resultatdiskussion	31
Anknytning och självutveckling	32
Sjukdomen som strategi att förändra	34
Den långa vägen till behandling	34
Delaktighet och bemötande i behandlingen	35
Ett mentaliseringsbaserat förhållningssätt	36
Den egna motivationen en viktig vändpunkt	37
Livet efter behandling	38
Slutsats	39
Metoddiskussion	39
Etisk diskussion	42
Framtida forskning	42
Referenser	44
Bilaga I	i
Bilaga II	ii
Bilaga III	iii
Bilaga IV	v

Introduktion

I denna studie vill vi, utifrån ett holistiskt synsätt, teoretisera kring före detta vuxna ätstörningspatienters subjektiva upplevelser av sin sjukdom och tillfrisknandeprocess. Avsikten är, att utifrån ett psykologiskt och psykoterapeutiskt förhållningssätt, undersöka fenomenet. Som en teoretisk ram för fördjupad förståelse av de psykologiska faktorer som ligger till grund för utvecklandet av och tillfrisknandet från en ätstörning, har vi valt att lyfta fram ett antal psykodynamiska infallsvinklar utifrån teorier kring anknytning, självpsykologi, mentaliseringsbaserad teori, samt affektteori.

Allmänt om ätstörningar

Inom forskningen framhålls diagnosgruppen ätstörningar som en komplex och svårbehandlad form av psykisk ohälsa. Flertalet studier pekar mot svårigheter att fastställa och förutsäga behandlingseffekter och de resultat dessa studier visar på avseende behandlingsutfall kan anses som modesta (Skårderud, 2007b). Många forskare och kliniker menar att ingen specifik behandlingsform i dagsläget tycks ha företräde framför någon annan. I den litteratur och de artiklar vi tagit del av poängteras att problematik och etiologi vid ätstörningar bör förstås ur ett multifaktoriellt perspektiv där genetik, biologi, individuella faktorer, familjefaktorer och samhällsfaktorer samverkar, samt att mer forskning inom området är önskvärd, dels för att utröna denna komplexitet, men också för att utveckla fler verk samma behandlingsmetoder och modeller för patientgruppen (Clinton & Norring, 2002; Steinhausen, 2002).

En ätstörning kan generellt beskrivas som en ihållande störning av ätbeteendet, eller ett beteende ämnat för att kontrollera kroppsvikten, vilket signifikant försämrar den fysiska hälsan och det psykosociala fungerandet. Detta skall inte vara sekundärt till något generellt medicinskt tillstånd eller någon annan psykisk störning (Klein & Walsh, 2004).

Ätstörningssjukdomars utbredning kan betraktas som en reaktion på ett allt mer kroppsfokuserat samhälle där utseende och vikt spelar en avgörande roll. Benämningen ätstörning är ett samlingsbegrepp för flera specifika diagnoser och uppskattas idag vara den mest frekventa mentala problematiken bland unga kvinnor (Fant Masic, 2007). Fant Masic (2007) framhåller att ätstörningar kan betraktas som en av de mer svårbehandlade och

svårförståeliga tillstånd som står att möta inom psykiatrin, där endast ett fåtal prediktorer för behandlingseffekt är idag kända och fastställda. Fortfarande har ingen behandlingsform bevisligen företräde framför någon annan och trots omfattande och utbredd forskning betraktas ätstörningsproblematiken och relaterad psykopatologi fortfarande som en av de största utmaningarna för behandling och utveckling av behandlingsformer.

Diagnostiska definitioner av en ätstörning.

I DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) har ätstörningar delats in i tre diagnos-grupper Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), samt Ätstörning utan närmare specifikation (ätstörning UNS).

Anorexia nervosa definieras i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) som en vägran att hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd. Det kan till exempel handla om en viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85 % av den förväntade, eller att personen inte ökar i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade. Till symtombilden hör även en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller att bli tjock, trots att personen är underviktig. Anorektikerns kroppsupplevelse är liksom självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller kroppsform och personen förnekar allvaret i den låga kroppsvikten. Ytterligare ett kriterium är amenorré hos menstruerande kvinnor, vilket innebär att minst tre på varandra följande menstruationer uteblivit. Det finns två typer av AN, AN med enbart självsvalt och AN med hetsätning/självrening. AN med enbart självsvalt innebär att personen inte regelmässigt hetsäter eller ägnar sig åt självrensande åtgärder, till exempel kräkningar eller missbruk av laxermedel. AN med hetsätning/självrening innebär i sin tur att under den aktuella sjukdomsepisoden har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (American Psychiatric Association, 2002).

Bulimia nervosa kännetecknas av återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod innebär att personen under en avgränsad tid förlorat kontrollen över ätandet och äter en väsentligt större mängd mat än vad de flesta skulle anse som normalt. Personen använder också olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, som till exempel självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, överdriven motion. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet ska förekomma minst två gånger i veckan under tre månader. Självkänslan är, liksom vid AN, överdrivet påverkad av kroppsform och vikt, och störningen ska inte heller förekomma enbart under episoder av AN. Det finns två typer av

BN, BN med självrensning och utan självrensning. BN med självrensning innebär att under den aktuella episoden har personen även regelmässigt ägnat sig åt till exempel självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel. BN utan självrensning innebär i sin tur att under den aktuella episoden har personen använt andra kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men däremot inte självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel eller liknande (American Psychiatric Association, 2002).

Ätstörning UNS används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för AN eller BN, men som trots detta bedöms som kliniskt allvarsamma. I DSM-IV omnämns tre olika undergrupper av ätstörning UNS, som symtommässigt har mycket gemensamt med AN respektive BN. Vid UNS typ 1 är alla kriterier för AN uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden. UNS typ 2 innebär att alla kriterier för AN är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång. Vid UNS typ 3 är alla kriterier för BN uppfyllda förutom att hetsätandet och de kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader (American Psychiatric Association, 2002). Ätstörning UNS beräknas vara den diagnos som idag utgör 30–60 % av alla ätstörningsdiagnoser (Clinton & Norring, 2002).

Prevalensen av personer med AN förefaller ligga inom intervallet 0.2–0.4 %. Motsvarande siffra för BN är ungefär 1–2 %. Prevalensen för ätstörning UNS är däremot mer osäker eftersom så lite forskning gjorts på denna symtommässigt mer heterogena grupp (Clinton & Norring, 2002).

Ett transdiagnostiskt perspektiv

Under de senaste åren har en diskussion förts kring uppdelningen i de ovan beskrivna ätstörningsdiagnoserna, där man problematiserat kring att många med ätstörningsproblem, utifrån identifierad symptombild, inte kan kategoriseras in under de två huvuddiagnoserna anorexia nervosa eller bulimia nervosa, utan att allt fler hamnat inom gruppen ätstörning UNS. Debatten om huruvida ätstörningar ska ses som en enda överlappande kategori, eller flera kategorier indelade i olika diagnoser är således ganska ny. Ända fram tills i början på 2000-talet har forskningen dominerats av en kategorisk indelning av ätstörningar och mycket lite uppmärksamhet har riktats mot det överlappande perspektivet (Wade et al., 2006). Både kliniker och forskare har dock varit relativt eniga om att de diagnostiska kriterierna varit otillfredsställande, där gränserna mellan diagnoserna varit oklara, vilket lett till en mängd svårigheter avseende forskning kring patientgruppen, så väl som för utvecklandet av

verksamma behandlingsmetoder (Waller, 2008). I DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014), som ersätter DSM IV, har man valt att lösa detta genom att, dels ändra kriterierna för både anorexia nervosa och bulimia nervosa, vilket kommer att innebära att fler kvalar in på dessa två diagnoser, dels genom att man också lagt till ytterligare diagnoser som exempelvis hetsättningsstörning. Vissa menar att man kliniskt skulle ha mer nytta av ett transdiagnostiskt perspektiv där man fokuserar på de unika och gemensamma faktorerna för just ätstörningsproblematiken och med utgångspunkt från detta identifierar de faktorer som särskiljer inom gruppen, som en väg att bättre förstå och hantera både de likheter och de olikheter som finns inom patientgruppen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Komorbidity

Något som också ofta påtalas är att det inom gruppen patienter med ätstörningar finns en relativt stor samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser. Här är forskningen något motsägelsefull avseende hur stor förekomsten är vad gäller andel personer inom patientgruppen som även har någon annan typ av psykisk ohälsa (Clinton & Norring, 2002). Studier påvisar att en relativt stor del av patientgruppen har någon form av personlighetsstörning. Resultaten varierar dock en hel del vad gäller hur stor del av de patienter med en ätstörning som uppfyller kriterierna för en personlighetsstörning. En metaanalys av Rosenvinge, Martinussen och Østensen (2000) pekar mot att så många som 60 procent av patientgruppen har en personlighetsstörning, medan andra studier lägger sig på betydligt lägre nivåer. En metaanalys av Sansone, Levitt och Sansone (2005) visade på förekomsten av samsjuklighet inom gruppen anorektiker med enbart självsvalt, där tvångsmässig- (21,5 procent) och undvikande (19,3 procent) personlighetsstörning var de vanligast förekommande. I grupperna bulimiker (28,4 procent) och anorektiker med hetsätning/självensning (25,5 procent) var emotionell instabil personlighetsstörning den vanligaste. Gruppen bulimiker visade även på en större variation inom kluster B personlighetsstörningar. De patienter som även brottas med en personlighetsstörning utöver sin ätproblematik, har generellt större svårigheter att tillfriskna (Sansone, Levitt & Sansone, 2005).

Forskning talar också om samsjuklighet i form av allvarlig klinisk depression hos drygt hälften av patienter med ätstörningar (Clinton & Norring, 2002). Tvångssyndrom nämns även som vanligt förekommande inom patientgruppen anorektiker med en livstidsprevalens på 25 procent och nästan 40 procent av patientgruppen bulimiker har enligt Skårderud et al. (2010) även ett missbruk.

Ett multifaktoriellt perspektiv

En ätstörning kan ses som en komplex psykisk störning som i litteraturen ofta förklaras utifrån ett multifaktoriellt perspektiv via en så kallad stress-sårbarhetsmodell med predisponerande faktorer, utlösande faktorer och vidmakthållande faktorer (Clinton & Norring, 2002). Personlighet, genetik, familjeförhållanden, trauman och övergrepp av olika slag, samt kulturella faktorer kan ses som predisponerande faktorer, medan utlösande faktorer kan vara exempelvis förluster, konflikter, höga prestationskrav, förändrade levnadsomständigheter, somatisk ohälsa eller bantning. Som vidmakthållande faktorer kan räknas problematiskt familjeklimat, psykiska symptom utlösta av undernäringen, såsom depression, affektlabilitet och utmattning. Upplevda symptomvinster, som känsla av kontroll, känsla av att vara unik, lindring eller avledning av negativa känslor, är också vidmakthållande faktorer (Skårderud et al., 2010).

Kropp, identitet och samhälle

Ätstörningar kan även ses som en specifik form av psykisk problematik där kroppen får en framträdande roll. Kroppen är mångtydig och kan ses som både konkret och symbolisk: Konkret i bemärkelsen att den består av kött och blod, symboliskt i ett förkroppsligat budskap om vem vi är. Inte minst fungerar den som ett symboliskt redskap i barns och ungdomars utvecklingsprocess. Kroppen visar identitet och självrepresentation, eller fungerar som ett skydd mot brist på detsamma på ett konkret och symboliskt vis (Skårderud et al., 2010). Vad som ofta lyfts fram som en predisponerande faktor för utvecklandet av en ätstörningsproblematik är det kulturella samhällsklimat vi omges av med smala skönhetsideal, högt ställda ideal både vad gäller psykisk som fysisk hälsa. Flera forskningsstudier lyfter exempelvis fram bantning som en bidragande orsak till insjuknande i en ätstörning, men sambanden kan ses med en större komplexitet. Skårderud et al. (2010) lyfter fram betydelsen av hur ett snabbt föränderligt samhällsklimat med många motstridiga normer och krav, påverkar vårt sätt att se på oss själva och hur vår identitet formas och blir mer svåridentifierad och omvärldsberoende. Han menar vidare att kroppen kan ses som den sista markeringen för identitet och personlighet i kulturer stadda i förändring.

Anknytning, affekt- och självutveckling

Den psykologiska kärnproblematiken i en ätstörning kan ses som en störning i individens förmåga till adekvat affekt- och självreglering. En otrygg anknytning, främst i relation till viktiga omsorgspersoner, lyfts fram i forskningen som en tänkbar delförklaring

vid utvecklandet av ätstörningssymptom. I en översikt av de senaste femton årens forskning kring anknytning och ätstörning genomförd av O'Shaughnessy och Dallos (2009), påvisades empiriskt stöd för ett samband mellan otrygg anknytning och ätstörning. I en studie gjord av Bamford och Halliwell (2009), beskrevs att personer med otrygg undvikande anknytning i högre grad verkade utveckla en ätstörningsproblematik, författarna till denna studie beskrev ätstörningen som en strategi för individen, där mat och kroppsfokusering var ett sätt att undvika sina behov av känslomässig närhet.

En uttalad svårighet man möter hos de flesta ätstörningspatienter är deras oförmåga till adekvat självomhändertagande, självkärlek och självrespekt. Den inre självtröstande funktionen saknas, så även rörelsen att söka tröst och trygghet genom att våga dela med andra. Självkänslan måste ständigt fyllas på instrumentellt, via kroppen, vågen och prestationerna. Enligt Hilde Bruch (1973), en av pionjärerna inom forskningen kring ätstörningar, är den interoceptiva förvirringen, det vill säga anorektikerns svårigheter att förnimma och tolka signaler från den egna kroppen och oförmågan att verbalisera känslor och behov, kärnproblematiken i en ätstörning. Utvecklingspsykologiskt har det sitt ursprung i brister i det tidiga samspelet mellan barnet och föräldrarna/vårdgivarna. Feltolkningarna av barnets ickeverbala kommunikation, feletiketteringar av barnets känslotillstånd, leder till att barnet lär sig misstro sina egna känslors och upplevelsers giltighet (Skårderud et al., 2010). Shore (2003) betonar att alla slags affekter såväl negativa som positiva regleras i det dyadiska relationella samspelet mellan det lilla barnet och dess anknytningsperson. Både positiva och negativa affekter kan skapa stress hos det lilla barnet, om det inte får hjälp att reglera dessa. Barnet saknar förmåga att på egen hand reglera sina kroppsliga reaktioner och affektiva sensationer och riskerar därmed att överväldigas av de primitiva medfödda affekterna. Ur erfarenheter från det intersubjektiva samspelet inom den trygga anknytningsramen, skapas hos barnet ett system för stresshantering. Detta sker i den dagliga interaktionen mellan barnet och anknytningspersonen. När barnet felintonas utlöser detta en stressreaktion hos barnet med ökat negativt affektpåslag. Med en lyhörd anknytningsperson som återintonar barnets affekt, repareras dessa avbrott, barnets stressnivå sjunker. I dessa återkommande episoder av avbrott, ökat stresspåslag, återintoning från förälderns sida läggs grunderna för barnets eget affekthanteringssystem (Wennerberg, 2010). Detta kan tänkas som en teoretisk utgångspunkt för att förstå de uttalade svårigheter att tolka och hantera affekter som många ätstörningspatienter har.

Mentalisering

Mentalisering är en förmåga att förstå sitt eget och andras beteende utifrån bakomliggande inre, mentala tillstånd som tankar, känslor, impulser och önskningar. Mentalisering omfattar förmågor som uppmärksamhetsreglering, affekthantering, känsla av agentskap, samt att ha uppnått den kognitiva och emotionella mognad som krävs för att bli medveten och kunna reflektera. Man skulle kunna uttrycka att förmågan till mentalisering är det som gör oss till intersubjektiva individer (Rydén & Wallroth, 2008). Grunden för utvecklande av en god mentaliseringsförmåga går hand i hand med den trygga anknytningen och den affektreglerande funktion barnet successivt erövrar med hjälp av delade erfarenheter tillsammans med en tillräckligt lyhörd och förutsägbar vuxenvärld. Mentalisering är den process med vilken en människa utvecklar inte bara en förståelse för andra utan även för det egna självet. Att mentalisera innebär att göra känslorna meningsfulla, att infoga dem i självet och i den egna livsberättelsen (Fonagy, 2007). Den bristande mentaliseringsförmågan hos ätstörningspatienter tar sig uttryck i svårigheten att modulera affekter på ett funktionellt sätt. Kroppen blir istället bärare av oförmågan till affektreglering och oförmåga till identifikationen av kroppsliga signaler (Skårderud & Fonagy, 2012). Mentaliseringsbaserad metod/teori kan vara en hjälpsam metod för förståelse, bemötande och behandling av ätstörningspatienter, då dess förhållningsätt bygger på att översätta och tolka från kropp, kroppsfixering och beteende, till känslor, tankar och relationer.

Forskning kring behandling och behandlingsutfall

Många av de olika terapiformer som idag används i aktuell behandling av ätstörningar har liten eller ingen evidensforskning som stöd (Prestano, Lo Coco, Gullo & Lo Verso, 2008). De empiriskt mest evidensprövade behandlingsformerna är individuell kognitiv beteende terapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT). KBT rekommenderas främst för patienter med bulimia nervosa, men där även studier lyfter fram IPT som en alternativ terapiform för ovan nämnda patientgrupp. Avseende behandlingsmetoder för anorexia nervosa och ätstörning UNS finns dock i dagsläget relativt få kontrollerade behandlingsstudier. Viss forskning visar på positiva behandlingsutfall för familjeterapi för patienter med AN. Avseende ätstörning UNS, den största och också symptommässigt mest diffusa diagnosgruppen, finns idag nästan ingen forskning alls vad gäller behandling och behandlingsutfall. Den kliniska erfarenheten pekar också mot att patienterna, vad gäller manifest symptombild, ofta vandrar mellan de tre olika ätstörningsdiagnoserna (Prestano et al, 2008; Clinton & Norring, 2002).

Något som ofta utmärker behandling av ätstörningar är att patienterna har relativt långa behandlingsperioder och att behandlingen ofta består av flera olika typer av behandlingsinsatser, som exempelvis slutenvård, olika typer av grupp- och familjebehandling, dagvård, individualterapi, psykofarmakabehandling, dietist- eller sjukgymnastkontakt. Här är forskningsresultaten relativt spretiga vad gäller behandlingsutfall.

Vad gäller tillfrisknande för patienter inom gruppen ätstörningar visar undersökningar på relativt modesta resultat. Prognosen för AN är mycket varierande beroende på vilka studier man läser. Vissa patienter återhämtar sig fullständigt efter en episod av sjukdomen, medan andra lider av återfall under en längre period. Vissa blir aldrig symptomfria utan får en kronisk AN. Vid en sammanställning gjord av Steinhausen (2002) var prognosen för anorektiker inte särskilt god. Bland de patienter som hänvisades till, hade i genomsnitt ca 50 procent fått en liten förbättring, 20 procent hade fått en stor förbättring och 20 procent hade en kronisk form av AN (Steinhausen, 2002). För patienter med BN har en metastudie som undersökt resultaten från 27 olika studier visat på att frekvensen av tillfrisknande varit mycket varierande. De tre kriterierna som undersöktes var helt tillfrisknad, förbättrad, samt kronicitet. Av de patienter som ingick i den sammanlagda studien blev 45 procent helt friska, 27 procent hade en stor förbättring och 23 procent led av en kronisk form av BN (Steinhausen & Weber, 2009).

Nilsson och Hägglöf (2006) som utforskat AN-patienters upplevelser av vändpunkter vid tillfrisknande från ätstörning har identifierat ett antal kurerande faktorer, såsom stöd av vänner, egen motivation, meningsfulla aktiviteter, behandling, ursprungsfamilj, samt partner/egen familj. Vid ytterligare en kvalitativt utforskande studie av Blay & Espíndola (2013), också denna med fokus på patienter med anorexia, visar resultatet på fyra kärnparametrar för ett gott utfall; (1) motivation (inre/ytte) till förändring, (2) känsla av eget agenskap/autonomi, (3) mediarelaterade faktorer som att föra dagbok, information via tidningar, internet etcetera, samt (4) behandlingsfaktorer. Sammantaget drog man i dessa studier slutsatsen att flera interagerande faktorer, bidrog vid tillfrisknande från en anorexi och att sambanden varit komplexa (Blay & Espíndola, 2013; Nilsson & Hägglöf, 2006).

Endast ett fåtal studier har undersökt behandlingsutfall efter långa behandlingar och få studier har följt upp de patienter som avbrutit behandling. I forskning om utfall av behandling vid ätstörningar riskerar man således att dra slutsatser om vilken behandling som patienter svarar bäst mot, utifrån studier som är baserade på en diagnostiskt renodlad patientgrupp som fullföljer en uppgjord och ofta tidsbegränsad behandlingsplanering och som svarar snabbt på behandling. För att hitta behandlingsinsatser som ger god motivation att fullfölja behandling

för fler patienter med ätstörningar, är det betydelsefullt att identifiera vad som kännetecknar olika patienter och patientgrupper. Vid påbörjande av behandling är det viktigt att försöka hitta viktiga faktorer som kan påverka behandlingsförloppet. Att kunna predicera behandlingsutfall för enskilda patienter utifrån olika faktorer som till exempel ålder, duration, funktionsförmåga ger möjligheten att anpassa patientens behandling så att rätt typ av insats och rätt mängd insats sätts in (Fichter, 2003).

Syfte

Syftet med denna studie var att få en fördjupad förståelse av och ökad kunskap om hur vuxna personer som tidigare uppfyllt kriterierna för en ätstörningsdiagnos upplevt sin sjukdom och sin tillfrisknandeprocess. I begreppet ätstörning inbegrips diagnoserna Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa eller Ätstörning UNS enligt DSM-IV (2002). Studien utgick från följande frågeställningar; (1) Vilka tankar hade informanterna om orsakerna till sitt insjuknade i ätstörning? (2) Vad fick informanterna i studien att söka behandling för sina problem? (3) Vilka tankar hade informanterna om sitt tillfrisknande, kunde de identifiera viktiga vändpunkter under tillfrisknandeprocessen?

Metod

Deltagare

För att finna deltagare till studien kontaktades tre specialiserade ätstörningsverksamheter, en av dessa verksamheter var en mottagning bestående av ett klinkbaserat team på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, de andra mottagningarna var specialiserade ätstörningsmottagningar med dagvårdsverksamhet. Urvalskriterierna för deltagarna i undersökningen var, (1) att de haft en ätstörning med varaktighet av symtom under minst två år, diagnosticerad utifrån diagnoskriterierna för diagnoserna Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, eller Ätstörning UNS enligt DSM-IV(2002), samt (2) att de deltagit i någon form av behandling inriktad specifikt mot deras ätstörningsproblematik. Ytterligare kriterier för urval var (3) att deltagarnas ätstörningssymptom vid intervjutillfället skulle ha varit i remission sedan minst ett år tillbaka, det vill säga ej längre uppfylla symptomkriterierna för de tre ovan nämnda ätstörningsdiagnoserna, samt (4) att de var över 18 år.

Åtta kvinnor intervjuades i studien och dessa befann sig i åldersfördelningen 20-41 år. Tre av kvinnorna var i åldersspannet 20-25 år, en kvinna i åldern 25-30 år, två av kvinnorna i kategorin 30-35 år, en kvinna i 35-40 årsintervallet, samt en kvinna i åldern 40-45 år. Två av

kvinnorna hade tidigare uppfyllt kriterierna för diagnosen bulimia nervosa, fem kvinnor uppgav diagnosen anorexia nervosa som huvuddiagnos och en kvinna hade uppfyllt kriterierna för en ätstörning UNS enligt definitionerna i DSM-IV. Tiden från sjukdomsdebut till att deltagarna inledde det första behandlingstillfället varierade mellan två och nitton år. De behandlingsinsatser som deltagarna tagit del av varierade, dels avseende behandlingsinnehåll, dels vad gäller behandlingens längd och behandlingens intensitet. Deltagarnas behandlingstid varierade från sex månader till tre år. Två av kvinnorna hade erfarenhet av en tids heldygnsvård, ytterligare två hade genomgått dagvårdsbehandling. Tre av informanterna hade kontakt med sjukgymnast under sin behandlingsperiod och alla hade individuella måltidstödjande insatser under sin behandlingstid. Samtliga hade haft någon form av samtalsterapi. Ovan nämnda insatser var specifikt inriktade på deras ätstörningsproblematik och endast en av kvinnorna hade efter avslutad ätstörningsbehandling en fortsatt stödkontakt inom öppenvårdspsykiatri. Fem av kvinnorna hade tidigare haft en eller flera vårdkontakter för psykisk ohälsa.

Deltagarnas ätstörningssymtom hade vid intervjutillfället varit i remission mellan ett och ett halvt och åtta år med ett meridianvärde på två år.

Etiska ställningstaganden

Studien har utformats med hänsyn till de forskningsetiska principer som tagits fram av Vetenskapsrådets ämnesråd för humaniora och samhällsvetenskap (Humanistiska-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, 2002). De fyra huvudkraven i riktlinjerna inkluderar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Innan intervjuerna påbörjades fick informanterna muntlig samt skriftlig information (bilaga I). Deltagarna informerades om syftet med uppsatsen och intervjuerna, samt om att deras deltagande var frivilligt och att de hade rätt att avbryta närhelst och om de ville. De fick i samband med intervjun skriva under ett informerat samtycke (bilaga II). De informerades sedan om konfidentialitet, att allt material skulle raderas efter att data sammanställts samt att samtliga informanter avidentifieras i uppsatsen. I enlighet med nyttjandekravet försäkrades att det material som samlats in inte kommer användas i annat syfte än för forskning.

Design

För att genomföra studien, valdes en kvalitativ tematisk metod med explorativ ansats. Avsikten med studien var att utforska deltagarnas egna subjektiva berättelser, deras specifika och unika upplevelse av sin ätstörningssjukdom och sina erfarenheter på sin väg mot ett

tillfrisknande. Den kvalitativa forskningsmetoden valdes således för att belysa och söka förståelse för de intervjuades livsberättelser, såsom de upplevts och tolkats av individerna själva (Polkinghorne 2005). Vår målsättning var inte att nå en objektiv generaliserbar kunskap utan att nå en fördjupad förståelse för deltagarnas upplevda verklighet. En kvalitativ metod, kan också anses vara kunskapsgenererande och inte hypotesprövande, vilket gagnar ytterligare kunskapsinhämtning. Kvale (1997) beskriver att syftet med en kvalitativ forskningsintervju är att få ta del av beskrivningar och upplevelser från den intervjuades livsvärld, i avsikt att tolka dessa beskrivningars inneboende mening. En kombination av fenomenologisk och hermeneutisk ansats innebär, enligt Olsson (2008), dels att en tolkning av materialet blir en nödvändighet i processen att förstå den underliggande meningen i ett yttrande, dels en trohet gentemot deltagarnas upplevda verklighet.

Den kvalitativa analysmetod som användes i föreliggande studie är tematisk analys som beskrivs av Braun och Clarke (2006) som en analysmetod som väl lämpar sig för fördjupad kunskap kring individens upplevda verklighet, vilket vi tänkte oss skulle kunna vara ett adekvat sätt att närma oss deltagarnas erfarenheter av att ha haft en ätstörningsproblematik. Den tematiska analysmetoden ger möjlighet till en detaljerad och fyllig beskrivning av informanternas livsberättelse. Metoden ger genom sin teoretiska frihet förutsättningar för en flexibel och användbar studie som kan ge ett rikt, nyanserat och detaljerat material (Braun & Clarke, 2006). Studien befinner sig inom det konstruktivistiska paradigmet, utifrån sin ansats att förmedla kunskap om individens verklighet och upplevelse (Braun & Clarke, 2006). Denna ansats tar hänsyn till individens tidigare erfarenheter, den sociala kontexten och även interaktionen mellan forskare och informant som tillsammans formar den subjektiva verkligheten. Interaktionen och processen som intervjusamtalet skapar bör inte ses som något negativt utan det som lyfter fram, fördjupar och genererar kunskap (Ponterotto, 2005). Den tematiska analysen föregicks av ett genomlyssnande av inspelat intervjumaterial där hänsyn togs till språkliga nyanser, tonfall och betoning av ord. Det har varit av yttersta vikt att försöka behålla språket och tonfallet i deltagarnas berättelser. För att hålla oss så nära materialet som möjligt har deltagarnas berättelser och upplevelser inte transkriberats, utan genomförts och analyserats genom noggrann genomlyssning av författarna. En viss information av interaktionen mellan forskare och deltagare går förlorad vid transkribering, enligt Kvale och Brinkmann (2009) och ett aktivt lyssnande av materialet bedöms vara att föredra. Svårigheter med en kvalitativ forskningsansats kan vara att deltagarna av olika skäl undanhåller viss information. Det kan finnas flera anledningar till att de upplever sig begränsade i vad de delger. Dessa anledningar kan vara att de känner sig

obekväma i intervjusituationen, främmande för lokalen, att intervjuerna bandas eller att de upplever ämnet som svårt att tala om. Vidare kan det vara så att informanterna förmedlar vad de tror förväntas av dem. Polkinghorne (2005) beskriver och poängterar att det som informanten berättar och delger i intervjun inte är identisk med det denna har upplevt utan att berättelsen är ett resultat av den interaktion som sker mellan två personer i ett samtal, i detta sammanhang mellan forskare och informant. En ytterligare svårighet vid val av kvalitativ forskningsmetod är att som forskare förhålla sig till den egna förförståelsen och upprätthålla en medvetenhet om hur denna kan tänkas påverka resultatet (Olsson, 2008).

Instrument

För att ta del av de deltagande kvinnornas berättelser genomfördes enskilda djupintervjuer. Varje intervju varade mellan 50 och 100 minuter och samtalet skedde vid ett intervjutillfälle. De åtta intervjuerna genomfördes med en ensam intervjuare per tillfälle och ägde rum i anslutning till mottagningarna, och en av intervjuerna genomfördes på ett lokalt bibliotek. Intervjuerna spelades in med diktafon. Frågor formulerades utifrån studiens syfte och frågeställningar för att täcka de ämnen och områden som önskades belysta. Utifrån detta konstruerades sedan en semistrukturerad intervjumall (bilaga III) som låg till grund för djupintervjuerna. Tanken var att de deltagande informanterna relativt fritt skulle kunna få möjlighet att reflektera kring sin problematik, men att frågeguiden skulle vara en vägledning i intervjusituationen. Målsättningen var, att så långt det är möjligt, parentessätta vår egen förförståelse och närma oss ämnet fenomenologiskt. Fokus lades vid deltagarnas personliga erfarenheter och ambitionen var att informanternas egna berättelser skulle få styra samtalens riktning, med utrymme för fördjupning av utsagorna via följdfrågor med fokus på de områden vi önskade få belysta.

Procedur

Personal på de tre mottagningarna kontaktades efter att brev skickats till respektive verksamhetschef för godkännande av att få ta del av tidigare patienters personuppgifter (bilaga IV). Tidigare behandlande personal tog sedan första kontakten med informanterna och tillfrågade dessa om eventuellt intresse till deltagande i studien. Författarna ringde sedan upp de deltagare som tackat ja och informerade kring studiens syfte och tillvägagångssätt. Informanterna delgavs även en skriftlig information kring studien (bilaga I). Därefter bokades intervjutid, sju av intervjuerna genomfördes i en ostörd miljö i anslutning till

ätstörningsmottagningarna på respektive enhet, en av intervjuerna genomfördes enligt informantens önskemål på det lokala biblioteket.

Alla intervjuerna dokumenterades via diktafon efter de deltagandes medgivande. Deltagarna informerades även om att de när som helst kunde avbryta intervjun, samt att de fritt kunde välja i vilken utsträckning de ville besvara våra frågor. Det inspelade materialet genomlyssnades sedan och analyserades utifrån nedan beskrivna databearbetning.

Dataanalys

Intervjuerna bearbetades utifrån Hayes (2000) beskrivning av induktiv tematisk analys. Att göra tematisk analys innebär att man sorterar in data i teman. Med teman menas återkommande ämnen som finns i materialet och som finns på mer än en plats. Det första steget av bearbetningen av materialet var att genomföra en lodrät analys, vilket innebar att varje separat intervju lyssnades igenom i sin helhet. Den tematiska analysen utfördes på en semantisk nivå, vilket innebar att tyngdpunkten för analysen låg på det som deltagarna explicit uttryckte (Braun & Clarke, 2006). Därefter valdes två intervjuer slumpmässigt ut och genomlyssnades med fokus på att finna gemensamma nyckelord som bedömdes relevanta för studien och dessa nedtecknades. I detta skede av databearbetningen fann vi gemensamt 34 nyckelord. Nästa steg var att sortera in de nyckelord som behandlade samma ämnesområde i preliminära teman. I denna fas fann vi 8 övergripande teman som uppfyllde studiens syfte. Vidare utforskades varje enskilt tema med syfte att ge det ett preliminärt namn och definition. Efter det gjordes en vågrät analys, tvärs över alla intervjuer. Det gjordes för att undersöka om det fanns ytterligare nyckelord i någon av intervjuerna som kunde klassificeras som en del av de preliminära teman, vid denna genomlysning fann vi ytterligare två relevanta teman för våra frågeställningar. Detta gjordes på samtliga intervjuer, vilket innebar att materialet lyssnades igenom lika många gånger som antalet teman. Det sista steget i den tematiska analysen var att skapa en slutgiltig benämning och definition av varje enskilt tema. För att illustrera varje tema sammanfattades dess betydelse, vilket också förtydligades genom citat från intervjuerna (Hayes, 2000).

Under de olika process-stegen arbetade vi, dels var och en individuellt, dels gemensamt med genomlysning och analys av materialet, där målet var att så långt det var möjligt bibehålla en närhet till texten, samt att försöka förstå utifrån den talandes perspektiv.

Tillsammans gick vi igenom och jämförde våra resultat och listade de nyckelord och teman vi funnit. Vårt krav var att samstämmigheten mellan våra individuella teman skulle vara hög och där de skiljde sig åt diskuterade vi oss fram till en gemensam överensstämmelse.

Vi valde att låta materialet fungera som en helhet och har därför inte separerat och angett vilka uttalanden som hör ihop med en viss deltagare. Reflektion över meningen i det informanterna berättade, med syfte att finna underliggande betydelser och mönster, var ett arbete som pågick parallellt under hela databearbetningen.

Resultat

I resultatdelen presenteras och belyses de tio teman som utvalts utifrån de åtta informanternas berättelser och erfarenheter av sin ätstörningssjukdom och sin tillfrisknandeprocess.

Relationer under uppväxten

I sina berättelser beskrev sex av deltagarna sin tidiga uppväxt i hel familj med ett eller flera syskon, medan två av informanterna sedan tidig ålder levde med separerade föräldrar och då med sina mödrar. I tre av familjebeskrivningarna bor föräldrarna gemensamt även idag. Av de kvinnorna vars föräldrar separerade efter det att de fyllt tio år, upplevde en av kvinnorna skilsmässan som positiv, då föräldrarnas relation sedan flera år präglats av ständiga konflikter och gräl;

Vid 15 sa jag till mamma... att antingen flyttar pappa eller så flyttar jag ... för nu kan jag inte leva så här längre...

De två andra kvinnorna vars föräldrar separerat uttryckte att de uppfattade föräldrarnas separation som problematisk med svårigheter att finna tillit och stabilitet i den nya och förändrade familjsituationen. I beskrivningarna av relationerna i ursprungsfamiljerna uppgav tre av de intervjuade att de hade haft en turbulent och konfliktfylld relation till en eller båda sina föräldrar under uppväxten. Två av de intervjuade beskrev en otrygg miljö i form av missbruk och psykisk misshandel, där de levde i en ständig oro för både sig själva och sina mödrar. I en av informanternas berättelser framkom en upplevelse av att egentligen inte ha haft någon trygg person att ty sig till alls.

Sju av informanterna beskrev en av föräldrarna som den de hade haft en närmare känslomässig kontakt med, men flertalet av dessa uppgav att de inte kände att föräldern helt förstått deras behov eller känslor och att de oftast dragit sig tillbaka och funnit trösten i sig själva. En av dessa beskrev detta enligt följande;

Jag vet att när jag blev... många gånger när jag blev upprörd eller ledsen, så gick jag iväg liksom... för jag visste inte hur jag skulle bete mig... asså... för det fanns aldrig nån man kunde gå till...

Flera av informanterna uttryckte en känsla av utanförskap och upplevelser av att inte blivit sedda och hörda under perioder under uppväxten. För en av deltagarna upplevdes utanförskapet inom familjen, där hon beskrev en känsla av att inte ha varit omtyckt eller ha blivit sedd. Fem av de intervjuade beskrev utanförskapet i skol- och kamratmiljön och en kvinna kände ingen trygghet eller tillhörighet varken i skol- eller hemmiljö.

Fyra av deltagarna berättade mer ingående om en ensamhet och en känsla av att inte riktigt passa in. I tre av dessa framkom att det skett en rollförändring under skoltiden, där det under senare delen av grundskoletiden uppstått en ökad otrygghet i kamratrelationerna. En av deltagarna beskrev just denna roll/identitetsförvirring enligt följande;

Jag har alltid varit väldigt säker på mig, åh vetat vad jag vill göra och gjort det, jag har tänkt att jag gör som jag vill... och fine om man tycker det är fel... Jag blev väldigt osäker på mig själv... ok, vad händer nu, å att jag hade ingen att dela allting med... i skolan var jag då väldigt osäker på mig själv, började ifrågasätta... asså började ifrågasätta väldigt mycket, vad är det som är fel med mig... varför vill dom inte...

Ytterligare en deltagare beskrev sin utsatta situation efter flytt och byte av skola;

Jag var väldigt blyg och försiktig och så, så jag... jag hade ju kompisar i början och så... men så gick jag där ensam i två år... och jag var ju utstött och jag såg att de viskade om mig när jag gick i skolan...

Flertalet uppgav att det ändå funnits vänner och att det varit viktigt att uppfattas som en demokratisk och sammanhållande vän. De beskrev sig som snälla och omtänksamma kamrater. Man uppgav att det funnits bästa vänner som varit viktiga, men även relationella svårigheter vad gäller tillit och närhet. Några av deltagarna uttryckte att det utåt sett funnits vänner, men att otryggheten i dessa relationer varit stor. En kvinna beskrev sina problematiska kamratrelationer så här;

Jag var väldigt populär i skolan, alltid bästa kompis... Jag hade mycket vänner, men klarade inte av att hantera det... för jag ville inte riktigt släppa in... Många ville vara

vän med mig, men jag... Var ok till att börja med, men sen tyckte jag att det blev väldigt jobbigt... då bytte jag hela tiden... Bra bästa kompis med den, sen kom en annan som ville vara bästa kompis, då bytte jag... Det var väldigt mycket så... jag tyckte det var obehagligt, jätteobehagligt...

Ingen av informanterna beskrev att det funnits någon annan vuxen utanför familjen av känslomässig betydelse. Syskon uppgavs av flera ha varit en viktig och stark relation.

Pubertet och tonårstid

Flertalet av kvinnorna beskrev tonårstiden och puberteten som en period som innebar många olika förändringar. Att växa från barn till kvinna och upplevelsen av kroppslig mognad upplevdes med motstridiga känslor. De återgav en tid där de utåt sett hävdade sig och provade gränser, men inom sig kände sig ganska förvirrade. Fem av de intervjuade beskrev en period där de bytte kamratgäng och provade alkohol och/eller droger. En av kvinnorna uttryckte detta enligt följande;

Då var jag väldigt rebellisk, det handlade om att... ja... att hävda sig så mycket som möjligt...

Ett annan återkommande svårighet som framkom tydligt i flertalet av utsagorna var en bristande självförtroende och en känsla av att inte tycka om sig själv. De psykiska och fysiska förändringar som puberteten, växandet innebar upplevdes som svåra och förändringen av den egna kroppen och dess utveckling som problematiska. En av kvinnorna beskrev sin tonårstid på följande vis;

Det var jättejobbigt... Jag tyckte inte alls om mig själv, varken psykiskt eller fysiskt... varken som person eller utseende... Jag sökte jättemycket bekräftelse, började tidigt röka, började tidigt dricka, eh... försökte umgås med folk som var populära, killar som var populära, mycket bekräftelse behov liksom... Nej usch... jag tyckte inte alls om mig själv... perioder som man drack och var ledsen varenda helg... eh... självmordstankar...

Att finna ett nytt förhållningssätt till den växande kvinnliga kroppen och den sexuella mognaden och identiteten beskrevs av flera av informanterna som problematiskt. Även relationellt beskrevs nya utmaningar i att bli sedd på ett annorlunda vis. En av kvinnorna i

gruppen uttryckte tydliga svårigheter att hitta sin roll i relation till killar, vilket hon upplevde som kravfyllt och skrämmande.

Då när jag började högstadiet blev jag väldigt sedd av killar... jag tyckte det var jättejobbigt och jag kände... Jag fick bröst tidigt och mens... allt sånt här, å det blev väldigt... väldigt, att jag ville försvinna, att inte finnas och då när kroppen förändrades och jag kände mer och mer, ville dö... avtrubbad...

Ett ytterligare sätt att hantera de psykiska, fysiska och relationella förändringar som tonårstiden innebar var att dra sig tillbaka. Två informanter beskrev en pubertet och tonårstid som till stora delar bestod av ensamhet, där de drog sig undan och mest var med sig själva. En av dessa uttryckte detta enligt följande;

Jag var tyst och försiktig... var mest i min egna lilla värld... var inte sådär jättebra... var med mig själv...

En av kvinnorna hade svårt att finna specifika minnen av just den här tiden. En kvinna vars ätstörning debuterade i något senare beskrev sin tonårstid och sin pubertet lite annorlunda och uttryckte en mer positiv känsla i relation till sig själv och sin kropp under denna period.

Självbild innan symtomdebut

Flertalet av kvinnorna beskrev en inre bild med krav att vara duktiga och ordningsamma. Ett par av de deltagande uttryckte en upplevelse av att ha vuxit upp i en familjemiljö med höga förväntningar och prestationskrav. Tre av informanterna beskrev sig som den typiska storasystemen, med ansvar för syskon och delar av hushållssysslorna i föräldrahemmet. Ord som försiktig, duktig och ambitiös förekom i flera av kvinnornas berättelser. Sju av informanterna beskrev sig själva som prestationsinriktade, med höga krav på sig själva. De beskrev vikten av höga betyg, hög arbetskapacitet och träning. En av de intervjuade uttryckte sina höga ambitioner och prestationskrav på följande vis;

Allt var tvunget att bli så himla bra, arbetade... studerade och små barn... allt samtidigt...

Två av de intervjuade beskrev sig själva som trygga och med gott självförtroendet fram till pubertet, där de vågat ta plats och initiativ. Dessa beskrev sig också som "pojkflickor", där de lekt mycket med både pojkar och flickor, ingått i grupper och känt en

trygghet i relationerna. I alla de intervjuades berättelser framkom en brytpunkt under skoltiden, där självbilden förändrats, självosäkerheten ökat. Flera av informanterna relaterade den förändrade självupplevelsen till vänskapsrelationer som brutits eller grupper som upplöstes.

Trygghet i sig själv benämnde endast en av informanterna som en upplevd känsla och fyra beskrev en mer genomgripande känsla av otrygghet, varav två av dessa berättade om ett utanförskap och en känsla av att inte tillhöra familjen. Två av informanterna hade kontinuerligt under sin uppväxt fått utstå verbala kränkningar om att vara otillräckliga av någon nära familjemedlem.

Som jag tror har påverkat min... alltså... självbild ganska mycket egentligen... Som att -"du borde inte varit född", eller som att man var äcklig... Hon sa... riktigt elaka saker...

Tankar kring sjukdomsdebut

När frågor ställdes kring deltagarnas tankar och upplevelser kring sjukdomsdebut varierade utsagorna kring vad man uppfattade som längden av sjukdomsförlopp, men gemensamt var att alla upplevde och kunde se tendenser till att ätstörningsproblematiken egentligen börjat i ett tidigare skede i livet än vad man tidigare uppfattat.

Förstått allteftersom att jag egentligen haft ätproblem ända sedan 15-16 års åldern... att tankarna på att äta eller inte äta funnits med mig... fast jag då inte kunnat reflektera kring dem... Egentligen alltid fått ångest kring maten, att äta... Förstått också i efterhand hur tunn jag var, åt jag nånting så uteslöt jag något annat... Herregud, det tänker man på i efterhand... Du fick suga på en läkerol i 10 sekunder för att sen spotta ut den för att du visste exakt hur många kalorier det var i den...

En av kvinnorna beskrev en exakt dag när hon upplevde att hennes bulimiska problematik tog sin början, utifrån att det var första gång hon gjorde sig av med det hon ätit genom att kräkas;

Jag hade köpt en stor påse chips och några dagar därefter tryckte jag väl i mig väldigt för mycket där och mådde mycket dåligt... och varför jag stoppar fingrar i halsen vet jag inte... Jag vet inte vad jag fick det ifrån... När man ätit för mycket är det lätt att ta till...

En annan kvinna lyfte också fram en specifik händelse som hon såg som startpunkten för sin anorexi då hon tillsammans med sin förälder sökt läkarkontakt för diffusa magproblem;

Då sa läkaren... så här, att du ska helst inte äta stekt mat och du ska inte äta stark mat... Alltså han rabbla upp grejer och det satte sig som ett mantra i mig och sen den dan så slutade jag mer och mer... jag bara tog bort saker... då var jag 14...

Flera av informanterna berättade om en växande känsla av missnöje med den egna kroppens utseende och form och att ätstörningen började som en bantning utifrån en önskan om att gå ner i vikt. En längtan om förändring och att via den perfekta kroppen uppnå en känsla av att duga och bli accepterad av kamratgruppen, återgavs som de inre drivkrafterna till man började svälta sig. En av informanterna beskrev den uppmärksamhet som viktnedgången medförde som en bidragande orsak till sjukdomsutvecklingen.

Jag tror att då när jag började banta så ja... jag tror att det triggade igång det hela... För att helt plötsligt... så fick man väldigt, väldigt många komplimanger. Å så... när man hade varit lite asså rund så här, inte tjock, inte överviktig, men lite rundare och börjar bli smal... asså så... som man ska va'... så är det väldigt många som ger en väldigt många komplimanger... hela tiden... och talar om för en hur duktig man är... -Du har verkligen karaktär och är stark som kan låta bli att äta kakor när det är fredagsfika... å oj vad fin du är och va' smal... Hela tiden kommer det. Det första de sa när de såg en... - Shit du har blivit ännu smalare nu än sist jag såg dig, hur gör du...Problemet är bara att du kommer till en viss punkt, sen slutar folk säga hur fin du är, för då är du inte fin längre...

Fyra av de intervjuade kvinnorna beskrev inledningen av sjukdomsförloppet på ett mer konkret vis där de berättade om hur de i högstadiet började utesluta lunchen i skolan och mer och mer avstod från måltider och mat i syfte att minska i vikt, då de hade en upplevelse av att vara för tjocka i jämförelse med sina jämnåriga. Flera dessa beskrev även förändringar i ökad träning och fysisk aktivitet i syfte att viktminska, bli smala.

Det började med att hoppa över lunchen i 7-8:an så där i skolan...

I -Kom du ihåg vad det var som drev dig?

Jag var ju tjock...

Två av deltagarna uppgav en destruktiv kärleksrelation som den utlösande faktorn till ätstörningsdebuten. De beskrev sig ha hamnat i en livssituation där de upplevde sig isolerade övergivna och maktlösa.

Jag kände mig ensam och då blev det liksom trösten...

Flertalet av informanterna ansåg sig varit normalviktiga under uppväxten, när de såg tillbaka på sin barndom och tiden innan sjukdomsdebut. En kvinna uttryckte upplevelsen av att även som barn ha blivit betraktad som "rultig" och att hon känt sig negativt uppmärksammas av både familjen och skolan på grund av detta, vilket hon upplevt präglat hennes bild av sig själv och fött en stark önskan om att bli smal.

Ja, men rätt tidigt så... mamma satte mig på... gick till skolsköterskan och fick tips om max två kakor när vi var borta... och ja... de bantade mig helt enkelt...

Sjukdomsinsikt

Vägen till en ökad sjukdomsinsikt beskrevs på en mängd olika vis av kvinnorna i studien. Några beskrev insikten om att de hade ätproblem som en tydlig upplevelse, där de också kunde beskriva en specifik situation eller händelse där de verkligen förstod allvaret i sin problematik, medan andra beskrev vägen mot sjukdomsinsikt mer som en växande process över tid, där de successivt förstod det patologiska i sina beteenden.

Påtryckningar från vänner och familj var något som lyftes fram som en faktor för flera av informanterna, där de i efterhand kunde se att detta på olika vis ändå bidragit till att de förstod allvaret i sin problematik. I några av kvinnornas berättelser beskrevs en eller flera relationella situationer där vänner och familjemedlemmar uttryckt stark oro för deras hälsa och mående. Det framkom även hos flera av kvinnorna en upplevelse av en brytpunkt där det lidande som sjukdomssymptomen på olika vis innebar i det vardagliga livet, till sist vägde över de upplevda sjukdomsvinsterna. En av deltagarna berättade om ett möte med sin pappa, där han uttryckte sin oro och sin maktlöshet, vilket fick henne att börja reflektera över sin situation.

Det som satte sig hårdast... jag tror jag vägde 49 kg... å träffade pappa... och pappa sa; du finns inte kvar och jag kan inte göra någonting åt det... Du bara försvinner och du kommer ju att dö... Tyckte, gud vad extremt att säga sådär... men sen när jag väl fick in det... men vad är det han säger, för han var helt gråtfärdig... och farsan brukar aldrig vara sån... Det var då jag förstod att det inte var så bra.

I hälften av deltagarnas berättelser beskrevs vägen till sjukdomsinsikt som en mer inifrån växande process, där ångesten, tröttheten, de ständigt tvingande tankarna, kontrollen av maten, vikten, den fysiska överaktiviteten och destruktiviteten i det egna agerandet, till sist upplevdes som allt mer ohållbart, vilket ledde till att de började inse att de inte klarade att bryta sina sjukdomsbeteenden på egen hand. Den växande sjukdomsinsikten som en inifrån kommande process beskrevs av en av de deltagande enligt följande:

Pratade med mamma första året i gymnasiet... för då förstod jag själv att det var riktigt dåligt... levde på flingor i flera dagar, hetsåt sedan och kräktes... var helt slut i kroppen... Det har gått för långt... så nu måste jag säga till... Tror jag själv förstod att jag inte kunde sluta på egen hand...

En annan av informanterna som fram till behandlingsstart helt förnekat sin anorektiska problematik, uttryckte hur insikten slog henne en bit in i den påbörjade behandlingen, där hennes svårigheter för första gång blev verkliga för henne.

På fredagen första bedömningsveckan i dagvården slog det mig att jag faktiskt var sjuk... Jag grät ner i gröten på morgonen... jag grät ner i lunchen... ja, mellan halv nio och ett liksom... För då kom jag ihåg att det gick upp för mig... då hade jag spenderat hela bedömningsveckan med att tänka att... dom här människorna var ju inte kloka i huvudet... jag är ju inte som dom. Första veckan lyssnar jag mest till de andra... och så blev det mer och mer... att så här tänker ju jag med... Dom sa grejer som jag tänkt men aldrig sagt högt, då började man inse... att jag är precis som dom... och det måste ju betyda att jag också är sjuk...

Ytterligare en av de deltagande beskrev även hon, hur insikten om att hon utvecklat en ätstörning kom som en aha-upplevelse för henne, då hon igenkände alla sina egna tankar, känslor och beteenden inför maten, och den egna kroppen, genom ett skolarbete kring ätstörningar som hon kom i kontakt med.

Att söka hjälp, vägen till behandling

I alla de åtta deltagarnas berättelser beskrevs vägen in i behandlingen som mödosam och kantad av en mängd olika svårigheter. Bristande sjukdomsinsikt, okunskap kring de risker man utsatte den egna kroppen för via de anorektiska och bulimiska beteendena, ambivalensen inför att be om hjälp att ta itu med sina problem, hemlighållandet och skamkänslorna inför den egna problematiken var några av de hinder som framhölls för att söka hjälp.

En väg som flera av kvinnorna uppgav som ett första steg in i behandlingen för sin ätstörning var via annan vårdgivare, exempelvis en läkarkontakt inom primärvården, eller via någon form av terapeutisk behandlingskontakt. Hälften av kvinnorna uttryckte tydligt att den primära orsaken till att man faktiskt sökte vård och behandling var på grund av annan psykisk ohälsa än just ätstörningen. Här nämndes stress/utmattningssymtom, hjälp med sorgehantering, arbetsplatsrelaterade problem och ångest/depressionsrelaterade besvär. Vägen till, och första mötet med, en professionell vårdkontakt sammanfattades av en av informanterna enligt följande:

Det var mamma som drog mig till vårdcentralen för vad jag trodde var utbrändhet... Läkaren frågade - vad väger du egentligen? Då började mamma tänka i andra banor runt vad som var fel... Tyckte själv att det var en helt irrelevant fråga... Minns att jag skämdes... kändes pinsamt att man inte hade förstått sig själv...

Fyra av kvinnorna erbjöds och inledde också olika typer av psykoterapeutiska behandlingskontakter. Man uppgav att det var under dessa samtal som ätstörningsproblemen uppmärksammades och tydliggjordes allt mer och där terapeuterna också inledde ett arbete i syfte att motivera dem att söka psykiatrisk specialistvård. En av kvinnorna beskrev hur tyngdpunkten alltmer försköts i från den problematik hon ursprungligen sökt för till hennes anorexi.

Under samtalen flyttades fokus från jobbkonflikterna till mina problem med mat... Till slut prata vi bara om mat... om vad jag ätit, om vad jag inte ätit och varför jag inte ätit... Terapeuten sa till slut... att du... jag kan inte hjälpa dig... För dom problem du har... har jag inte kompetensen, men det finns dom som har det.

I alla deltagarnas utsagor framkom att de, i något skede innan kontakten togs med primärvården eller den specialiserade ätstörningsvården, sökte stöd i någon nära relation såsom sambo, förälder eller vän, innan steget togs till kontakt med den professionella vården. En deltagare beskrev hur hon berättade för sin pojkvän på följande vis:

Avslöjade själv för min sambo... skrev ett brev som jag la på köksbordet till honom... Sen tog ju han tag i det... sa att så här kan det ju inte vara. Du får söka hjälp... Så det är väl egentligen hans förtjänst... fast jag ville ju själv också ha hjälp... för jag sa till honom...

En av de deltagande beskrev sin upplevelse av utsatthet då hon för första gång vågade söka hjälp och hur okunskap och brister i bemötandet hos primärvården, fick negativa konsekvenser för hennes väg till rätt hjälp.

Mamma tog mig till vårdcentralen... och han tyckte ju inte att det var så farligt... för jag hade ju inte gått ner så jättemycket... Sen tog det flera månader innan remissen kom till ätstörningsmottagningen... och då hann det ju bli ännu värre... Å då ville jag inte, för då orkade jag inte få hjälpen... Kanske om jag fått hjälp direkt... då när jag bad om det... Tyckte det var lite dåligt för han (läkaren på våc) kollade lite skeptiskt på mig... Kändes som han inte trodde det var så farligt som det var... då tänkte jag att det är väl inte så illa då...

Tre av deltagarna sökte direkt via egenremiss till specialistmottagning. I två av kvinnornas berättelser framkom en större klarhet avseende sjukdomsinsikt och även goda kunskaper hos dem själva, eller i deras närmaste omgivning, om var hjälp fanns att tillgå.

Upplevelsen av behandling

De behandlingsinsatser som deltagarna beskrev att de erbjudits och tagit del av varierade, dels avseende behandlingsinnehåll, dels vad gäller behandlingslängd och behandlingsintensitet. Två av kvinnor hade erfarenhet av en tids heldygnsvård, ytterligare två hade genomgått dagvårdsbehandling. Tre av informanterna hade kontakt med sjukgymnast under sin behandlingsperiod och alla hade individuella måltidstödande insatser under sin behandlingstid. Samtliga hade haft någon form av samtalsterapi. Tre av de åtta kvinnorna hade tidigare behandlingserfarenheter där de specifikt sökt behandling för sina ätstörningsproblem, men avbrutit dessa behandlingskontakter då de inte upplevts som särskilt hjälpsamma.

Ord som delaktighet, förtroende lyftes fram hos samtliga deltagare som viktiga faktorer i behandlingen. Att bli sedd, respekterad och bemött som en hel individ lyftes också som betydelsefullt för att våga ta aktivt del i behandlingen och att våga börja förändra. En kvinna som under tonåren vid ett flertal tillfällen varit i behandling för sin anorexi, beskriver sin positiva upplevelse av det bemötande hon fått i den behandlingskontakt som hon i vuxen ålder sökt:

Kände mig väl bemött för första gång... Kände mig mer delaktig i behandlingen, fick hjälp att sätta rimliga mål... det var på ett annat vis... man sökte lösningar... Kände

jag att nånting inte funka så var det inte alls... kanske skillnad för att jag var vuxen, inte alls samma fokus på vikten, inte det där tvånget... det är helt okej och må dåligt... och det är nog första gång någon har sagt det... Man blir inte bara sedd som ett problem som skall fixas... utan att det var okej... det var helt okej att må dåligt... Jag fick tid liksom... kände mig trygg... Från början här var jag anorektisk... men jag fortsatte ändå att gå... innan hade jag alltid flytt...

Att få möjlighet till tid, utrymme och förståelse inom en tydlig och trygg ram framkom som en central faktor i alla informanternas berättelser. En av de deltagande uttryckte detta i följande utsaga.

Att bli lyssnad på... Någon som ger dig tid... som inte släpper taget... som får en att börja förstå de grundläggande behoven av mat, vänner, sova...

Ökad kunskap kring mat, vad man behöver äta, hur kroppen fungerar och dess behov, beskrevs av deltagarna som en betydelsefull del av behandlingen. I alla deltagarnas berättelser framkom också hur viktig den fakta- och kunskapsbaserade informationen kring kropp och mat hade varit. Samtalen och kunskaperna kring hur man skall äta, vad man skall äta och när man skall äta uppgavs av alla kvinnorna som en avgörande och mycket viktig komponent i behandlingen.

När man kom hit så fick man ju liksom svart på vitt... att så här är det... Så här blir det om du fortsätter som du gör... och så här funkar det att göra, för det har andra gjort... Då fick man ändå fakta... Man kände ju igen sig i alla dom där dåliga sakerna... som kroppen reagerade med... Kroppen behöver det här...

Teamarbetets betydelse var något som poängterades i sju av berättelserna. Informanterna upplevde möjligheten att få fokusera på olika delar och aspekter av sin problematik som positiv och värdefull under behandlingstiden. Viktigt var att få utrymme att få prata om sjukdomen, det egna måendet och relationella svårigheter, men också att rent praktisk få hjälp stöd och kunskap för att bryta ätstörningsmönster. Detta upplevde flera av de deltagande som en viktig och betydelsefull komponent för tillfrisknandet. En av kvinnorna beskrev detta i följande utsaga;

Med kuratorn kunde jag prata om allt, medan behandlingen... på ätmottagningen fokuserades på maten... det var bra. Att lära sig äta, ta ner detta på en praktisk

vardagsnivå... Vad skall man äta, hur mycket skall man äta, när skall man äta... Bra att få fokusera på en sak i taget...

En av informanterna, som endast genomgick dagvårdsbehandling, beskrev en avsaknad av även en individuell samtalskontakt med tydligare fokus på självkänsla och bakomliggande faktorer.

Skulle vilja ha fokus även på annat än maten... få arbeta med de saker som låg bakom att jag blev sjuk... Dom löste det med maten, men jag skulle också velat prata om... varför lägger du ditt värde i att vara smal, vara duktig, varför behöver du bekräftelse...

I inledningen av behandlingen framkom i alla deltagarnas berättelser en känsla av ambivalens inför att påbörja behandling. I kvinnornas utsagor beskrevs en kluvenhet inför mötet med behandlarna, där de dels uttryckte en känsla av befrielse över att slippa hemlighålla, dels en skam över det egna beteendet och den egna oförmågan att på egen hand bryta sina sjukdomstankar och sjukdomsmönster. Flera av deltagarna beskrev också en ilska och frustration över att bli uppmärksammade i sin ätstörningsproblematik. En kvinna uttryckte upplevelsen av just denna kluvenhet och ambivalens i början av sina behandlingar påföljande sätt;

Det var ganska skönt för alla här genomskådade mig... samtidigt som jag var lite arg på det...

En deltagare beskrev sin upplevelse av skam i behandlingens början och i mötet med behandlarna enligt följande;

Man kände sig jättedum... pinsamt var det på nåt sätt... Man ville ju inte hålla på så... och så skulle man hit och prata om det... och då kändes det bara jättejobbigt helt plötsligt... men bra blev det ju sen ändå, när man märkte att det faktiskt hjälpte...

Att skapa och få en tilltro till sin behandling var för de flesta av informanterna en mödosam process, där tilliten till behandlarna långsamt växte sig starkare. En av deltagarna beskrev sin mödosamma väg till förståelse, förtroende och eget agentskap i följande utsaga;

Jag tyckte det var väldigt jobbigt när jag väl kom i behandling... jag ville ju inte få hjälp... Hade bara samtal i början ingen dagvård... fuskade med näringsdrycker, smet

på toan efter maten... Skötte mig inte, för jag ville inte... Flera omgångar i dagvård... det som var bra... där var man ju tvungen att äta... Kände att kroppen blev piggare, kunde börja tänka då jag åt, men ville inte gå upp i vikt... Började ändå känna att jag nog ville kunna leva ett normalt liv... Då sa dom till mig att det bara var jag som kunde välja, om jag ville klara ett normalt liv, återgå till studierna, så behövde jag våga gå upp i vikt... Började själv förstå att om jag går upp i vikt så mår jag ju bättre... Började förstå att alla egentligen ville mig väl... blev bättre efter ett tag... kände att jag själv ville få hjälp...

En annan deltagare uttryckte just den långa tid hon behövde för att våga lita på den behandlande omgivningen för att våga vara mer öppen kring sina tankar, känslor och problem på följande sätt;

Tog ganska lång tid för mig att öppna upp våga prata... Tog nästan i princip hela min behandling innan jag vågade berätta vad som hänt... Hur det verkligen... hur jag verkligen kände mig på högstadiet...

Omgivningens betydelse för motivationen

Sju av informanterna hade eller etablerade under behandlingstiden en kärleksrelation vilket de beskrev som en betydelsefull faktor för behandlingsmotivationen. Något som poängterades som viktigt i dessa relationer var förståelsen, tålmodet och acceptansen från partners sida. Vetskapen och känslan av att personen ifråga fanns där, kände till problematiken och kunde stötta på ett respektfullt vis var viktigt för tillfrisknandeprocessen och motivationen. Två av deltagarna uttryckte detta på följande vis:

Nuvarande pojkvännen blev ett stöd... konkret genom att laga maten... att vara i ett vardagssammanhang där man får omgivningens stöd med struktur...

Att det var okej för honom att jag var sjuk för jag tyckte inte riktigt själv det... bara vara ett stöd... finnas där...

Några av informanterna beskrev vikten av vänners stöd för att våga ta steget mot normalitet och tillfrisknande och för att upprätthålla motivationen i arbetet för att tillfriskna. För en kvinna, handlade det också om ett mycket konkret och praktiskt stöd;

Fick en kompis i K. som jag berättade för... hon stöttade mig... gick och handlade ihop... Jag visste ju inte vad som var normalt eller så... Är det normalt att jag vill ha en ost hemma, eller kommer folk tycka det är konstigt eller äckligt?

I flera av deltagarnas berättelser framkom att man upplevde sig ha tappat kontakten med flera av sina vänner under sjukdomsperioden och tiden innan behandling. Upplevelsen var att ätstörningen tagit allt större plats i vardagen och att den blivit ett hinder för umgänge och relationer, då alla tankar, all oro och all planering kring maten tog alltmer tid, kraft och energi. I berättelserna beskrevs detta som ett av motiven för att välja bort ätstörningen. Önskan om och behovet av relationer och vänner blev en viktig drivkraft för att ingå i behandling och ta steget mot ett tillfrisknande. En deltagare beskrev denna upplevelse av isolering enligt följande;

Var väldigt ensam... Det var bara jag och min kille, och så min familj då...

När man deltagit i behandling och börjat återhämta beskrev flera av informanterna svårigheten att återuppta kontakter med tidigare relationer och även en osäkerhet i att etablera sig i nya relationella sammanhang. En av deltagarna beskrev sin stora relationella osäkerhet då hon skulle ta steget att återgå till sina studier enligt följande;

Andra gången jag återupptog studierna... jag var livrädd grät hela dagen... men hittade faktiskt några som var som jag... Det bästa som har hänt i hela mitt liv... tror jag... Vi tycker inte alltid samma... men vi gillar samma saker... vi funkade och vi är ärliga mot varandra och det har betytt mycket... att jag vet att jag kan lita på dom...

Flera av informanterna beskrev betydelsen av tillit till nära relationer och betydelsen av att våga tillstå sina problem och att våga dela dem med andra. För en av kvinnorna blev de andra deltagarna i behandlingsgruppen viktiga för tillfrisknandet och flera av informanterna belyste vikten av trygg relation till behandlingskontakterna.

Flera deltagare uttryckte att framtidstankar och upplevelsen av svårigheter att upprätthålla arbete eller fullfölja studier lett till en önskan om tillfrisknande. Några beskrev längtan om att bilda familj och skaffa barn som en viktig motivator. För att klara av och fullfölja sina framtidsdrömmar upplevde informanterna behovet av en frisk och stark kropp och att ätstörningsproblematiken blev ett hinder i att uppnå detta. Önskan om fylla vardagen med något som upplevdes meningsfullt och en längtan att ingå i ett socialt sammanhang

uttrycktes i flera av utsagorna som en viktiga motivator för att lämna sjukdomen. En kvinna beskrev det på följande sätt;

Arbetet... att ha något meningsfullt att göra... hade börjat jobba... och förstod att om jag skulle kunna behålla jobbet så var jag tvungen att börja äta ta hand om mig... annars skulle det inte gå... Dom vill ju inte ha någon som är sjuk...

Alla informanterna beskrev en trötthet över att smussla, hemlighålla och organisera, som de behövt göra för att upprätthålla ätstörningen. Önskan om att slippa ljuga för alla i omgivningen samt den energi och kraft detta krävt, uppgavs ha haft betydelse för att våga ta steget mot behandling och ett tillfrisknande.

Två av deltagarna, vilka hade hemmavarande barn då de påbörjade behandlingen, framhöll oron för att påverka barnen med sin ätstörningsproblematik som den starkast motiverande faktorn till att de sökte behandling.

Det var rätt så knäckande... Ena barnet är ju en tös, så man var ju rädd att hon skulle...

Omgivningens betydelse för motivationen, behandlingen och vägen mot tillfrisknande beskrevs av samtliga informanter som ytterst betydelsefull och viktig. Behovet av att ha en eller flera relationer, där man delade tankar, känslor och fick stöd och tröst upplevdes som en förutsättning för motivation och återhämtning. Stödet fann deltagarna i familjen, behandlingsteamet, sin partner eller hos nära vänner.

Vändpunkter

På den direkta frågan till informanterna kring vad de själva uppfattade som viktiga vändpunkter för sin tillfrisknandeprocess framkom vikten av betydelsefulla relationer och en önskan om familjebildning. Ytterligare vändpunkter var att kunna återgå i arbete, studier eller annan meningsfull sysselsättning. Flera av deltagarna beskrev även en trötthet och en frustration över sin sjukdom där lidandet nått en nivå där man inte längre stod ut, vilket medförde att man slutligen vågade ta mod till sig att berätta och detta upplevdes som en vändpunkt i sig. I flera av utsagorna framkom också behandling och specifika delar av behandlingen som viktiga vändpunkter. En kvinna uttryckte hur hon tack vare sin dagvårdsbehandling vågade börja sätta ord på sin sjukdom, sina önskningar och behov.

Att inse att jag var sjuk, att våga säga att något var gott, att våga säga att man var hungrig... att våga säga jag vill nog ha lite mer sås. När man vågar säga något högt då blir det mer okej... Sluta anpassa sig till andra...

En av deltagarna uttryckte flera bidragande faktorer som hon identifierade som viktiga vändpunkter för hennes väg mot ett tillfrisknande;

Det viktigaste var ju att någon annan såg mig, och tog tag i att söka hjälp... så att man själv fick upp ögonen för det... Det är väl egentligen det som är det viktigaste att man själv kommer till syn med det, så här ska man inte göra, så här är inte bra. Fick jobb i samband med att jag började behandling, fick ju nåt att göra på dagarna... få lite nya arbetskollegor... slippa oro för försörjningen... det blev ju ytterligare ett mål... Vi bestämde oss för att vi ville ha barn... och då måste ju kroppen fungera... ytterligare ett mål som man vill kämpa för...

Några beskrev en vändpunkt då de på allvar insåg omöjligheten till ett normalt liv om de stannade i sin ätstörning, vilket gjorde att de mer aktivt tog ansvar i sin behandling och för att bryta sina ätstörningssymptom och destruktiva mönster. En kvinna berättade om hur hennes trötthet inför det lidande som sjukdomen innebar ledde fram till ett eget beslut om en tids heldygnsvård, vilket för henne blev en viktig vändpunkt;

Inläggningsperioden, då alla smyghål täpptes igen. Jag ser själv att jag behövde bli tvingad till att göra någonting, för så länge jag skulle sköta detta själv så kunde jag också fortsätta smussla och dra ut på det... Bad själv om det, en inre önskan om att bli fri... När jag tänker tillbaka så pendlade jag mellan att det var lite skönt att vara i sjukdomen, då hade du uppmärksamheten, du hade fokus, och samtidigt hade man önskan om att bli fri... Lidandet i sjukdomen, panikångesten, att må så dåligt fick mig till slut att tröttna...

En av deltagarna beskrev att en vändpunkt för henne var, då hon insåg hur hennes höga prestationskrav och brist på självtillit hindrat henne från att bli frisk. Hon relaterar detta till en personlig erfarenhet under behandlingen, där hon upplevde en känsla av att vara tillräcklig och att känna sig nöjd med resultatet av sin prestation.

Arbetsterapin var jättejobbig att gå på i början... Trodde inte att jag skulle klara något tillräckligt bra, började ändå väva och när jag såg resultat insåg jag... det här klarar jag...

Livet efter behandlingen

Alla deltagarna uttryckte att tankarna på kroppen, maten och vikten, efter avslutad behandling till viss del fanns kvar, men att de nu upplevde att de hade en möjlighet att välja bort dem och inte lät ätstörningen styra deras liv. Samtliga beskrev även att man ibland återföll i tidigare ätstörningstankar och beteenden, men att man efter avslutad behandling hade en annan möjlighet att hantera dessa. De beskrev också en ökad förmåga att hitta acceptans hos sig själva över att det ibland blev fel;

Är ett ständigt pågående arbete att hitta acceptans för sina tankar, sina känslor och till sin kropp. Tror att en liten del av sjukdomstankarna kommer att följa mig genom livet, skillnad idag är att jag inte tillåter dem att vinna...

Rädslan för kontrollförlust uppgavs efter behandling ha minskat hos samtliga deltagare, att misslyckas idag innebar och sågs inte som ett lika stort hot mot självkänslan och självbilden. En kvinna beskrev det enligt följande;

Försöker idag att inte nedvärdera mig... skuldbelägga mig om det blir fel med maten... istället tänka att nästa måltid bara kan bli bättre... Andra får köra sitt race med dieter, vad som är nyttigt att äta och inte... Jag bryr mig inte... äter vad jag vill... Straffar inte mig själv längre genom att inte äta...

Informanterna uppgav också att de idag hade en annan möjlighet att sätta gränser och beskrev en större tillit till den egna färdigheten och kompetensen. De beskrev en ökad förmåga till självomhändertagande och självacceptans både själsligen och kroppsligen. Alla kvinnorna upplevde sig starkare i sig själva och att man i större utsträckning vågade säga ifrån och ta hjälp av andra, att självkänslan vuxit steg för steg.

Tankarna finns där men jag kan välja bort dem... Jag tycker nog om mig själv bättre än vad jag gjort tidigare... jobbar med att acceptera kroppen... Jag känner vad min kropp behöver, men lyckas inte alltid ge den vad den behöver... Blivit bättre på att

uttrycka vad jag känner och tycker... Försöker använda min rebelliska sida fast på ett mer konstruktivt vis... Är ibland rädd att bli sjuk igen... men, jag har kommit till insikt om att jag faktiskt har ett val, jag kan välja...

Fyra av informanterna beskrev mer specifikt hur deras tidigare perfektionistiska ambitioner fått styra inom många olika livsområden inklusive ätstörningen, men att de nu hittat annat sätt att förhålla sig till dessa;

Allt behöver inte vara perfekt nu försöker jag bara säga till mig själv ... Det är okej att faktiskt inte göra sitt bästa... Det är okej... nu skall du städa på fredag... Du kan skjuta upp det en dag och du behöver inte lyfta på varenda grej och städa allting, du kan göra det nästa vecka... Allt behöver inte göras perfekt på momangen... Grejerna får ta sin tid...

Samtliga deltagare lyfte betydelsen av att ha känslomässigt nära och viktiga relationer, där de idag upplevde att de på ett annorlunda vis själva aktivt sökte kontakt med andra för råd och stöd. En kvinna återgav det enligt följande;

Jag försöker prata med min kille om det som jag tycker är jobbigt... Skulle förut ha dragit mig undan, satt mig på rummet...

En av informanterna beskrev sin väg mot tillfrisknande som något av en läroprocess, där hon arbetat med acceptansen av den egna livs- och sjukdomsberättelsen.

Det som har hänt det har hänt... och jag kan liksom inte göra nåt åt det... Det enda jag kan göra är att lära mig av det...

Diskussion

Resultatdiskussion

Med denna kvalitativa studie undersöks hur åtta kvinnor med en tidigare ätstörningsproblematik upplevt sin sjukdom och sin tillfrisknandeprocess. Genom att lyfta fram betydelsefulla faktorer i kvinnornas personliga erfarenheter, tankar och upplevelser och belysa dem utifrån psykologiska infallsvinklar och aktuell forskning, vill vi nå en fördjupad insikt i och kunskap om behandling och tillfrisknande av en ätstörningsproblematik. I resultatdelen identifieras tio olika teman relevanta för frågeställningarna och syftet med studien. Dessa teman är, Relationer under uppväxten, Pubertet och tonårstid, Självbild innan

symptomdebut, Tankar kring sjukdomsdebut, Sjukdomsinsikt, Att söka hjälp-vägen till behandling, Upplevelser av behandlingen, Omgivningens betydelse för motivationen, Viktiga vändpunkter, samt Livet efter behandlingen. I följande diskussion kommer vi att problematisera och teoretisera kring dessa teman, samt knyta dem till aktuell forskning.

Anknytning och självutveckling. De teman i vår studie som relaterar till tiden innan sjukdomsdebut kan knytas och förstås utifrån teorier kring anknytning och självutveckling. I de deltagandes beskrivningar av sina minnen från barndomen och sina relationer till vuxenvärlden, uttrycktes ambivalens avseende tillit till att de vuxna fanns där när man behövde dem. I kvinnornas utsagor framkom svårigheter att söka tröst och stöd utanför sig själv och en upplevelse av att inte i tillräckligt stor omfattning ha känt sig sedda och förstådda av de vuxna runt omkring dem. Broberg, Hjalmer och Nevoen (2001) belyser i sin studie sambandet mellan ätstörning och otrygg anknytning där man vidare menar, att svårighetsgraden i ätstörningen kan relateras till graden av otrygghet i anknytningen. Bamford och Halliwell (2009) bekräftar också de i en metastudie att ett otryggt anknytningsmönster kan relateras till senare utveckling av ätstörning. Man menar vidare att ätstörningen kan tolkas som ett sätt att undvika sina känslomässiga behov av närhet, där kroppen blir symptombärare. När den psykiska realiteten är dåligt integrerad, tar kroppen en central roll för att vidmakthålla kontinuiteten i självkänslan, kroppen får i bokstavig mening gestalta. Genom att inte kunna känna sig själv inifrån, tvingas patienterna erfara sig själva från utsidan. De konkreta symptomen fungerar stabiliserande för det sköra självet (Skårderud, 2007a).

Kvinnorna i vår studie beskrev sig själva under uppväxten som ambitiösa och ansvarstagande flickor med höga prestationskrav, där den yttre bekräftelsen varit viktig för självkänslan och beroende av tydlig mätbarhet såsom höga betyg eller idrottsprestationer. Höga krav på perfektionism är också enligt forskningen ett utmärkande drag hos patienter med ätstörning, där vissa studier pekar på samband mellan högt ställda krav på prestation under uppväxten och senare utvecklande av en ätstörning (Holland, Bodell & Keel, 2013).

De deltagande beskrev att de på olika vis haft svårigheter och brottats med sviktande självkänsla, en känsla av att inte duga riktigt som man var. I studien lyfte flera kvinnor fram osäkerheten i relation till andra och att det funnits brister i grundläggande tillit till både sig själv och omvärlden. Enligt självpsykologiska teorier skapas den grundläggande självtilliten i interaktionen med viktiga andra. Winnicott (1981) och även Kohut (1986) beskriver hur barnet speglar sig i föräldrarnas kärlek och omsorg. Detta grundlägger hos det lilla barnet en självets innersta kärna som består i vissheten av att en gång ha varit älskad. Ett första inre gott

självobjekt upprättas och blir den bas utifrån vilket barnet kan känna trygghet och tillit till att världen är god. Denna kärna, om den tillåts utvecklas och uppnå en viss stabilitet, blir den tröstande motvikten i stunder då det onda hotar att ta över och möjliggör också den fusion mellan onda och goda objekt och självobjekt som är nästa steg i utvecklingen för barnet på vägen mot själv- och objektkonstans. Det vill säga, förmågan att integrera onda och goda aspekter av sig själv och andra och en förmåga att uthärda den ambivalens som detta innebär (Kohut, 1986; Winnicott, 1981). Om det lilla barnet under uppväxten inte får denna villkorslösa kärlek från signifikanta andra skapas inte det inre referenssystem, en inre kärna av själv, som gör att individen förmår att ta hand om sig själv och sätta nödvändiga gränser. Detta innebär att individen blir mer sårbar och utsatt i påfrestande livssituationer (Wennerberg, 2010).

Vi tänker att det för flera av de deltagande kan förhålla sig så att denna grundtillit och inre känsla av trygghet kan vara skör. Johnson (1997) använder sig av två begrepp för att beskriva hur individen grundlägger och utvecklar självkänsla. Det ena begreppet är *grundsjälvkänsla* vilket innebär att individen kan identifiera och acceptera sina egna basala behov och emotioner. Att kunna hantera känslor som kärlek och aggression, ger individen förmåga till både ett moget beroende och intimitet, men även en förmåga till integritetskyddande och självhävdande. Grundsjälvkänslan erhålls i tidig barndom i interaktion med viktiga andra. Det andra begreppet är *skapad självkänsla*. Denna typ av självkänsla bygger på den förmåga individen har att själv förtjäna självkänsla via ambition och prestation, att man söker uppskattning, kärlek och acceptans genom att prestera och leva upp till yttre förväntningar och normer vilka så småningom internaliseras till inre normer och ideal (Johnson, 1997).

Människan har alltså potential för att bygga självkänsla utmed två vägar. Vanligtvis använder vi oss av och förlitar oss på båda, men om uppväxten präglats av en miljö där den skapade självkänslan i alltför stor utsträckning fått råda som narcissistisk påfyllnad, så ger detta en ökad sårbarhet i stressfyllda och krävande situationer, vilket Johnsons (1997) studie också visar. Vi knyter detta till deltagarna i vår studie med tanke på de beskrivningar de deltagande gav av sig själva som utåt sett starka, ansvarsfulla omhändertagande och ambitiösa. Samtidigt som de uttryckte en diskrepans mellan hur de trodde att andra uppfattade dem och hur de såg på sig själva, där den säkerhet de utåt visade inte motsvarade vad de inuti sig själva kände, vilket fick ambitionerna att lätt tippa över i prestation och krav.

Sjukdomen som strategi att förändra. I deltagarnas berättelser framkom att sjukdomsdebuten skett någonstans under puberteten och tonårstid och att tiden innan sjukdomsdebut på olika vis föregåtts av kriser i form av separationer, relationssvårigheter och/eller identitetsproblem. De kroppsliga och psykiska utmaningarna som pubertets- och tonårsutvecklingen i sig innebär, ökar även sårbarheten för att utveckla en psykisk ohälsa av något slag (Clinton & Norring, 2002). Kvinnornas berättelser stämmer väl överens vad forskning beskriver som vanligt förekommande trauman, livs- och utvecklingskriser under åren innan insjuknande (Lejonclou, Nilsson & Holmqvist, 2014; Clinton & Norring, 2002).

Flera av deltagarna kunde även identifiera tidigare livshändelser som delvis utlösande faktorer till sina senare ätstörningsproblem. Tydligt påtalades även upplevelser av hur dessa kriser och förändrade livsomständigheter, negativt påverkade deras syn på sig själva, där känslan av egenvärde sattes i gungning. Kroppen, kontrollen över maten och vikten, blev den strategi som skulle skydda mot den inre osäkerheten som de olika yttre och inre livsförändringarna innebar. En längtan efter förändring, att genom den perfekta kroppen uppnå en känsla av att duga och bli accepterad av andra, var en bidragande faktor som återkom i alla berättelserna. Skårderud (2007a) lyfter fram just önskan om förändring som en vital aspekt för förståelsen av de psykologiska drivkrafterna bakom utvecklandet av en ätstörningsproblematik.

Den långa vägen till behandling. I deltagarnas utsagor beskrevs hur de i efterhand insett att ett överdrivet fokus på mat, vikt och kropp haft en central betydelse för deras mående under en relativt lång period innan behandlingsstart och att vägen till behandling varit en mödosam process över tid. Ambivalens inför att förändra och bristande sjukdomsinsikt är vanligt förekommande problem hos ätstörningspatienter. Då symptomen fyller en viktig funktion för bevarandet av självkänslan och är ett skydd mot de affekter som väcker den inre självosäkerheten, finns ett starkt motstånd till att våga lämna sjukdomen. Ofta handlar det om en rädsla eller oro inför de förändringar som en behandling kan tänkas innebära för självbilden och självkänslan. Av den anledningen väntar patienter ofta länge innan de söker vård (Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud & Holte, 2015). Vitousek, Watson, och Wilson (1998) beskriver hur symptomen ofta över tid blir sammanflätade med den egna identiteten, vilket gör det svårt för patienten att själv se sina dysfunktionella ätstörningstankar och beteenden och därmed även inse allvaret i sin sjukdom. Flera av de intervjuade beskrev ätstörningen som en strategi för att slippa oönskade tankar, känslor och affekter. De uttryckte en upplevelse av tomhet och ett utslätande av känslor, vilket uppfattades som befriande

utifrån den livssituation de befann sig i. Skårderud (2007c) beskriver en svårighet på vägen till behandling, i att symptomens positiva effekter, genom dess möjlighet till affektreglering och som stöd för att hålla samman självet, motverkar motivationen att bryta ätstörningens destruktiva mönster.

Alla deltagarna hamnade under sjukdomstiden vid en brytpunkt där de tidigare själv- och affektreglerande strategierna inte längre fungerade, där lidandet, den ständiga upptagenheten av mat, vikt och kropp, vägde över symptomvinsterna. Att vara känslomässigt självförsörjande, med strategi att lösa sina problem på egen hand, via kroppen och yttre prestationer, blir ett hinder för att be om och ta emot stöd från omgivningen. I berättelserna framkom känslor av skam över att dels behöva be om hjälp, blottlägga sina problem för någon annan, dels över att man upplevde sig ha tappat kontrollen över sin livssituation. Skårderud (2007c) menar att känslor av skam kan ses som både en bidragande faktor vid insjuknandet såväl som en vidmakthållande faktor i ätstörningen. Vidare poängterar han att individen känner skam, inte för det hon har eller gör, utan snarare för den hon är. Skammen berör därmed på ett genomgripande vis hela självet och identiteten. Har individen inte identifierat sig med de egna symptomen är det lättare att förhålla sig till dem och se dem som en svårighet som kan bemästras. Det motsatta kan också vara fallet, att symptomen, sjukdomen blir identitetsbärande; utan mina symptom är jag ingen.

Vitousek et al. (1998) beskriver i sin studie att anorektiker sällan frivilligt söker hjälp för sin ätstörning. Bland dem som söker vård görs det främst på grund av relaterade symptom som exempelvis nedstämdhet eller ångest, snarare än för att man är bekymrad över sin låga kroppsvikt. Ofta är det de närståendes oro som är anledningen till att man till sist söker behandling (Clinton & Norring, 2002). Detta bekräftades av deltagarna i vår studie där de lyfte fram anhörigas aktiva påtryckningar som en orsak till att de sökte vård och där flera även uppgav att de initialt sökt för annan psykisk ohälsa än sin ätstörningsproblematik. Flera av kvinnorna beskrev omgivningen och nära relationers påverkan som viktig, där de uttryckte tacksamhet över att omgivningen visat engagemang. De kunde även i efterhand tolka den oro de mött från vänner och familj som tecken på omsorg, även om de i de aktuella situationerna närmast känt sig påhoppade och kränkta.

Delaktighet och bemötande i behandlingen. I deltagarnas beskrivningar av behandlingen lyftes delaktighet och förtroende upp som viktiga faktorer för det egna tillfrisknandet, samt behandlarnas icke-värderande bemötande och deras kompetens och kunskaper kring ätstörningen. De framhöll vikten av att bli sedda som hela individer, men

även ett behov av att sätta fokus på och lyfta en svårighet i taget. Tid och utrymme inom en trygg ram var också något som poängterades som väsentliga faktorer för att våga förändra. I en studie av Nordbø et al. (2012) fann man sju hindrande faktorer för att våga aktivt gå in i det förändringsarbete som behandlingen innebär. De hinder man i denna studie lyfte fram rörde områden som Rädslan för att bli dömd och kritiserad, Svårighet i att föreställa sig det egna tillfrisknandet, Rädslan för att misslyckas, Förnekande av sjukdomen, Rädslan för maten, Rädslan för viktökning, samt Sjukdomsvinsterna. Vi tänker att detta ger en god bild av de svårigheter man behöver ta i beaktande i den terapeutiska relationen med ätstörningspatienter. Patienters egna förväntningar inför behandlingen är betydelsefulla för ett positivt utfall av behandlingen, vilket Paulson Karlsson (2012) beskriver i sin avhandling, där hon poängterar vikten av att uppmärksamma just patientens tankar och föreställningar inför behandlingsstart. Hon menar vidare att det är av yttersta vikt, för etablerandet av en positiv och bärande behandlingsallians, att hålla patientens motivation, självkänsla, kroppsuppfattning och sociala relationer i fokus.

Under behandlingsfasen poängterade de deltagande vikten av ett socialt stöd utanför behandlingsmiljön där vänner, partners och familj var viktiga förutsättningar för motivation och återhämtning. Detta stämmer väl överens med övrig forskning, där positiv support från familj och vänner, såväl som ett gott professionellt bemötande lyfts fram som viktiga faktorer för tillfrisknandeprocessen (Linville, Brown, Strurm & McDougal, 2012).

Ett mentaliseringsbaserat förhållningssätt. Utifrån vår studies resultat tänker vi att alla deltagarna på olika vis upplevt sin behandling som en korrigerande erfarenhet, både emotionellt, men också på ett konkret plan. Emotionellt genom att i de inom den trygga och förutsägbara terapeutiska ramen i relationerna med behandlarna vågat utveckla en nyfikenhet att utforska sina egna och andras tankar, känslor och reaktioner, vilket ökat den reflekterande förmågan, och konkret genom att ha fått kunskap om kroppens funktioner och basala behov. Utifrån perspektivet att kvinnorna beskrivit sig som känslomässigt självförsörjande, i bemärkelsen att de upplevt att det varit svårt att ha tillit till och söka stöd hos någon annan, är vår tanke att det genom etablerande av en terapeutiskt trygg allians, för dem blir möjligt att ompröva sina föreställningar kring sig själva och den egna kroppen.

En skör självbild och svårigheter att reglera affekter skapar problem att förstå och tolka sig själv, sina behov och önskningar, såväl som svårigheter att läsa av omgivningens intentioner och känslor. Detta innebär att mentaliseringsförmågan på olika vis begränsas, vilket också ger en teoretisk förklaringsmodell till patienternas tendens att konkretisera, låta

kroppen bli den arena som symboliserar deras tankar och känslor (Skårderud, 2007b). Den psykiska ekvivalensen, det vill säga att den psykiska verkligheten upplevs och uppfattas som identisk med den fysiska verkligheten, innebär att de egna känslorna och tankarna uppfattas som absoluta sanningar där även omgivningen förväntas tänka och känna på samma vis. "Jag känner mig tjock, alltså är jag tjock, vilket också alla andra instämmer i".

Det som framkommer som verksamt i behandlingen för patienter med en ätstörningsproblematik är möjligheten att tillsammans med annan identifiera affekter och stabilisera känslouttryck inom den terapeutiska ramen. Alliansen med behandlaren och tilliten i relationen byggs upp, speglar och ger möjlighet till ett utvecklande av en sammanhängande självupplevelse och identitet hos patienten. Möjligheten att symbolisera och uttrycka behov genom denna typ av mentaliseringsbaserat förhållningssätt från terapeutens sida ger ett utrymme för läkande och växande hos patienten (Skårderud, 2007b).

Den egna motivationen en viktig vändpunkt. De viktiga vändpunkter som lyftes fram i deltagarnas berättelser kan sammanfattas i att de inom sig funnit en inre motivation, en egen personligt färgad drivkraft att våga förändra. Resultatet indikerar att vitala faktorer för att våga stegen mot förändring var en kombination av omgivande miljö, inre motivation och behandlingsstöd, där alla tre kan ses som betydelsefulla och samverkande komponenter för tillfrisknandet. Det som av flera av deltagarna beskrevs som viktig vändpunkt var önskan om ett "vanligt" liv och att de på allvar insåg att de behövde sin kropp för att kunna arbeta, studera, umgås med vänner, eller skaffa barn och familj. De beskrev en trötthet över sjukdomen som gjorde att de till slut valde att berätta och att detta blev en vändpunkt i sig. Viktigt var även att våga släppa på de höga prestationskraven för att kunna ta stöd och hjälp av behandlingspersonal.

I en studie av Pettersen, Thune-Larsen, Wynn och Rosenvinge (2013) med fokus på att undersöka de utmaningar man som patient ställs inför under de senare delarna av sin behandling, framkom fyra områden relevanta för att komma vidare i den personliga tillfrisknandeprocessen. Det första området rörde insikten om de negativa konsekvenser ätstörningen medfört och ett bearbetande av sorgen över all den tid och energi som tagits i anspråk för att kontrollera maten, kroppen och vikten. Ett andra område berörde utvecklandet av alternativa strategier som skulle kunna ersätta de tidigare ätstörningssymptomens funktion. Det tredje området handlade om ett utforskande av vad normalitet och identitet skulle kunna innebära i det egna livet utan ätstörningen. Den fjärde och sista kategorin av

utmaningsområden handlade om att finna en acceptans för sitt tidigare liv med ätstörning och ett arbete med nyorientering, omstrukturering och försoning.

Malson et al. (2011) poängterar den roll den egna inre visionen av en möjlig framtid utan sjukdomen har för motivationen att bli frisk. Under behandlingen beskrev flera av informanterna att vändpunkten kommit en bit in i behandlingen, där de insett vidden av sin sjukdom och begränsningarna denna inneburit i deras liv och de hinder den skapar för framtiden. Betydelsefulla relationer medförde drömmar om någonting annat, som gjorde det möjligt att bryta de destruktiva mönstren.

Livet efter behandling. Deltagarna i studien beskrev upplevelsen av en generell ökad förmåga till självomhändertagande, med en större acceptans för sig själva och sina fel och brister, efter avslutad behandling. Tankarna kring mat, kropp och vikt fanns fortsatt kvar, men man beskrev en möjlighet att idag kunna välja bort dem. Samtliga kvinnor uttryckte att de upplevde en större acceptans för sig själv och för att det ibland blev fel, ett misslyckande uppfattades inte längre som ett lika stort hot mot självkänslan. Rädslan för kontrollförlust upplevdes ha minskat och tilliten till det egna själv och egenvärdet ha ökat. Björk (2008) beskriver detta i sin avhandling, där hon förmedlar patienternas uppfattningar av förändringen och effekterna av tillfrisknandet efter en ätstörningsproblematik. Upplevelsen av ett mer avspänt och accepterande förhållande till sig själv, sin kropp och till sin sociala miljö är det som framhålls som viktiga faktorer. Denna studies resultat sammanfaller väl med de erfarenheter och upplevelser kvinnorna i vår studie beskrev. I kvinnornas berättelser framkom en upplevelse av att på ett tydligare sätt än under sjukdomstiden kunna sätta gränser för sig själv och andra. De förmedlade att det var ett ständigt pågående arbete att hitta acceptans för sig själva och sin kropp, samt att de efter tillfrisknande i större utsträckning tog hjälp av andra för att kunna härbärgera känslor och tankar. Kroppen var inte längre på samma vis bärare av självdestruktivitet och oönskade affekter.

Trots att frågan kring hur många patienter som tillfrisknar beskrivs som mycket viktig, är svaret långt ifrån självklart, då det inte finns någon konsensus inom forskningsvärlden kring hur begreppet frisk från en ätstörning skall definieras. Är man frisk då man som anorektiker kan äta på ett normaliserat vis och har uppnått normalviktighet, eller om man som bulimiker slutar hetsäta och kompensera via kräkning? Kort sagt handlar tillfrisknade enbart om att man inte längre uppfyller de diagnostiska symptomkriterierna, eller behöver vi även ta med andra aspekter som mått på tillfrisknande? Noordenboos och Seubring (2006) påpekar i

sin studie att inte bara förändrat ätbeteende och vikt rehabilitering är viktiga mätpunkter för ett tillfrisknande, utan även förmågan till psykologiskt, känslomässigt och socialt fungerande.

Slutsats

Utifrån studiens syfte, att få en djupare förståelse av och ökad kunskap om hur vuxna patienter som tillfrisknat från en ätstörning uppfattade och förhöll sig till sin sjukdom och tillfrisknandeprocess, visar resultatet på en komplexitet dels vad gäller sjukdomsdebut, dels avseende behandling och tillfrisknande från ätstörningssjukdomen. I studien framkommer att sjukdomsdebuten föregicks av kris, separation och/eller rollförändring som utlöste ätstörningen. Bakomliggande faktorer som beskrevs var otrygga anknytningsmönster, brister i självutveckling och ett behov av bekräftelse via prestation. Vägen till behandling beskrevs som en lång process med hinder i form av skamkänslor, ambivalens inför att be hjälp, samt bristande sjukdomsinsikt. Delaktighet, vikten av ett icke-värderande bemötande, samt upplevelsen av att bli sedd ut ett helhetsperspektiv lyfts som viktiga faktorer i behandlingskontakten. Vitalt för ett positivt behandlingsutfall var också den inre motivationen i kombination med professionellt stöd och en stödjande omgivning. Resultatet påvisar någon form av vändpunkt där lidandet i sjukdomen övervägde framför sjukdomsvinsterna, vilket ledde till att man motiverades att aktivt ta del i sin behandling och tillfrisknandeprocess.

Metoddiskussion

Till studien har valts en kvalitativ metod med en explorativ ansats, där syftet är att genom semistrukturerade intervjuer utforska och belysa informanternas berättelser och erfarenheter av sin ätstörningsproblematik och deras väg mot ett tillfrisknande. Den semistrukturerade intervjun (bilaga III) har valts för att försäkra om att det material som insamlats är relevant för studiens syfte och frågeställningar. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är den semi-strukturerade intervjun att föredra som ett sätt att säkerhetsställa att intervjun fokuseras kring för studien relevanta områden. Svagheter avseende detta metodval är att frågorna kan uppfattas som ledande och därmed styra deltagarnas utsagor (Kvale & Brinkmann, 2009). I intervjumallen har därför valts att så långt det är möjligt formulera frågorna på ett övergripande och öppet vis, där vi också har givit oss frihet att ställa följdfrågor i syfte att nå de deltagandes personliga upplevelser. En möjlig begränsning med metodvalet är att informanterna av olika skäl kan undanhålla viss information eller känna sig begränsade i vad de delger utifrån att de kan uppleva sig obekväma i intervjusituationen eller att delar av ämnet kan uppfattas som svårt att tala om.

I en kvalitativ studie är syftet att undersöka individers livsvärld och deras upplevelse av ett visst fenomen och sammanställa de subjektiva berättelserna som de upplevts av deltagarna. Polkinghorne (2005) poängterar att i kvalitativ forskning värderas validitet utifrån studiens förmåga att ge en fördjupad och nyanserad förståelse av den subjektiva upplevelsen. För att sammanställa materialet används en tematisk analysmetod. Valet av induktiv tematisk analys görs då det är en relativt lättillgänglig metod där man på ett tydligt vis kan följa de olika stegen i databearbetningen. Metoden minskar även risken för feltolkningar, då man genom denna analysmetod sätter in allt intervjumaterial under de teman som utkristalliserar sig (Braun & Clark, 2006). Vi valde i studien att inte transkribera materialet, vilket är ett avsteg från den ursprungliga metoden. Motiven till detta är att vi genom lyssning, i vår bearbetning av materialet, har velat komma så nära de ursprungliga utsagorna som möjligt, samt inte tappa nyanser i språk och uttryck. Polkinghorne (2005) menar att mycket av den kontextuella informationen som förmedlas i intervjun försvinner vid transkribering.

Vissa delar i datamaterialet kan relateras till flera teman. Valet blev då att lägga dessa delar under det tema som bedöms bäst förklarade utsagan. Ponteretto (2005) beskriver att när en utsaga har flera olika meningar, skattas den kvalitativa studiens validitet utifrån studiens förmåga att ge en nyanserad bild av det studerade fenomenet. Målsättningen för redovisningen av studiens resultat är att ge en tydlig gestaltning och peka på sammanhang mellan de olika faktorer som undersöktes. Genom att intervjuerna genomlyssnades flera gånger i sin helhet under arbetets gång tänks detta öka också möjligheten att uppfatta dessa samband, vilket bör anses vara en god grund för tolkning av innehållet.

I studien har resultatet av de tematiska analyserna belysts med citat såsom de ordagrant uttrycks av informanterna som ett sätt att skapa transparens, förtydliga och stärka kopplingen mellan de faktiska utsagorna och tolkning av dessa. Att presentera citat i kvalitativa analyser är ett sätt att värna om validiteten, eftersom det ger läsaren en möjlighet att bedöma grunden för tolkningarna. Det är dock viktigt att ha i åtanke att de citat som presenteras är valda av de personer som genomfört analysen (Kvale, 1997). I studiens resultatdel valdes att inte citera de frågor som författarna ställer till de deltagande. Detta kan ses som en brist avseende transparens, då samspelet mellan intervjuare och informant inte tydliggörs i citaten.

I en kvalitativ analysmetod bör man som forskare alltid ta i beaktande den egna förförståelsen och de egna subjektiva erfarenheterna som viktiga inverkanse faktorer i tolkningsarbetet (Olsson, 2008). Naturligtvis påverkar forskarens egen förståelsevärld det material som utforskas. Ponterotto (2005) menar att den intersubjektiva interaktionen mellan

forskare och informant är nödvändig för att få kunskap om informantens upplevelser och att forskarens förkunskaper i sig inte utgör ett hinder i forskningen, utan snarare är det redskap genom vilken kunskapen kan erhållas. Detta under förutsättning att en reflekterande process pågår kring de egna subjektiva uppfattningarna (Kvale & Brinkmann, 2009).

Att vi är två kan i viss mån ha motverkat en alltför subjektivt färgad tolkning och alltför ensidigt perspektiv, då vi under arbetets gång gemensamt reflekterat och diskuterat i syfte att uppnå konsensus där vår förståelse av materialet skiljt sig. Genom vårt val av teoretiska utgångspunkter i studiens inledande del har vi även försökt att redovisa och tydliggöra vår teoretiska förförståelseram på ett överskådligt vis.

Ambitionen med denna studie är att lyfta fram de individuella upplevelserna och via dessa få en fördjupad förståelse för och ökad kunskap om informanternas tankar och erfarenheter kring sjukdom, behandling och tillfrisknande. Vårt mål är därmed inte att finna resultat som är objektivt generaliserbara. Detta förhållningssätt har även varit styrande för vårt urval vid rekrytering av informanter till studien. En medvetenhet om att urvalskriterier även kan innebära att värdefull information går förlorad, då det också exkluderar presumtiva informanter, är viktigt att ta i beaktande för denna typ av studie. Polkinghorne (2005) poängterar dock betydelsen av att rekrytera de deltagare som kan ge just den information som är mest relevant för det fenomen som undersöks. Av den anledningen har urvalskriterierna utformats i syfte att försäkra om att de personer som rekryterades haft en ätstörningsdiagnos som de tillfrisknat ifrån och även deltagit i behandling, samt att de kunde dela med sig av sina erfarenheter. Att deltagare till studien rekryterades via tre specialiserade ätstörningsmottagningar där behandlare på dessa mottagningar tillfrågades om presumtiva informanter, var ett sätt att borga för att urvalskriterierna uppfylldes. Selektionen fick därmed även delvis styras av dessa nyckelpersoners urval på respektive mottagning, vilket kan ha påverkat både valet av deltagare och i förlängningen även resultatet.

Inom studiens omfattning och tidsram bedömdes det lämpligt med åtta intervjuer. Detta kan ses som en begränsning för studiens resultat och validitet. Kvale (1997) anger att riktlinjerna för antal intervjuer som genomförs i en kvalitativ studie varierar, men att riktlinjen för när man har tillräckligt många respondenter är att man inte får någon ny information av att genomföra fler intervjuer. Informations- och upplevelsemässigt har en mättnadspunkt uppnåtts. Denna mättnad uppfattar vi inte att vi uppnått fullt ut.

Deltagarna har olika erfarenheter och har genomgått olika typer av behandling, behandlingsinnehåll och behandlingens längd har varierat mellan individerna, vilket utgör en tydlig begränsning avseende generaliserbarhet och validitet. Informanterna skiljer sig även åt

vad gäller typ av ätstörningsdiagnos, vilket också kan utgöra ett hot mot validiteten. Då den teoretiska utgångspunkten och syftet med studien inte är att jämföra de olika diagnosgrupperna, utan att utifrån ett transdiagnostiskt perspektiv utforska likheter och olikheter i deltagarnas egna erfarenheter oavsett typ av ätstörningsdiagnos, ser vi inte detta som ett hinder.

Etisk diskussion

I våra etiska ställningstaganden har vi i första hand uppmärksammat och förhållit oss aktsamt till individen med hänsyn till och respekt för dennes integritet och anonymitet. I första skedet av datainsamlingen kontaktades verksamhetschefer på de berörda ätstörningsmottagningarna, detta skedde genom ett formaliserat brev (bilaga IV) och efter ett godkännande av dessa kontaktades behandlare på de tre specialiserade ätstörningsmottagningarna. Dessa terapeuter valde, utifrån de kriterier som formulerats av författarna, ut deltagare, vilka i första skedet kontaktades av respektive behandlare. Efter ett godkännande från informanterna med ett muntligt samtycke till att ta del av ytterligare information om studien, kontaktade författarna deltagarna via telefon och sedermera tog deltagarna även del av en skriftlig information kring studien (bilaga I). Intervjun ägde rum på en plats gemensamt bestämd av intervjuare och deltagare under trygga former och med en semistrukturerad intervjuguide som stöd. I samband med intervjun informerades deltagaren om Vetenskapsrådets (2002) etiska krav, vilka i korthet är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, samt nyttjandekravet. Ett skriftligt samtycke undertecknades (bilaga II). Det etiska kravet under datainsamlingen stärktes av författarnas erfarenhet och yrkeskompetens i samtalsterapi. Under bearbetningen av materialet har hänsyn tagits till att på ett respektfullt, transparent och korrekt sätt redovisa informanternas utsagor. Här har vi i enlighet med god vetenskap försökt undvika oseriösa eller alltför långt dragna slutsatser. Vad gäller fasen presentation och publicering av det examinerade arbetet föregås denna av en god etik i de tidigare faserna. Arbetet med studien har under hela processen föregåtts av direkt och nogsam diskussion med disputerad och erfaren handledare för att säkerhetsställa studiens etiska kvaliteter.

Framtida forskning

I arbetet med studien och i kontakten med forskning och litteratur har vi stött på en mängd svårigheter kring definitioner av diagnosgruppen ätstörning, såsom diagnoskriterier med uppdelning i underdiagnoser utifrån divergerande symptombilder. Mycket av dagens

forskning tycks fokusera på de specifika symptomen, som anges i diagnosystemen DSM och ICD, vilka är så kallade deskriptiva diagnosystem, det vill säga utformade utifrån förekomst, frekvens och duration av manifesta symptom. I ätstörningarnas symptomvärld ligger fokus på undervikten, viktfobin, de olika typerna av kompensation i form av kräkningar, den fysiska överaktiviteten, hetsätningarna och den störda kroppsuppfattningen i relation till vad som benämns som självkänsla. Komorbiditet mellan ätstörningar och andra psykiatriska diagnoser är enligt forskningen vanligt förekommande. En vanlig kombination är ätstörning och personlighetsstörning, liksom samsjuklighet med depressions-, tvångs- och ångesttillstånd. En svårighet vid diagnosticering och behandling är patientgruppens heterogenitet, dels att de olika underdiagnoserna överlappar varandra, dels förekomsten av samsjuklighet med andra psykiatriska ohälsotillstånd. I de artiklar och studier som vi funnit bedrivs forskning i stort sett uteslutande utifrån gruppen anorektiker eller gruppen bulimiker, vilket innebär att den hittills största diagnosgruppen ätstörning UNS, i stort sett inte är beforskad alls. Vi menar, att det man missar med dessa tankesätt, är de stora likheter som finns mellan diagnosgrupperna, vilket även studiens resultat belyser. Vi efterfrågar därmed mer forskning utifrån ett transdiagnostiskt perspektiv.

Inom området ätstörningar råder idag en stor hegemoni vad gäller behandlingsfokus, där kognitiv beteendeterapi blivit den rådande behandlingstraditionen. Ur forskningssynpunkt är fördelarna med denna typ av manualbaserad behandlingsmetod med så kallat "rena diagnosgrupper" enklare att beforska ur olika forskningstekniska perspektiv, men den kliniska vardagen och i mötet med patienterna ser verkligheten oftast annorlunda ut. I de behandlingar som bedrivs reduceras fokus till den psykopatologi som yttrar sig i de kognitivt dysfunktionella tankar och beteenden som patienten uppvisar (Skårderud, 2009). Varför dessa dysfunktionella kognitiva mönster utvecklas, den underliggande meningen eller funktionen som symptomen fyller, tappas därmed bort. Detta i sin tur menar vi, innebär att diskussionen kring vad som är den psykologiska kärnproblematiken tenderar att försvinna i forskning kring ätstörningsproblematik. Resultatet i denna studie tyder på att den bakomliggande problematiken kan bero på svårigheter i patientens själv- och affektregleringsfunktioner i kombination med ett otrött anknytningsmönster, vilket i förlängningen ger en försämrad mentaliseringsförmåga. Ett intressant forskningsområde, utifrån vår studie, skulle vara att undersöka sambanden mellan svårighetsgraden avseende ätstörningspatologi och graden av svårigheter vad gäller affekt- och självreglering samt mentalisering. Vi efterfrågar även forskning kring utvecklande av nya alternativa behandlingsformer som tar hänsyn även till de bakomliggande psykologiska svårigheterna som vi menar är utmärkande för patientgruppen.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). Mini-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. (J. Herlofson, Översättning). Danderyd: Pilgrim Press.
- American Psychiatric Association MINI-D 5. (2014). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. (J. Herlofson, Översättning). Danderyd: Pilgrim Press.
- Bamford, B., & Halliwell, E. (2009). Investigating the role of Attachment in Social Comparison Theories of Eating Disorders within a Non Clinical Female Population. *European Eating Disorders Review*, 17, 371- 379.
- Björk, T. (2008). *Measuring Eating Disorder Outcome - Definitions, dropout and patients' perspectives*. (Doktorsavhandling) Örebro Universitet, Institutionen för medicin.
- Blay, S. L., & Espíndola, C. R. (2013). Long Term Remission of Anorexia Nervosa: Factors Involved in Outcome of Female Patients, *PLoS ONE* 8(2): e56275.
Doi:10.1371/journal.pone.0056275.
- 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, 381-396.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fant Masic, A. (2007). *Betydelsen av mängden behandlingsinsatser hos patienter med diagnosticerad ätstörning*. (Magisteruppsats i psykologi) Stockholms Universitet, Psykologiska institutionen.
- Fichter, M. (2003). Predicting the Outcome of Eating Disorders Using Structural Equation Modeling, *Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com)*.
DOI: 10.1002/eat.10193.
- Fonagy, P. (2007). *Anknytningsteori och psykoanalys*. Stockholm: Liber AB.
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E.M.S, Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders*, 23, 206-222.
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research*. Buckingham: Open University Press.

- Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2013). Psychological Factors Predict Eating Disorder Onset and Maintenance at 10-year Follow-up. *European Eating Disorders Review, 21*, 405–410.
- Humanistiska- samhällsvetenskapliga forskningsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.
- Johnson, M. (1997). *On the dynamics of self-esteem – Empirical validation of basic self-esteem and earning self*. Stockholms universitet: Psykologiska institutionen.
- Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior, 81*, 359-374.
- Kohut, H. (1986). *Att bygga upp självet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lejonclou, A., Nilsson, D., & and Holmqvist, R. (2014). Variants of Potentially Traumatizing Life Events in Eating Disorder Patients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*, 661–667.
- Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals. *Eating Disorders, 20*, 216-231.
- Malson, H., Bailey, L., Clarke, S., Treasure, J., Anderson, G., & Kohn, M. (2011). Un/imaginable Future Selves: A Discourse Analysis of In-Patients' Talk About Recovery from an 'Eating Disorder'. *European Eating Disorders Review, 19*, 25–36 .
- Nilsson, K., & Hägglöf, B. (2006). Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders, 14*, 305–311.
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for Recovery from Eating Disorders According to Patients and Therapists. *Eating Disorders, 14*, 41–54.
- Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Josie Geller, J., & Holte, A. (2012). Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 20*, 60–67.
- Olsson, G. (2008). *Berättelsen som utgångspunkt: Psykoterapi i praktik och forskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- O' Saughnessy, R., & Dallos, R. (2009). Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clinical Child Psychology Psychiatry, 14*, 559-574.

- Paulson Karlsson, G. (2012). *Anorexia nervosa - treatment expectations, outcome and satisfaction*. (Doktorsavhandling) Örebro Universitet, Institutionen för hälsovetenskap och medicin.
- Pettersen, G., Thune-Larsen, K. -B., Wynn, R., & Rosenvinge, J. H. (2013). Eating disorders: challenges in the later phases of the recovery process. A qualitative study of patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 92-98.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 137-146.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126-136.
- Prestano, C., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Veso, G. (2008). Group Analytic Therapy for Eating Disorders: Preliminary Results in a Single-Group Study. *European Eating Disorders Review*, 16, 302-310.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Østensen, E. (2000) The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 5, 52-61.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering - Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sansone, R. A., Levitt, J. I., & Sansone, L. A. (2005). The Prevalence of Personality Disorders among Those with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13, 7-21.
- Shore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorder of the self*. New York: W.W. Norton.
- Skårderud, F. (2007a). Eating One's Words: Part III. Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa - An Outline for a Treatment and Training Manual. *European Eating Disorders Review*, 15, 323-339.
- Skårderud, F. (2007b). Eating one's words, Part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa - Theory. *European Eating Disorders Review*, 15, 243-252.
- Skårderud, F. (2007c). Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A Qualitative Descriptive Study. *European Eating Disorders Review*, 15, 81-97.
- Skårderud, F. (2009). Bruch Revisited and Revised. *European Eating Disorders Review*, 17, 83-88.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri kropp-själ-samhälle*. Stockholm: Liber AB.

- Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012). *Playing with embodied reality: Mentalizing and mentalization based treatment for eating disorders*. I A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Steinhausen, H. -C. (2002), The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293.
- Steinhausen, H. -C., & Weber, S. (2009). The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One- Quarter Century of Research. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1331–1341.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 18, (4), 391-420.
- Wade, T. D., Bergin, J. L., Hons, B., Martin, N. G., Gillespie, N. A., & Fairburn, C. G. (2006). A Transdiagnostic Approach to Understanding Eating Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, (7), 510-517.
- Waller, G. (2008). A ‘Trans-Transdiagnostic’ Model of the Eating Disorders: A New Way to Open the Egg? *European Eating Disorders Review*, 16, 165–172.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer - Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Winnicott, D. W. (1981). *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vill du delta i en studie kring hur män/kvinnor som tillfrisknat från en ätstörning uppfattar och förhåller sig till sin tillfrisknandeprocess, vad man upplever som viktiga vändpunkter i sjukdomsförloppet och under sin behandlingstid?

Vi är två kvinnor som studerar på psykoterapeutprogrammet vid Lunds Universitet. I utbildningen ingår som ett sista moment att skriva examensuppsats. Vi har som ämne valt att skriva om hur män/kvinnor som tillfrisknat från en ätstörning upplever sin behandling och tillfrisknandeprocess, vad man upplever som viktiga vändpunkter i sjukdomsförloppet och under sin behandlingstid.

Vi kommer under vintern att intervjua ett antal kvinnor/män om deras upplevelser av sin ätstörningsproblematik. Intervjuerna kommer att bestå av öppna frågor och ta ca 1-1,5 timmar i anspråk. Intervjuerna kommer att ledas av en av oss, ske på en gemensamt utvald plats och kommer att spelas in, detta för att underlätta bearbetningen av informationen till studien. Alla uppgifter som lämnas i intervjun kommer att hanteras konfidentiellt och alla uppgifter kommer att behandlas på ett sådant vis att ingen utomstående i den färdiga studien kommer att kunna koppla deltagarnas berättelser med vilka de är. Det är endast vi som intervjuar som kommer att veta vem som deltagit och vad den enskilda personen har svarat.

Intervjumaterialet kommer att förvaras på ett sådant sätt att utomstående inte kommer åt uppgifterna och kommer, då projektet är slutfört, att förstöras. Som deltagare har du, utan att behöva lämna någon anledning till detta, rätt att avstå från att svara på frågor eller att avbryta intervjun.

Efter slutförandet av vår examensuppsats kommer de som deltagit i studien att få ta del av våra resultat. Uppsatsen kommer att finnas tillgänglig på biblioteket vid Psykologiska Institutionen i Lund. Studien beräknas vara klar juni 2015.

Har du några frågor eller om det är något du undrar över är du välkommen att kontakta oss via telefon eller mail.

Din medverkan är värdefull för oss och vi ser fram emot att få träffa Dig och få ta del av Dina erfarenheter och kunskaper!

Marie Aurell
Socionom

Magdalena Lundman
Leg psykolog

Informerat Samtycke

Jag (för och efternamn textat):

.....

Har läst den skriftliga informationen kring Marie Aurells och Magdalena Lundmans psykoterapeutexamensuppsats och fått möjlighet att ställa frågor.

JA. Jag samtycker till att delta i projektet och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

NEJ. Jag vill inte delta i projektet.

Datum:

Underskrift:

.....

Intervjuguide

Aktuell livssituation

Ålder
Familjesituation, aktuell
Arbete, utbildning
Socialt nätverk

Uppväxt, Familj

Beskriv din familj som den såg ut när du var liten.
Hur skulle du beskriva miljön i din familj?
Vem tröstade dig? Vad gjorde dig trygg?
Kände du dig förstådd av dina föräldrar som barn?
Hur skulle du beskriva din roll i familjen?
Hur var det att börja i skolan?
Hur skulle du beskriva din roll i kamratgänget under första skolåren?
Särskilt viktiga händelser du minns under denna tid, positiva, negativa?

Pubertet, tonår

Hur skulle du beskriva dig själv som tonåring? Tyckte du om dig själv?(fysiskt, psykiskt, sexuellt)
Hur tror du andra skulle beskrivit dig?
Var du oftast nöjd med dig själv?
Hur såg dina relationer ut till din familj och vänner under tonårstiden?
Hur minns du din skoltid, relationer till lärare, klasskamrater positiva, negativa?
Särskilda händelser du minns under denna tid, positiva och negativa?

Sjukdomen, debut, förlopp

Hur började det?
När började det?
Diagnos? Samsjuklighet?
Beskriv dina symtom.
När förstod du själv att du var sjuk?
Hur såg din livssituation ut då?
Varför tror du själv att du blev sjuk?
Hur tror du andra såg på din problematik, ätstörning?

Behandlingskontakt

När och hur kom du i kontakt med vården - sökte du själv eller sökte någon annan först hjälp för dig?
Vad fick dig att söka professionell hjälp just då?
Hur har din behandling sett ut – förlopp, olika typer av behandlingsinsatser?
Hur upplevde du första kontakten med vården?

Upplevde du dig delaktig i din behandling?

Vad tror du själv att du hade behövt för att kunna bli frisk?

Viktiga vändpunkter på vägen mot tillfrisknande

Vad ser du som de viktigaste orsakerna till att du blev frisk?

Ser du några specifika händelser som avgörande för ditt tillfrisknande?

Finns det några händelser som påverkade din sjukdom negativt under behandlingen?

Hur mår du idag

Hur skulle du beskriva dig idag?

Tycker du om dig själv och din kropp idag?

Tycker du att du känner din kropp/vet vad den behöver och tycker om?

Hur gör du idag för att må bra/känna dig trygg

Hur gör du/löser du situationer idag då du känner dig ledsen, arg, trött eller rädd?

Vad är viktigt för dig i en nära relation idag?

Hur ser du på framtiden, har du några drömmar eller fantasier om nu och framåt?

Finns det något annat som du tycker är viktigt att tillägga?

Till Verksamhetsansvarig

Inför det vetenskapliga arbetet som delkurs i psykoterapeutprogrammet har vi som mål att genomföra ett vetenskapligt arbete av empirisk karaktär med relevans för psykoterapeutiskt arbete. Uppsatsarbetet kommer att handledas av Per Jonsson, prefekt Lunds Universitet. Vår ambition är att genom intervjuer belysa vad individer som genomgått en behandling för sin ätstörningsproblematik upplever som vändpunkter i behandlingen och vad som var de viktiga faktorerna för möjligt tillfrisknande. För att kunna genomföra detta arbete önskar vi tillåtelse att kontakta före detta patienter på mottagningen som tillfrisknat från sin ätstörning och sedan minst ett år tillbaka varit i remission från sina ätstörningssymtom. Kontakten med den enskilda patienten kommer att tas via dess tidigare behandlare, utifrån dennes kunskap om patienten, kommer individen tillfrågats och informeras om studien. Personen kommer av sin före detta behandlare tillfrågats om kontaktuppgifter kan utlämnas för vidare information kring studien. Alla information som kommer att innefattas i studien är från de intervjuer som kommer att göras. Författarna kommer inte att ta del av journalanteckningar eller någon annan information. Dessa intervjuer kommer att ske utanför mottagningen.

Informanten kommer att få ta del och informeras kring studien samt har möjlighet att när som helst avbryta denna och deltagandet är frivilligt. All information kommer att avidentifieras. All information och intervjumateriel är under sekretesskydd och informanten garanteras konfidentialitet. Materialet kommer att redovisas utan att kunna kopplas till individer. Någon återrapportering till vårdgivaren kommer inte att ske.
Se även bilaga; uppsatsplan

Marie Aurell & Magdalena Lundman