



”Att vara frisk är att kunna känna rusande
lycka utan anledning”

- Den subjektiva upplevelsen av jaget och
ätstörningen.

Sara Falk

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN
Självständigt arbete grundnivå 42:2014
Hälsopedagogprogrammet 2011-2014
Handledare: Pia Lundqvist Wanneberg
Seminariehandledare: Åsa Bäckström
Examinator: Örjan Ekblom

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att skapa en förståelse för ätstörningsproblematiken utifrån den subjektiva upplevelsen hos personer som är friskförklarade samt perspektivet från en behandlars inom området.

- Hur kan ett ätstörningsbeteende börja och yttra sig?
- Vad får personen motiverad till en förändring av sitt beteende?
- Hur ser förhållandet till kost och träning ut efter en friskförklaring? Vad innebär frisk för den drabbade och för behandlaren?

Metod

En kvalitativ studie som innehåller intervjuer med fem friskförklarade respondenter. En av intervjuerna utfördes muntligt, resterande fyra intervjuades över mail. Deltagarna hade ett åldersspann mellan 20-34 år med olika ätstörningsproblematikbakgrunder. För att få ett bredare perspektiv av problematiken intervjuades även en behandlare inom området. Bearbetningen av intervjun skickades tillbaka till deltagaren för att få ett godkännande, alternativt att respondenten gav respons på korrigerande. I intervjuerna hittades teman som användes för att besvara studiens frågeställningar och syfte.

Resultat och diskussion

Resultaten från studien visar att personlighetsdrag som perfektionism och kontrollbehov förekom bland de drabbade, likaså en rädsla för att misslyckas. Det är något som tidigare forskning också konstaterar. Det var de tidskrävande och energitömande i sjukdomen som bland annat fick respondenterna att vilja göra en förändring. Respondenterna upplever friskhet som ett avstånd till sjukdomen, där "jaget" och sjukdomen blir separerat. Vidare berättar respondenterna att deras förhållande till fysisk aktivitet är idag avspänt och upplevs som en glädjefylld stund snarare än ett tvång och en ångestdämpandestrategi.

Slutsats

Studien kan ge en förståelse för såväl personer som lider av en ätstörning liksom närstående och personer som arbetar inom det berörda området. Denna studie kan underlätta förståelsen av ätstörningsproblematiken, hur friskförklarade beskriver sina upplevelser både i sjukdomstillståndet med även efter en friskförklaring.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund	2
1.2 Ätstörningsgrupper.....	3
1.2.1 Anorexia Nervosa	3
1.2.2 Bulimi Nervosa.....	4
1.2.3 Ätstörningar UNS	5
1.3 Att bli frisk från sin ätstörning.....	6
1.4 Faktorer.....	9
1.5 Ätstörning, också ett missbruk – En teoretisk utgångspunkt.....	11
1.5.1 Hur en missbrukspersonlighet uppstår.....	11
1.5.2 Missbrukets tre olika stadier	11
1.6 Forskning om ätstörningar.....	13
1.6.1 Forskning om behandling av ätstörningar.....	15
1.7 Syfte och frågeställningar	17
2. Metod.....	17
2.1 Val av metod.....	17
2.2 Urval.....	18
2.2.1 Kriterier	19
2.3 Arbetsgång.....	19
2.3.1 Analys och databearbetning	21
2.4 Etiska överväganden	21
2.5 Svårigheter, Pålitlighet och Trovärdighet.....	22
3. Resultat	23
3.1 Hur kan ett ätstörningsbeteende börja och yttra sig?	23
3.1.1 Drabbade	23
3.1.2 Behandlaren.....	26
3.2 Vad får personen motiverad till en förändring av sitt beteende?.....	28
3.2.1 Drabbade	28
3.2.2 Behandlaren.....	31
3.3 Hur ser förhållandet till kost och träning ut efter en friskförklaring? Vad innebär frisk för den drabbade och för behandlaren?	34
3.3.1 Drabbade	34
3.3.2 Behandlaren.....	37

4. Diskussion.....	38
4.1 Utveckling och yttrande	38
4.1.1 Teoretisk utgångspunkt.....	38
4.1.2 Bakgrund och tidigare forskning	39
4.2 Behandlingar och metoder.....	42
4.2.1 Bakgrund och tidigare forskning	42
4.2.2 Motivation	42
4.3 Friskhet och förhållandet till kost och fysisk aktivitet	44
4.4 Sammanfattande diskussion	45
4.5 Slutsats och vidare forskning.....	45

Bilagor

Bilaga 1 – Käll- och litteratursökning

Bilaga 2 – Grundbegrepp och definitioner

Bilaga 3 – Förtydligande beskrivning av definitionen på de olika ätstörningarnas kriterier enligt DSM-IV.

Bilaga 4 – Översyn på 11 kriterium för tillfrisknande enligt Noordenbos

Bilaga 5 – Hur patienterna samt terapeuterna rangorner de olika faktorernas meningsfullhet under behandling

Bilaga 6 – Intervjufrågor drabbade

Bilaga 7 – Intervjufrågor behandlare

Tabellförteckning

Tabell 1.....	19
Tabell 2.....	19

1. Inledning

”I dag predikas ökad rörelse och minskat kaloriintag som om alla unga behöver detta. Många gör det, men det finns ett stort antal unga som inte behöver höra detta, nämligen alla de som redan tränar eller är alltför fokuserade vid sin vikt” (Tolgfors 2005).

Dagligen kan vi läsa om och höra hur vi kan leva hälsosamt genom kost och träning. Det finns också en baksida till den så kallade hälsosamma livsstilen, något som f.d. handels- och försvarsminister Sten Tolgfors (m) konstaterar i citatet ovan.

Nya bantnings- och förbränningsmetoder rapporteras, liksom olika tabeller i form av exempelvis kaloriinnehåll eller kaloriförbrukning. I Folkhälsoinstitutets (FHI) rapport *Ett liv av vikt* (1999, s. 12, 80 f.) nämns det att samhället och modeindustrin betonar en smal och vältränad kropp. Enligt FHI exponeras vi ständigt av hur vi människor ”bör” leva nyttigt och hälsosamt. Som ovanstående stycke nämner finns det en baksida med den så kallade hälsosamma livsstilen. (Statens Folkhälsoinstitut 1999, s. 12, 80 f.) Kunskapen om ett överdrivet beteende när det gäller träning och kost kan upplevas bristfällig. Den hälsosamma livsstilen kan bli ohälsosam när vardagen styrs av att alltid tänka på vad och hur vi äter, hur mycket vi ska träna samt räkna kalorier. Många studier fokuserar på fysisk aktivitet och dess positiva verkan på vår hälsa. Samtidigt som dagens samhälle vill förmedla en god och hälsosam livsstil, menar Sveriges riksdag att de hittills inte varit beredda på att göra något åt kunskapsuppbyggnaden kring ätstörningsområdet (Tolgfors 2005). Riksdagen betraktar ätstörning som en projektverksamhet. Det nämns att kunskapsområdet om problematiken är för okänt för att kunna bryta den onda spiralen. (Tolgfors 2005)

Lika som att överträning kan ses som svårdefinierat (Schäfer Elinder & Faskunger 2006, s. 36), är också gränsen mellan normalt och sunt förhållningssätt till mat och intag inte helt självklar. Enligt Björck & Ekeröth (2012, s. 16) talas det om en riktlinje, om ätandet har en negativ påverkan för personens välbefinnande och fysiska hälsa snarare än den fysiska hälsan påverkar (utan att kunna förklaras av annan sjukdom) ätandet, kan det handla om en ätstörning.

Människan strävar nästan alltid efter att vara perfekt, både för sig själv och inför andra. Det finns en bild från samhället om vad perfektion innebär, en missbrukare driver sig själv till denna bild. En anorektiker svälter sig i sin strävan efter att få den perfekta kroppen medan en

arbetsnarkoman har en strävan efter att nå toppen. Strävan efter att vara perfekt driver oss mer och mer bort från jaget (Bilaga 2). Jaget blir mer likt ett objekt, en maskin, som för oss bort från det mänskliga. (Nakken 1996, s. 78) Craig Nakken är en familjeterapeut och rådgivare inom missbruk- och relationsfrågor, han (1996, s. 78) skriver att människan inte är perfekt: ”Människor är inte perfekta varelser och kommer aldrig att bli det” och menar att strävan efter perfektion orsakar frustration, stress och ensamhet. Skamkänslor skapas då personen inte kan bli perfekta. Strävan efter att bli bättre är inget fel, dock verkar samhället se placeringen av resultatet som det viktiga snarare än den bakomliggande processen till resultatet. Liksom resultat har kontroll en stor betydelse för en person med missbruksproblem, det handlar mycket om att kunna kontrollera sitt resultat. (Nakken 1996, s. 74, 76, 79) Enligt Nakken har människan en förväntan från samhället att ha kontroll på vad vi gör och hur vi gör det. När vi inte kan kontrollera händelser ses det som en dålig egenskap. Detta kan också ses i samhället under det naturliga åldrandet, där människor tror att processen kan avta om de gömmer sig i en ungdomsfixering. (Nakken 1996, s. 76,79)

Att ta sig igenom en ätstörning innebär så mycket mer än bara vikt och kost (Björck & Ekeroth 2012, s. 25-28,44-48). Den bristande forskningen kring balans mellan en hälsosam livsstil och tendensen till ett sjukligt kost- och träningsbeteende, är ett område som är värt att få mer kunskap om. ”Man ser det som man redan tror, det är därför viktigt att leta vetenskap och studier kring det du inte tror på, detta för att inte få en konfirmeringsbias”¹. Så som också Clinton & Norring (2009, s. 54) nämner, är det lika svårt att sammanfatta utfall av en ätstörning som att säga om glaset är halvtomt eller halvfullt, det beror på vem frågan ställs till och dennes perspektiv. Den bristande forskningen om balansen mellan en hälsosam livsstil och ett osunt förhållande till kost- och träning, är ett område som kan vara betydelsefullt att beröra. Såväl personer som arbetar med och för hälsa bör ha kunskap om ätstörningsproblematiken. Tillsynes att det kan vara betydelsefullt för närstående att förstå problematiken och dess innebörd för den drabbade. Tanken med följande studie är att öka förståelsen till ätstörningsproblematiken.

1.1 Bakgrund

Den vanligaste gruppen är ätstörning Utan Närmare Specifikation (UNS), denna diagnosgrupp har flera undergrupper. Björck & Ekeroth (2012, s.19) skriver att de cirka 50-60 % av alla

¹ Citat från Civilingenjör Med. Dr. Dagfelt, K. (2013) *Idrottsvetenskap och forskningsmetodik III: Vetenskapliga metoder*. Gymnastik och Idrottshögskolan: Stockholm

ätstörningsfall tillhör gruppen UNS. I ett studiematerial för dig som behöver veta mer om *ätstörningar* uppskattas ca 6 % av de sökande för ätstörning lida av Anorexia Nervosa (AN), 24 % av Bulimi Nervosa (BN) och ätstörningar UNS med hela 71 % (Frisk & Fri 2012, s. 2 f.). Det vill säga, UNS är den vanligaste gruppen som sedan följs av BN och därefter AN. Kriterier som används för att klassificera diagnoserna visas i bilaga 3, och grundas från det amerikanska klassifikationssystemet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)(Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.2000, s. 539-550).

I *prevention av ätstörningar – kunskapsläget idag* (Swanberg 2006, s. 6) framgår det att AN har en punktprevalens på ungefär 0,2-0,4 % av svenska kvinnor mellan åldrarna 12-25 år. Med punktprevalens menas en andel som får diagnosen vid en viss tidpunkt. Anorexia är tio gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Vidare skriver Statens Folkhälsoinstitut att insjuknandet av AN har ett brett spann, 8-40 nya fall per 100 000 kvinnor och år. Punktprevalensen för BN är ungefär 1 % och gällande ätstörningar UNS sägs det förekomma 3-4 gånger oftare än de specifika ätstörningarna, det vill säga AN och BN. (Swanberg 2006, s. 6)

1.2 Ätstörningsgrupper

Följande beskriver de olika ätstörningsgrupperna.

1.2.1 Anorexia Nervosa

För personer som lider av AN finns en stark viktfoxi och kännetecknas av bland annat svält, viktnedgång och undvikande av mat med mycket kalorier, fett eller socker. (Frisk & Fri a; Björck & Ekeröth 2012, s.17) En anorektiker har i syfte att vara så smal som möjligt och att kunna hålla ett begränsat kostintag. Många anorektiker har tankar om mat, samlar recept och lagar mat. Dessa handlingar brukar kunna förstärkas vid svälttillstånd. American Psychiatric Association (APA) (DSM-IV-TR.2000, s. 539-544) skriver att förutom amenorré kan förstoppning, letargi och överskottsenergi förekomma vid AN, men framförallt avmagring, hypotermi, hypertension och torr hud.

Hos en anorektiker finns det både fysiska- så som psykiska symtom. Fysiska symtomen som bland annat undervikt, låg puls, lågt blodtryck, mensbortfall/lägre spermaproduktion, muskelsvaghet, sänkt ämnesomsättning och yrsel. Psykiska symtom visas bland annat i

koncentrationssvårigheter, sömnproblem, matfixering, bantning, viktfoxi, tvångssymtom och undvikande beteende. (Frisk & Fri a; Björck & Ekeroth 2012, s.17f)

AN patienter har mindre än 50 % chans till ett tillfrisknande efter 10 år (Björck & Ekeroth 2012, s. 21). Anorektiker har en mortalitetssiffra på 10 %. Dieter eller överdriven träning är ett måste och används som en ångstdämpande strategi. Anorektiker har en viktneđgång på minst 15 % av den normala vikten, det finns en stor rädsla för att gå upp i vikt eller att bli tjock trots sin undervikt. Denna grupp har svårt att fungera normalt i vardagen eftersom vi dagligen möts av kost och i många fall styrs av kosten. (Södersten & Bergh 2003, s. 431-434; Sjöberg & Andersson 2005, s. 18-21)

1.2.2 Bulimi Nervosa

Personen som lider av BN, hetsäter och kompenserar sitt intag på olika självrensande sätt, exempelvis med kräkningar, laxermedel eller överdriven träning. Ett av kriterierna för BN gruppen är att hetsätning eller kompensationerna äger rum två gånger per vecka i minst tre månader. (Frisk & Fri, b; Södersten & Bergh 2003, s. 431-434; Sjöberg & Andersson 2005, s. 18-21) Bulimiker har en bättre prognos till tillfrisknande, dock har visat sig att 1/3 del av patienterna fortsätter med hetsätning och självrensning. (Södersten & Bergh 2003, s. 431-434) Bland bulimiker uppskattas 50-75 % bli friska, 20-30 % förbättras och 10-25 % fortsätter att lider av sjukdomen (Björck & Ekeroth 2012, s. 22).

Bulimiker, liksom anorektiker, vill gå ner i vikt och äter periodvis för lite fram till dagen då ”kontrollen tappas” vilket leder till hetsätning. En olustig känsla väcks av värdelöshet av att inte ens kunna kontrollera maten. Hetsätningen sker vanligen i hemlighet och pågår ofta tills obehag eller smärta kommer. Den utlöses ofta vid känslomässiga stunder men även vid stress. (DSM-IV-TR.2000, s. 545-550) Detta missbruk kan hållas hemligt en längre tid. En skillnad mellan AN och BN är ”synligheten” av de olika tillstånden. BN är mer osynlig då kroppsvikten ofta är normal medan anorektikers sjukdom kan visas på flera sätt, exempelvis synliga skelettdelar på kroppen. En bulimiker får därför inte alltid samma stöd eller uppmärksammas inte på samma sätt som en anorektiker. (Sjöberg & Andersson 2005, s.18-21)

Psykiska symtom som kan uppvisas är bland annat, depression, trötthet, humörsvängningar och koncentrationssvårigheter. Vad gäller fysiska symtom kan det visas bland annat på mag- och tarmproblem, menstruationstörningar, frätskador på tänder och muskelsvaghet. (Frisk & Fri, b)

Detta sjukdomstillstånd uppskattas vara vanligare än AN och förekommer hos ca 1-2 % av befolkningen (Björck & Ekeröth 2012, s. 18).

1.2.3 Ätstörningar UNS

Ätstörning UNS eller Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS), också kallad en atypisk ätstörning, är en benämning för de personer som inte kan specificeras vilken typ av ätstörning dem lider av. Symtomen kan likna både BN eller AN, men uppfyller inte alla kriterier (Bilaga 3) inom de nyss nämnda diagnoserna. (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2013; Sjöberg & Andersson 2005, s. 18-21) Nedan presenteras UNS under grupper.

Idrottsanorexi

Idrottsanorektikers beteende kan visas i ett intensivt tränande samt restriktivt ätande, även här finns en rädsla för att öka i vikt. Denna grupp kan vara svår att identifiera då det finns flera likheter med en elitsatsning. Som exempelvis ett stort intresse för kost, ett kontrollerat kaloriintag, stora träningsmängder. Amenorré kan också förekomma. Skillnader mellan idrottsanorexi och en elitsatsning kan bland annat vara att anorektikerns träning leder till minskad muskelmassa, huden och håret förändras samt att på längre sikt kan negativa konsekvenser förekomma och prestationen minskar. (Sjöberg & Andersson 2005, s. 18-21)

Ortorexi Nervosa

Ortorexi Nervosa (ON) tillhör ätstörningar UNS. Personer med ON är fixerade av en strikt hälsosam kost och överdriver ofta träning eller motion (Sandeberg et al. 2009, s. 47). Ortorektiker har ett tvångsmässigt beteende när det gäller kost och träning, där livet i huvudsak går ut på att träna för att äta istället för att se matens betydelse för träning och ett välbefinnande liv. En ortorektiker mår dåligt inombords, har mycket ångest och stort kontrollbehov, medan utsidan visar en stark, frisk och vältränad person. (Sjöberg & Andersson 2005, s. 18-21)

Hetsättningsstörning/ Binge Eation Disorder (BED)

Denna undergrupp är den enda UNS gruppen som har egna diagnostiska kriterier. Personer som lider av detta äter en stor mängd mat, men till skillnad från BN så kompenseras inte ätandet vilket ofta leder till viktuppgång. Denna grupp av personer är ofta överviktiga och humöret skiftar ovanligt mycket. Vanligt förekommande är att personerna har ett dåligt samvete över sitt beteende. (Frisk & Fri, c)

1.3 Att bli frisk från sin ätstörning

Behandlingsområdena för ätstörningar kan se olika ut. Dagvård är en relativt intensiv behandling med möjlighet för stöd till måltider, samtal i grupp och individuellt. För personer med stor undervikt kan heldygnsvård vara ett alternativ. För lindrigare ätstörningsproblematik kan primär- och skolvård samt ungdomsmottagningar vara ett alternativ. (Björck & Ekeroth 2012, s. 28 f.)

Många faktorer avgör behandlingen för ätstörningar, exempelvis ålder, problematik och svårighetsgrad. Som både Björck & Ekeroth (2012, s. 25) och Kunskapscentrum För Ätstörningar (KÄFS), som är en del av Stockholms läns landsting (2010c), nämner ger en tidigare behandling en bättre prognos mot ett tillfrisknande. Inom ätstörningsbehandling kan det antingen fokuseras på frågor som handlar om hetsätning, självrensning, vikt och bantning, eller frågor rörande självkontroll, familjehistoria, självkänsla och olika copingstrategier. Till en början måste vikten återställas och svälttillståndet måste avta. Genom att införa regelbundna och näringsrika måltider samt lära personen i fråga vad en lagom portion är och känna igen signaler för hunger, sug och mättnad. (Björck & Ekeroth 2012, s. 25 f.) I början av en behandling brukar en matanames göras för att tydliggöra vad, hur och när patienten äter. Viktuppgången för en mycket underviktig person måste ske i lagom takt, och maten bör nämnas som medicin inför den drabbade personen. I vissa ätstörningstillstånd som exempelvis BN kan farmakologisk behandling behövas. (Björck & Ekeroth 2012, s. 27 f.) Liksom maten kan fysisk aktivitet bli ohälsosam och tvångsmässig genom att den får kompensera för det som ätits, framförallt för ätstörda personer med ångest. Det krävs att hitta en balans mellan kost och träning samt tydliggöra att energi i form av mat behövs för att kroppen ska orka och kunna vara aktiv. Då den drabbade har stor undervikt eller verkar ha ett tvångsmässigt förhållande till fysisk aktivitet kan motionen behöva begränsas. Personen bör istället uppmanas till socialt umgänge. (Björck & Ekeroth 2012, s. 45 f.) Björck & Ekeroth (2012, s. 46) menar att fysisk aktivitet ska ge en positiv upplevelse snarare än en ångestdämpande strategi.

Behandlingen av ätstörningar kan delas in i tre faser. Den första fasen innefattar beteendeterapi. Inom beteendeterapin förklaras den onda kognitiva cirkeln. Den drabbade blir instruerad att föra dagbok över sitt ätande och handlingar som sker. I denna fas ska det också ske en regelbundenhet i personens matintag. I fas två ingår kognitiv terapi, där terapeuten talar för en

fortsatt regelbundenhet till kosten med hjälp av dagboken samt hur den drabbade ska kunna hantera sina motgångar, såsom hitta argument för att kunna dra slutsatser till den nya grundinställningen om sig själv. I fas tre utförs en plan för att förhindra återfall. (Clinton & Norring 2009, s. 149-156)

Kroppsinriktad behandling förekommer vid behandling av ätstörningar, för att öka så väl självkänsla såsom kroppskännedom. Avslappnings-, kroppskännedom- och andningsövningar är några av de metoder som används. (Clinton & Norring 2009, s. 137-141) Under behandling av ätstörningar är kognitiv beteende terapi (KBT) till stor användning, då en av hörnstenarna i denna terapi beskriver tankarna och tolkningen av en händelse som ställer till med problem snarare än själva händelsen i sig. I KBT bekräftar behandlaren sin patient genom att lyssna, summera och återspegla patientens historia. Som ovanstående stycke nämner får patienten själv komma fram till hur en förändring ska ske. Personen får sen utmana och konfrontera sina rädslor och beteendemönster. (Clinton & Norring 2009, s. 145 f.)

Bland vårdpersonalen kan främst återgärder göras vid mötet med personer som lider av olika ätstörningsbeteenden. Där kunskap om sjukdomstillstånd, maten och kroppen liksom kunskap om vad kroppen behöver för att må bra, bör förmedlas. Personer med ätstörningar anser sig ha goda kunskaper om hälsa, näring och kost, vilket kan försvåra behandlingen. Det är på så sätt speciellt viktigt att ge korrekt kunskap och information inom områdena med hjälp av dietist eller annan expert på ätstörningar. (Björck & Ekeroth 2012, s. 44). Med regelbundna måltider menar Björck & Ekeroth (2012, s. 43) att frukost, lunch och middag samt mellanmål också kan minska risk för hetsätning. Tallriksmodellen är något som rekommenderas som allmänna rekommendationer.

Vetenskaplig forskning har inte kunnat påvisa att primär prevention är effektivt för att förebygga bland annat ätstörningar, och att slutsatser inte kan dras på grund av för liten forskning kring ämnet. Forskningen om ätstörningar har för många brister för att kunna veta hur man ska gå till väga samt sätta upp olika strategier kring problematiken. Om ätstörningar upptäcks och behandlas i tidigt skede, ökar chansen till en bättre prognos. (Statens Folkhälsoinstitut 1999, s. 58)

Att få en person som lider av stark viktfobi att behöva gå upp i vikt är svårt. Med tydliga mål kan patienten känna en trygghet och behandlaren ska lära sin patient hur denne kan hantera sin

ångest utan att använda sig av det sjukliga beteendet. Det krävs tålamod då exempelvis en anorektiker har en stor viktfobi att hitta en motivation till att gå upp i vikt. Detta betyder också att terapeuten accepterar och tar personen på allvar. För att hjälpa den drabbade kan behandlaren tillsammans med sin patient utforska både för- och nackdelar med att bli frisk eller att stanna kvar i sin sjukdom. Behandlaren måste vara lyhörd och förstående till den drabbades tankar och känslor. Tillsammans ska de tydliggöra konsekvenserna både långsiktigt och kortsiktigt av att få behandling eller att fortsätta lida av sjukdomen. (Clinton & Norring 2009, s. 157 f.)

Det finns en stark ambivalens bland ätstörda. Anorektikern har gått så långt in i sjukdomen att identiteten har förlorats och bulimikerns tillvaro är präglad av att hantera ångesten. Det kan handla om att den drabbade är rädd för att bli övergiven. För en anorektiker är det extra viktigt att inse att de anhöriga kommer finnas kvar även om personen går upp i vikt. Det finns en stark osäkerhet i att bli frisk utåt sätt, det vill säga synligt, men inte inåt med egna tankar och känslor. (Clinton & Norring 2009, s. 185).

Ätstörningar är en svårbehandlad sjukdom som det kan ta årtal att bli frisk från. Det är inte heller ovanligt att en person med tidigare ätstörningsproblematik får en annan diagnos inom ätstörningar eller har kvar känslor och tankar om kroppsuppfattning och maten. (Björck & Ekeroth 2012, s.21) Det förekommer även ofta att personer som drabbas av ätstörning dessutom har en samsjuklighet som till exempel depression eller ångestsstörning. Forskning har funnit att viss psykopatologi kvarstår efter tillfrisknande från det ätstörda beteendet, men även att det kan ha förekommit innan ätstörningen. (Björck & Ekeroth 2012, s. 22) För personer som lider av AN och BN förekommer depression som en vanlig samsjuklighet. Upp till 70 % uppfyller kriterierna för depression samtidigt som de lider av en ätstörning. Symtom på svält liknar depressionens symtom vilket kan leda till nedstämdhet och på så sätt påverka depressionsskattningen (Björck & Ekeroth 2012, s. 22). Tendenser till olika ångesttillstånd är vanligare hos ätstörda personer jämfört med kontrollgrupper, exempelvis generaliserad ångest och social fobi riktas oftare mot AN och BN medan tvångssyndrom oftare kopplas till restriktivt ätbeteende. Vidare är personlighetsstörningar av olika slag vanligt förekommande (upp till 30 %) bland personer med ätstörningar än den så kallade normalbefolkningen. Personlighetsstörningar som framförallt tvångsmässighet och osjälvständighet har observerats både hos personer med AN och BN medan mer impulsiva och emotionella störningar förekommer oftare hos BN. (Björck & Ekeroth 2012, s. 23)

För ett tillfrisknande från ett missbruk måste jaget bli viktigt igen. Jaget är ärligt och ger stöd snarare än missbrukaren som är oförmögen till detta. Med ärlighet skapas tillit och tillit skapar trygghet som är viktigt för att kunna erkänna och urskilja missbrukaren och jaget. Under tillfrisknandet skapas olika principer och begrepp som accepterande, tilltro, erkännande och självinventering, vilket är en del av jaget. (Nakken 1996, s. 99-103)

En anorektiker klassificeras som helt frisk då personen nått normalvikt, har normal menstruation och inga andra ätstörningssymtom uppvisas. En anorektiker definierades som bra när vikt och menstruation normaliserats, men har fortfarande tendenser till ätstörda beteenden. (Clinton & Norring 2009, s. 55 f.)

Avslutningsvis är det viktigt att förbereda personer på att återfall kan förekomma vid senare tillfälle. Det innebär inte ett misslyckande, snarare kan det ses som en förbättring på sikt. Det är inte svart eller vitt, antingen eller, vägen till att bli frisk kan ta lång tid och går ofta upp och ner i vågor. (Björck & Ekeröth 2012, s. 47)

1.4 Faktorer

Det finns ett flertal komplicerade, bakomliggande faktorer till utveckling av ätstörningar utan något vida orsakssamband. *Regionalt vårdprogram ätstörningar* (Sandeberg, Birgegård, Mohlin, Ström, Norring & Silverstrand. 2009, s. 38 f.) har visat ett antal faktorer som har samband med utvecklingen av en ätstörning, exempelvis sociokulturella-, grupp-, genetiska- samt individuella faktorer. Sociokulturella faktorer innebär värderingar till sitt ideal. Exempelvis så som media marknadsför kroppsideal, dieter, kläder och olika produkter. Gruppfaktorer inom idrotten, där den lätta kroppen kan ha fördelar gentemot motspelaren, har visats öka problematiken. Under puberteten sker det en rad förändringar i kroppen, bland annat med en ökad fettproduktion. Genetisk sårbarhet visas också enligt tidigare studier ha en signifikant överensstämmelse med ett stört beteende till kost. Vad gäller individuella faktorer visar perfektionism, överdriven noggrannhet, höga ambitioner, negativ självbild samt tvångsmässighet ha starka samband till en utveckling av det störda beteendet. Ilska och frustration är något som ses som vanliga negativ verkan hos de drabbade. Olika livshändelser som trauma eller stress är också en riskfaktor till detta negativa beteende. (Sandeberg et al. 2009, s. 38 f.)

Liksom ovan nämner Björck & Ekeröth (2012, s. 20) att psykologiska, biologiska/genetiska eller sociokulturella faktorer kan vara utlösande faktorer för ätstörningsproblematiken. Vad gäller psykologiska faktorer kan det handla om dålig självbild eller familjefaktorer. De biologiska/genetiska faktorerna kan ses som kroppslig förändring och till de sociokulturella faktorerna kan det handla om skönhetsideal, media och grupptillhörighet. Personlighetsdrag som perfektionism, tvångsmässighet och genetisk sårbarhet kan innebära att personen i fråga har en sårbarhet för utvecklandet av det störda beteendet. Bantning kan vara en utlösande faktor liksom en traumatisk upplevelse eller negativ stress. Bantning kan så som svält leda till hetsättningsattacker, vilket personen kompenserar med olika metoder som exempel motion, svält eller självrensning. (Björck & Ekeröth 2012, s. 20)

Den ideella organisationen Frisk & Fri (2012e, s. 5) menar att det inte finns några givna orsaker till varför vissa personer utvecklar ätstörning och andra inte. Såsom ett flertal andra författare nämner beror det ofta på ett samspel av olika faktorer. I grova drag kan en ätstörning utvecklas av dålig självbild, upplevelser under uppväxten, skönhetsideal inom samhället, vissa idrottsgrupper, reaktionen vid bantning, biologiska/genetiska faktorer samt familjefaktorer. (Frisk & Fri 2012e, s. 5)

KÄFS (2010b) anser att bantning och kroppsfixering ofta börjar i högstadiet och under gymnasietiden. Uppskattningsvis har det visat sig att tonårsflickor som bantar löper åtta gånger så stor risk att hamna i en ätstörning jämfört med de flickor som inte bantar. (Clinton & Norring 2009, s. 51) Det är därför extra viktigt att skolan upptäcker de elever som är i riskzonen. Både vid ett förändrat beteende och till personens attityd. Barn och ungdomar vistas en större del av sin vakna tid i skolmiljö och det finns därför stor möjlighet för skolpersonal att upptäcka tidiga tecken till ätstörning, vilket också resulterar i en ökad chans till tillfrisknande. (KÄFS 2010c) Liksom Glant (2000, s. 47) skriver är det viktigt att den som kontinuerligt träffar och arbetar med exempelvis barn och unga har goda kunskaper om problematiken och ätstörningar.

Det finns delade åsikter från experter inom ätstörningsproblematiken, om varningar för bantning kan öka risken för att hamna i ett ätstört beteende, snarare än att vara ett stöd. Experterna menar på att det är viktigare att lägga fokus på det positiva som mat och ätande ger. Detta för att inte elever ska börja fundera på vikt, ätande och kropp ur ett negativt perspektiv. (KÄFS 2010a) För vissa kan idrottandet leda till strikta regler kring kost och träning, medan

andra börjar hetsäta och sen kompenserar med självrensning. Personen ifråga kan få ett ökat intresse för vardagsmotion såsom att ta trappor istället för hissen. (KÄFS 2010d)

1.5 Ätstörning, också ett missbruk – En teoretisk utgångspunkt

Statens institutions styrelse (SIS) kom ut med en skrift om ätstörning och missbruk. I skriften framgår det att missbruk och ätstörningar har mycket gemensamt som exempelvis tvång, ångest, lidelse och social isolering. Det finns en del kritiker som säger att det finns viktiga skillnader som framför allt har med abstinens och toleransutveckling att göra. Droger påverkar hjärna på annat sätt än vad ett svälttillstånd gör. (Björck & Ekeröth 2012, s. 2 ff.)

1.5.1 Hur en missbrukspersonlighet uppstår

Bidragande faktorer till varför vissa personer hamnar i ett missbruk och andra inte är svårt att säga. Samhället och familjens värderingar, åsikter, beteenden och attityder kan vara bidragande faktorer både till att driva en person med missbrukstendenser till ett missbruk, men även att ses som ett medberoende (Nakken 1996, s. 83). Även barn som växer upp i familjer med missbruk löper större risk för utvecklandet av missbruk. Barn till familjer med skamkänslor upplever sig ofta vara sämre personer. Frågan om missbruk uppkommer genom inläring eller ärftlighet är dock inte klarlagt (Nakken 1996, s. 84, 95).

Följande introduceras en kort beskrivning om hur en missbrukspersonlighet uppstår utifrån boken *Jaget och Missbrukaren: Hur en missbrukarpersonlighet uppstår. Hur ett tillfrisknande kan äga rum* (Nakken, 1996). Nakken menar på att alla människor stävar efter att få en upplevelse av lycka och harmoni i livet. I bland inträffar saker i livet som stör detta och en missbrukare tar till sitt missbruk för att snabbare finna harmoni. Till en början kan personen kontrollera bruket, exempelvis maten. Som personen efter ett tag inte längre kan styra och ens bruk tar över och blir ett missbruk.

1.5.2 Missbrukets tre olika stadier

Nakken (1996, s. 27) beskriver den process som är mellan bruk och missbruk med hjälp av tre stadier som sammanfattas nedan. Första stadiet handlar om individens personlighetsförändring. I det andra stadiet tappar missbrukaren kontrollen över sitt beteende och i det tredje stadiet har missbrukspersonligheten helt tagit över jaget (Definitioner i Bilaga 2).

Första stadiet: Inre förändring

Om vi upplever en känsla av sorg, ilska, oro, skam eller något annat som får oss att må väldigt dåligt, upptäcker snart en missbrukare att med hjälp av alkohol, droger, sex, spel eller mat kan lugna denna känsla. I det första stadiet börjar missbrukspersonligheten utformas och utvecklas. Personen i fråga börjar nu gradvis avstå från sociala möten som exempelvis sluta träffa vänner och familj. Ett känslomässigt avståndstagande uppstår. Missbrukaren letar efter anledningar till att använda sin drog oftare. Missbrukspersonen upplever mer glädje av sitt missbruk (bilaga 2) än att det skulle vara något farligt och/eller något missbrukaren skulle vilja sluta med. Här fungerar fortfarande jobb, skola och familjerelationer. Kreativiteten och att få saker gjorda kan även det upplevas som bättre än innan. (Nakken 1996, s. 28-44)

Den viktigaste delen av det första stadiet anser Nakken (1996, s. 32 f.) vara uppkomsten av missbrukspersonligheten. Jaget minskar medan missbrukaren börjar ta över. Missbrukaren segrar i kampen mot jaget och ju längre tiden går, desto mer kontroll tar missbrukaren över. För varje gång jaget kämpar mot missbrukaren blir missbrukaren starkare, menar Nakken (1996, s. 37). Missbrukspersonligheten utvecklar ett eget sätt att tänka, känna och göra (Nakken 1996, s. 39). Nakken (1999, s. 32 f.) beskriver missbrukspersonligheten som en ny personlighet. En missbrukare är som ett barn, det är känslan som styr handlingen. (Nakken 1999, s. 36)

Andra stadiet: Livsstilen förändras

I andra stadiet börjar missbrukaren förlora kontrollen över sitt beteende. Personen blir mer upptagen av att hitta anledningar till att använda sitt missbruk och behöver göra det flera gånger om för att uppnå en tillfredsställelse. Missbrukaren blir egoistisk och skyddar sitt missbruk vid alla tillfällen. Nu glöms jobb, familj och vänner bort om det inte gynnar honom eller henne. Personen som är drabbad blir mer och mer isolerad desto längre missbruket pågår. (Nakken 1996, s. 44- 62)

Tredje stadiet: Livet bryter samman

Under tredje stadiet betar sig missbrukaren på ett sätt han/hon inte trodde var möjligt. Det kan till och med vara så skrämmande att personen i fråga blir rädd för sig själv (Nakken 1996, s. 64). I det tredje stadiet finns inte längre något jag kvar hos missbrukaren, missbruket har tagit över hela livet, det vill säga att missbrukspersonligheten har full kontroll och styr personen. Det enda

som är viktigt är drogen. Personen börjar brytas samman och kommer gå sönder av stress. Missbruk är den mest stressframkallande sjukdom som finns. Det finns en punkt för hur mycket stress en människa klarar av. Personen liksom jaget börjar brytas samman emotionellt. Nu kan personen själv inte bryta detta utan någon form av ingripande krävs. (Nakken 1996, s. 63-71)

1.6 Forskning om ätstörningar

En Norsk studie syftade till att se förekomsten av ätstörningsproblematik i den totala populationen av norska elitidrottsmän och kvinnor. 10 % av alla idrottsmännen hade någon typ av ätstörningsproblem jämfört med kontrollgruppen som det inträffade bland 3,2 % av personerna. Vad gällande AN och BN kunde resultaten i studien visa 3,2 % förekomst hos idrottsmän jämfört med 1,2 % hos kontrollgruppen. (Sundgot- Borgen 2002, s. 259 f.) Sundgot-Borgen (2002, s. 259 f.) menar på att idrottsmän löper högre risk på grund av triggande faktorer så som att viktnedgång kan visa sig förbättra prestationen. Fokus vid behandling bör vara att normalisera kroppssammansättning, vikt, olika kostbeteenden, ändra ohälsosamma tankar och arbeta med känslösa problem som kan bidra till ett stort kostbeteende. (Sundgot- Borgen 2002, s. 259 f.)

Vidare visar forskning på att nutritionstudenter hade ett mer restriktivt förhållningssätt till sin kost än kontrollgruppen. Studenterna begränsade sina födointag för att kontrollera sin vikt och hade ett striktare val till sin kost jämfört med andra studenter på högskolan. I Österrike hade det tidigare hittats högre frekvens av tvångsmässigt hälsosam kost och tendenser till ätstörningar bland dietister, men denna studie visade inte att dietisterna hade högre risk att drabbas av ätstörningar än övriga studenter. Ju senare in på utbildning, desto hälsosammare kost valdes. Enligt denna studie påvisas ett samband mellan kunskapsnivå och ON. (Korinth, Schiess & Westenhofer 2009, s. 32-37)

Ytterligare forskning på andra universitetsstudenter har gjorts i Frankrike. Under två år hade studenterna en genomsnittlig träningsvolym på 10 timmar i veckan av olika sporter. I studiens bakgrund framgår det att ätstörningar kan uppkomma när som helst under livet, dock är det som vanligast i tonåren och bland kvinnor. Personligheter som studien tar upp var perfektionism, dålig självkänsla, målinriktad personlighet och störd kroppsuppfattning. För att hantera motgångar tar personer till sig olika copingstrategier, såsom uppgiftsfokuserad-, känslufokuserad- och undvikande coping. Studien visade att 20 % rapporterades ha ätstörda

beteenden trots normal kroppsvikt. 33 % av den undersökta gruppen var oroliga för att gå upp i vikt under första året på universitetet. Av dessa gick 12,5 % på diet för att behålla vikten och 8,4 % för att gå ner i vikt. 15,3 % rapporterade fasta som en metod för viktminskning, 8,4 % använde sig av kräkningar och 7 % av laxeringsmedel under de senaste 12 månaderna. (Filaire, Treuvelot & Toumi, 2012, s. 383-389)

Vidare har en svensk studie undersökt olika personlighetsdrag bland ätstörda personer. Bland annat visades perfektionism och tvångsmässiga beteenden. Det förekom även låg självkänsla, speciellt hos BN patienter. Ytterligare tar studien upp att slutsatser om vad som föreligger bakom en ätstörning, är svårt att säga, lika så om det finns tendenser till kormobilitet (Bilaga 2). När kroppen och hjärnan är i svält har tvångsmässiga beteenden och tankar visat sig vara vanligt förekommande. (Ahre'n-Moonga, Holmgren, von Knorring & af Klinteberg, 2008, s. 268 f.)

Vidare kan kognitiva faktorer spela stor roll vid utveckling av ätstörningar. Individer som är upptagna med tankar på sin vikt och kroppsform låter utseendet påverka sina egentliga värderingar, vilket kan resultera i tvångsmässiga- och/eller kompensationsbeteenden. Enligt kognitiva modeller av ätstörningsproblematiken finns tre typer av automatiska tankar som verkar i en ond cirkel. Det är positiva, negativa och tillåtande tankar. De positiva tankarna om intag av mat ser till fördelarna med att äta medan det negativa fokuseras mer på konsekvenserna av att äta. Det kan bland annat vara tankar som att kläderna inte passar. För en bulimiker utlöser de negativa tankarna nervärderande tankar om sig själv, speciellt kroppsform och vikt. Känslor av misslyckande, skam och depression är vanligt förekommande. Vad gäller anorektikerns positiva tankar kan bidra till att upprätthålla av tillräckligt intaget av mat, i strävan efter att bli så smal som möjligt. (Zarychta, Luszczynska & Scholz, 2014)

En annan teori kallas diskrepansteorin, den föreslår tankar om vem personen vill vara, vem den ska vara och vem den är nu. Ovannämnda studien tyder på att förekomst av ätstörning och sambandet mellan vikt och tankar är starkt förknippade. Tankar om matintag och idealvikt bildar en negativ cirkel som också kan bidra till ätstörningssymtom hos unga. Speciellt bör ungdomar med många deskriptiva tankar om vikt och kost uppmärksammas. Detta för att utveckla ett ätstört beteende kan vara högt. Resultat av den longitudinella studien på ungdomar (15-18 år), visade att det fanns ett samband mellan kognitiva faktorer och ätstörningssymtom bland unga. (Zarychta, Luszczynska & Scholz 2014)

Ytterligare visar forskning på skillnader mellan livskvalitet och klinisk funktion bland 199 patienter med olika ätstörningsdiagnoser. Studien visade att patienternas BMI var som lägst vid AN och högst bland BN grupperna. AN gruppen rapporterades ha mer restriktiv kost intag jämfört med ätstörning UNS och BN grupperna. En signifikant skillnad hittades mellan undergrupperna, AN-BP (bridge-purge sub-grupp) hade högre bedömning i klinisk funktion än AN-R (restriktiv sub-grupp) samt UNS grupperna. I studien förekom ingen signifikant skillnad mellan de olika ätstörningsgrupperna AN, BN och UNS, men då grupperna delades in i undergrupper fann forskarna signifikanta skillnader. Det är därför viktigt att vara noggrann vid diagnostisering av ätstörningsproblematik. Varför UNS grupperna med ett restriktivt beteende har bättre prognos än bridge- pure grupperna är fortfarande inte klarlagt och behöver undersökas med större urvalsgrupper. (DeJong, Oldershaw, Sternheim, Samarawickrema, Kenyon, Broadbent, Lavender, Startup, Treasure & Schmidt 2013) DeJong et al. berör även i sin diskussion att behandlare behöver vara medvetna om patientens nedsatta funktion. I syfte att interventionen också kan påverka patientens motivation till förändring, genom att lyfta fram fördelar med att förändra sitt beteende. Livskvaliteten hos personer som lider av en ätstörning är mycket sämre än hos den övriga befolkningen, vad gäller BP (bridge-purge) eller R (restriktiv) grupperna verkar livskvaliteten vara ytterligare sämre. (DeJong et al. 2013)

Vidare finner vi en tre-stegsmodell, som beskriver socialt emotionella funktioner inom ätstörningsproblematiken. Första fasen tar upp riskfaktorer som kan vara bakomliggande faktorer i uppkomsten av en ätstörning. Där presenteras bland annat negativa perinatale händelser, social- och kommunikationssvårigheter och skamkänslor. I fas två blir personen i fråga mer isolerad och sjukdomen blir mer påtalad. Vidare till fas tre så tar sjukdomen över och den drabbades anhöriga eller nära får uppleva ilska. Den drabbade upplever en ökad risk för hot och/eller dominans och använder sig ofta av ett undvikande beteende för att inte komma i konflikt. Omsorg och medkänslor ignoreras eftersom det kan försvåra för personen att hantera sina egna känslor. (Treasure, Corfield & Cardi 2012, s. 431-436)

1.6.1 Forskning om behandling av ätstörningar

Personlighetsförändring är vanligt bland psykiatriska sjukdomstillstånd, och förvärras ofta med ätstörningens debut. Att förstå vad som är bakomliggande faktorer är viktigt, både i förebyggande syfte och när det gäller hur behandling ska ske. Vid AN är tvångsmässiga beteenden samt perfektionism vanligt förekommande. En systematisk review gjordes för att

undersöka existerande forskning på olika personlighetsegenskapers påverkan på AN. Mer än hälften (sex av 11) studier visade att perfektionism och tvångsmässiga beteenden hade en negativ inverkan och kunde påverka behandlingen. Forskning visar att perfektionism och tvångsmässiga beteenden/handlingar kan leda till en negativ prognos, men med en anpassad behandling till de tvångsmässiga personlighetsdragen kan resultatet förbättras. (Crane, Roberts & Treasure 2007)

Många behandlare har olika syn på hur en behandling ska gå till och använder sig av olika strategier. Vissa anser att friskförklaring innebär när personen inte längre uppfyller diagnoskriterierna och de huvudsakliga beteendemönstren har avtagit. Medan andra anser att ett tillfrisknande innebär en ökad självkänsla, positiv inställning till sin kropp och förstå sig på samt ha kontroll över sina känslor. (Noordenbos 2011, s. 441 f.) I Noordenbos review anges 11 kriterium (bilaga 4) som bör vara uppfyllda för att en person som lider av ätstörning ska anses frisk (2011, s. 442). Patienten anses vara frisk när den äter tre regelbundna mål om dagen utan kompensering eller självrensning. Träningen ska inte utföras i syfte att förlora vikt och relationen till mat ska vara avslappnad och lustfylld. Personen ska ha en positiv inställning till sin kroppssammansättning. Den fysiska återhämtningen innebär att vikten, pulsen och kroppstemperaturen är normal. Med psykisk återhämtning menas att personen ska känna en starkare självkänsla, positiv inställning till sig själv, ha en ökad spontanitet, minskad perfektionism och mindre restriktiva regler mot sig själv. Emotionell reglering innebär att personen nu kan förstå sig på och hantera sina känslor och hitta strategier som löser känslan samt ha en positivare inställning till spontanitet. Personen i fråga ska vara mindre rastlös och ha en avslappnad relation till livet. Socialt ska personen kunna etablera kontakter och inte vara socialt isolerad. Sexualitet menas med att personen inte längre ska känna sig rädd för närhet och intimitet med andra personer. Personen ska inte heller ha någon samsjuklighet/följdsjukdom relaterad till ätstörningen (som exempelvis depression eller ångest). (Noordenbos 2011, s. 442 ff.) Kriterierna i bilaga 4, visar att det inte enbart är kostintag, vikt och fysisk aktivitet som spelar roll för tillfrisknandet från en ätstörning, utan också psykiska kriterier så som relationen till sin kropp, känslor, sociala förhållanden och självkänsla. (Noordenbos 2011, s. 445 f.)

En annan studie undersökte hur terapeuterna samt patienterna såg på de olika element som har betydelse för tillfrisknandet av en ätstörning. I denna studie belyste forskarna att skador inom kropp och sinnen kan bli bestående och det är därför extra viktigt att behandlingen som görs kan hjälpa patienten till återhämtning. De nämnda elementen i bilaga 5, kan lära forskare och

behandlare vilka delar som patienten ser som nödvändiga vid behandling av ätstörning. (Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst 2007, s. 358-361, 364)

Behandling av ätstörningar har brister, speciellt till begreppen förståelse och återhämtning. Om det inte var den sjuke som självmant ville delta i behandlingen resulterade det i sämre motivation till förändring. Ytterligare tar studien upp att motivationshöjande aspekter. I tidigare studier förekom bland annat en önskan om att få barn, utveckling av egen identitet och att skapa stödjande relationer. Många som inte fullföljer sin behandling har nämnt att det beror på brister från terapeuterna. (Darcy, Katz, Kara, Fitzpatrick, Forsberg, Utzinger & Lock 2010, s. 260-270)

Sammanfattningsvis är området tämligen väl beforskat gällande bakomliggande faktorer, personlighetsdrag och behandling. Dock finns det brister inom om hur problematiken kan yttra sig och vad friskhet innebär såväl hur förhållande till fysisk aktivitet kan se ut efter en friskförklaring. Denna studie är tänkt att beröra dessa områden.

1.7 Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att skapa en förståelse för ätstörningsproblematiken utifrån den subjektiva upplevelsen hos personer som är friskförklarade samt perspektivet från en behandlares inom området.

- Hur kan ett ätstörningsbeteende börja och yttra sig?
- Vad får personen motiverad till en förändring av sitt beteende?
- Hur ser förhållandet till kost och träning ut efter en friskförklaring? Vad innebär frisk för den drabbade och för behandlaren?

2. Metod

2.1 Val av metod

För att få en förståelse för ätstörningsproblematiken innehåller den kvalitativa studien semistrukturerade intervjuer, dels muntliga, dels över mail. Detta för att möjliggöra så fler både kunde och ville delta, på grund av det känsliga och personliga ämnet. Men också för att kunna deltagaren skulle kunna svara på intervjuguiden när denne själv hade tid.

Hassmén & Hassmén (2008, s. 108 f.) nämner att urvalet är ett första steg för att kunna ge svar på forskningens frågeställning och syfte. Därför valdes urvalet ut efter att studiens syfte och frågeställningar var utformade.

Viktigt att veta vid kvalitativ forskning är att det handlar om personens egna upplevelser och förklaringar, och är därför inte generaliserbar (Kvale & Brinkmann 2009, s. 184). Studien syftar sig till att skapa en förståelse utifrån subjektiva upplevelser samt en behandlaren syn på problematiken.

2.2 Urval

Personer som är friskförklarade från ätstörningar var representativt för studien. Då syftet med studien handlar om att få en förståelse till problematiken. De friskförklarade deltagarna möjliggör att syfte och frågeställningar i studien kunde besvaras. För att nå de tidigare drabbade kontaktades den ideella organisationen Frisk & Fri. Frisk & Fri arbetar för att stödja personer med ätstörningar och deras anhöriga och påverka för en bättre vård samt i förebyggande syfte mot ätstörningar. Pressansvariga kontaktades för att lägga ut information och syfte om min studie samt hur jag skulle bli kontaktad vid ett intresse av att delta. Ett PM skrevs och den kontaktansvariga la ut PM:et både på Frisk & Fris egna press sida och i deras Facebook sida. Efter det fick de intresserade respondenterna kontakta mig, antingen via mail eller på telefon. Genom Frisk & Fri kunde kontakten nås med personer som blivit friskförklarade från ätstörning. Studien involverar olika ätstörningsdiagnoser.

Totalt intervjuades fem friskförklarade respondenter. En av dessa utfördes med muntlig intervju, resterande fyra intervjuades över mail. Deltagarna hade ett åldersspann mellan 20-34 år med olika bakgrunder av ätstörningsproblematik. Fyra av de fem hade haft diagnosen Anorexia Nervosa, en Bulimi Nervosa och en av respondenternas diagnos övergick till UNS.

Diagnos	Respondenter
Anorexia Nervosa	4
Bulimi Nervosa	1
Ätstörning UNS	1

Tabell 1. Visar respondentens tidigare diagnos.

Friskförklarad	Respondenter
>10 år	1
2 år	1
<1 år	3

Tabell 2. Visar hur länge respondenten varit friskförklarad.

För att få ett bredare perspektiv och olika synvinklar av problematiken kontaktades behandlare inom området. Kontakten skedde via mailutskick till ett flertal olika behandlingskliniker runt om i Sverige. Flera behandlare svarade på mailutskicket, dock fanns ingen möjlighet för dem att ställa upp. Totalt var det två tillgängliga behandlare från olika behandlingsställen som kunde delta i studien. Den ena hade ett krav att få vara en referens i studien. Att använda en av behandlarna som referens blev inte godkänt av handledaren för studien och medförde att denne behandlare inte ställde upp. Studien innefattar därför endast en behandlare. Behandlaren arbetar som enhetschef och vårdkoordinator på en ätstörningsklinik i Stockholm, inom barn- och ungdomsavdelningen. Behandlaren har över 20 års erfarenhet att arbeta inom ätstörningsområdet, med blandade uppgifter. Intervjuen skedde på behandlaren's mottagningsrum.

2.2.1 Kriterier

Deltagandet byggde främst på informanternas vilja till att ställa upp. Det enda kriterium som studien hade var att respondenterna skulle vara representativa för studiens syfte och frågeställningar, det vill säga att de skulle vara friska från sin ätstörning. För behandlaren var kriteriet att de skulle arbeta med, alternativt ha erfarenhet av att arbeta med personer som lider av olika ätstörningsproblem.

Det fanns en tanke med att begränsa kriterierna för deltagarna både med ett antal friska månader, diagnos och speciell behandling. På grund av det svåra och känsliga området fick deltagarna själva visa sitt intresse av att delta i studien, därför kunde inte studien begränsas allt för mycket för att kunna genomföras.

Vad gäller behandlaren fanns lika så en tanke med att begränsa kriterierna till ett antal års yrkeserfarenhet och/eller kategorisering av behandlare så som exempelvis socionom, dietist och så vidare. Eftersom de behandlare som återkopplade till min förfrågan inte hade möjlighet att delta på grund av olika skäl fick studien avstå från begränsningar, förutom att behandlaren skulle ha erfarenhet av eller arbete inom området.

2.3 Arbetsgång

För att få spontana öppna beskrivningar från respondenterna baserades frågorna på ”vad” och ”hur” (Kvale & Brinkmann 2009, s. 149) Först bearbetades syfte och frågeställningar fram till

den kommande studien. När frågeställningar och syfte var klarlagt valdes urvalsgrupp och tillvägagångssätt. Med relevanta studier och forskning utformades studiens bakgrund. Därefter skrevs intervjufrågor som baserades på studiens frågeställningar och syfte.

Som nämnt ovan under rubriken val av metod innehåller studien två olika former av intervjuer. Totalt innehåller studien sex intervjuer, två muntligt och fyra över mail. Semistrukturerade intervjuer var en lämplig datainsamlingsmetod, då konversationen kan vara mer öppen och gå in på djupet². Semistrukturerad intervju med öppna svarsalternativ gav respondenten utrymme att själv uttrycka sina egna åsikter till samma frågor. Dock fanns en intervjumall som stöd under intervjuerna. Eftersom studien inte är tänkt att jämföra personers upplevelser utan snarare tolka och visa på olika upplevelser är denna metod lämplig.

Intervjuerna fokuserade främst på personernas subjektiva upplevelser, historier och berättelser. Eftersom studien ville gå djupare in på personernas upplevelser och berättelse ansåg jag att den öppna, halvstrukturerade intervjun var en lämplig metod att använda sig av.

Vid kontakt med respondenterna bokades tid och rum för muntliga intervjuer. Båda intervjuerna tog ungefär 60 minuter att göra. Intervjun med den friskförklarade genomfördes i ett klassrum på Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm. För behandlaren utfördes intervjun på mottagningsrummet. Det var respondenten som fick välja lämplig plats, efter att jag gett förslag. Intervjuerna spelades in dels med en diktafon, dels med mobilen. Detta som en backup om något av inspelarnas batterier skulle tagit slut eller något oväntat skulle inträffa. De inspelade intervjuerna transkriberades därefter från tal till text medan de skriftliga intervjuerna bearbetades och skrevs ned i ett annat dokument och formulerades om så anonymiteten stärktes. All transkribering genomfördes direkt efter intervjuerna och likaså vid de skriftliga intervjuerna.

De fyra resterande friskförklarade respondenterna fick ett bifogat dokument med frågor skickat till sig (bilaga 6), med ett sista inlämningsdatum. När intervjun utfördes över mail skickades bearbetningen av intervjun tillbaka till respondenten för att ytterligare en granskning och eventuella korrigeringar kunde göras. Detta stärker studien från eventuella missuppfattningar och möjliggör en tydligare förståelse. Vid eventuella följdfrågor eller otydligheter vid

² Fil. Dr. pedagogik Bäckström, Å. (2013) *Idrottsvetenskap och forskningsmetodik III: Kvalitativ analys*. Gymnastik och Idrottshögskolan: Stockholm

transkribering och tolkning av intervjuer, fanns möjlighet att kontakta informanten och tydliggöra samt få följdfrågan besvarad. Likaså kunde respondenterna kontakta mig vid eventuella frågor eller funderingar. Mailkontakt ansåg jag var ett bra alternativ då kontakten inte upplevs lika personlig. Det kan ha gjort att fler respondenter ställde upp att bli intervjuade.

2.3.1 Analys och databearbetning

Bearbetningen och transkriberingen lästes igenom flera gånger, för att skapa en helhet över materialet och på så sätt också få en ökad förståelse (Hassmén & Hassmén 2008, s. 111).

Under läsningen av intervjuerna fann jag teman som sen kom till användning vid resultat- och diskussionsdelen av studien. (Kvale & Brinkmann 2009, s.193f). Det insamlade materialet lästes igenom under flera tillfällen och arbetades igenom fram tills en mättnad var nådd. Det vill säga, när inget nytt tillförde studien. Temana som hittades markerades med olika färgpennor för att underlätta sammanställning och bearbetningen av resultatet. Efter bearbetningen av de mailade svaren, skickades det tillbaka för ytterligare en granskning från respondenten. Om det var något missförstånd eller någon korrigeringsbehov gjordes, ordnades det för att sen skickas tillbaka tills både respondent och författare var nöjda. Därefter, när allt var som det skulle kunde resultat och sammanställning påbörjas.

I resultatdelen presenteras vilken respondent som sagt vilket citat. Med hänsyn till anonymiteten är vissa citat medvetet inte angivna med respondent, detta är på grund av att respondenten inte ska kunna identifieras.

2.4 Etiska överväganden

Deltagarna fick information om syfte och vilka villkor som gällde vid ett deltagande. Det vill säga, respondenterna upplystes om att det var helt frivilligt och det gick att avbryta sin medverkan när som helst under studietiden, utan någon följd. De fick även information om att det insamlade materialet enbart skulle användas i forskningsändamål. (Informations-, nyttjande-, konfidentialitets- och samtyckekravet). (Vetenskapsrådet s. 7-14; Kvale & Brinkmann 2009, s. 87-90, 292 f.) Respondenterna identifierades med nummer, lagrades och avrapporterades på ett sätt som gjorde att deltagandet blev anonymt (Vetenskapsrådet s. 12).

På grund av anonymitet har jag medvetet valt att inte nämna kön och specificera vem av respondenterna som haft vilken diagnos. Lika gäller hänvisningen till citaten som nämns under

ovanstående rubrik. Vidare var ingen av respondenterna under arton år, vilket gjorde att anhöriga inte behövde ge tillåtelse till ett deltagande.

2.5 Svårigheter, Pålitlighet och Trovärdighet

Vid en subjektiv tolkning är det viktigt att se den motsatta sidan, med andra ord få veta både behandlaren och den drabbades syn på, i detta fall ätstörningsproblematiken. Detta för att vi ofta tolkar det vi ser, men det behöver inte stämma överrens med verkligheten. Så som nämns i bakgrunden kan det vara betydelsefullt att få olika åsikter och perspektiv. Genom intervjuer dels med friskförklarade, dels med en behandlare inom området kunde perspektivet bli bredare.

Kvaliteten av utskrift, det vill säga transkriberingen, kan ses som svår. Samtalet sker mellan två personer och rörelser, kroppsuttryck och andra icke verbala händelser kan inte översättas med ord. Även bakgrundsljud som inträffar under intervjun kan störa vid transkriberings tillfället. (Kvale & Brinkmann 2009, s. 193 f.) Oavsett hur noggrann transkriberingen av intervjun var, fanns ytterligare en svårighet med att beskriva det som sker ickeverbalt så som blickar och tonfall. Vilket leder till att forskningssituationen inte kan bli helt precis. (Hassmén & Hassmén 2008, s. 112) För att förhindra onödiga bakgrundsljud valdes ett enskilt rum för intervjuandet. Vid transkribering översattes pauser, skratt och andra läten i text. Däremot kunde jag inte översätta kroppsrörelser, blickar och andra verbala handlingar som utfördes under intervjun. Vid nästa tillfälle, om det anses vara av vikt för studien kan intervjun spelas in alternativt att intervjuaren antecknar under tidens gång.

Respondenterna förväntas svara sanningsenligt under intervjuerna så både uttalandet och tolkningen blir trovärdigt. Genom anonymiteten och i vissa fall mail anser jag att trovärdigheten har ökat. Dock tas det hänsyn till att de drabbade varit friska olika lång tid och har genomgått olika behandlingar. En svaghet med studien är att ingen provintervju utfördes. Anledningen till att en provintervju inte blev av var tidsaspekten. Med mer tid skulle intervjuguiden haft möjlighet att prövas.

En fallgröp med studiens innehåll kan vara när informanterna deltagit över mailkontakt, då personen i fråga tolkat frågeställningen utifrån sin syn och sina erfarenheter. Missförstånd kan även ske från både informant såsom forskare när kontakten inte sker muntligt. En nackdel med mailkontakten kan ha varit att tonfallet och personliga uttryck inte förmedlas över text En

styrka med den föreliggande studien är att det fanns möjlighet att bolla intervjufrågor och följdfrågor sinsemellan deltagare och forskare. För att minska feltolkningar av tolkningen av transkriberingen skickades tolkningen tillbaka till respondenten för att den godkänns, respondenten kunde då granska tolkningen och korrigera om så behövdes.

Gällande beteendefrågor om då- och nutid måste minneseffekten tas hänsyn till (Hassmén & Hassmén 2008, s. 229 f.). När frågor anses som känsliga trots exempelvis anonymitet kan det finnas en risk med osanningsenliga svar. Dock tror jag att mailkontakten kan ha stärkt studien, på grund av att mötet blev ännu mer anonymt och upplevs inte lika personligt. Personer som upplever att det är ett känsligt område att prata om, kan bli svåra att nå, vilket kan göra att det blir en viss bias i studien.

3. Resultat

3.1 Hur kan ett ätstörningsbeteende börja och yttra sig?

3.1.1 Drabbade

Respondenterna i studien visar att beteendena började redan i ung ålder. Att må dålig både i sig själv, med sig själv och i sin omgivning kan ha haft en betydelse i utvecklingen av det ätstörda beteendet. Ytterligare förekommande tema är en känsla av osäkerhet, höga krav på sig själv och en stark strävan efter att vara den perfekta människan. Det förekommer även att respondenterna förnekande sjukdomstillståndet under tiden de var sjuka, vilket bidrog till att den drabbade höll sig undan. Detta ledde i sin tur allt mer till isolering och tvångstankarna och de tvångsmässiga beteendena ökade.

Under intervjuerna förekom ett mönster att respondenterna visste att beteendet inte var sunt, men ansåg sig ha kontroll över det. Yttre press från till exempel skola eller jobb förvärrade beteendet, maten användes som ett sätt att få kontroll över något i sina liv:

”Oftast där jag får press någonstans eller tycker att det är jobbigt, tar jag till maten”. (Respondent 1)

Respondenterna kunde se en koppling till sin osäkerhet i vardagen och sitt stora kontrollbehov. Å ena sidan berättade respondenterna att det fanns en stark osäkerhet i grunden innan utvecklingen av det ätstörda beteendet började. Att kunna styra över sitt egna matintag var

endast de själva som kunde kontrollera, det upplevdes som en styrka. Vidare beskriver respondenterna det som ju mer och starkare ätstörningen blev, desto mindre kontroll upplevdes. Även om den drabbade i stunden upplevde sig ha full kontroll. En av respondenterna nämner att hen inte visste vilken kraft och påverkan ätstörningen skulle ge i senare i hans liv:

”Jag lyckades, jag klarade av något. Och ingen kunde hindra mig. Det var första gången i mitt liv jag kände att endast jag hade kontrollen. I alla andra situationer var jag sårbar, men i min mat och viktkontroll kunde jag hantera ensam. Varje kilo ner och varje indraget matmål blev en vinst. Varje promenad i ösregn och hagel var mitt sätt att creda mig själv. Ju mer jag gick ner i vikt, desto mer besatt blev jag”. (Respondent 3)

Å andra sidan kan respondenterna endast ana när beteendet övergick till en ätstörning och kontrollen tappades. När kontrollen förlorades ökade känslan av misslyckade och den perfekta strävan blev allt mer en frustration i dess vardag:

”Innan trodde jag ALDRIG att jag skulle kunna få anorexia, det fanns inte på världskartan, men när jag väl började gå ner i vikt tog sjukdomen ett allt fastare grepp om mig”. (Respondent 2)

”[...]det här var sista gången, det kommer aldrig hända igen [---] då så började det igen [---] jag började hetsäta och kräkas ännu en gång”. (Respondent 1)

Oftast är det inte en enda orsak till att en ätstörning utvecklas, vad som triggar igång vissa personer har respondenterna svårt att uttala sig om. Förekommande faktorer som nämns är att respondenterna alltid velat vara alla andra till lags och inte göra något fel, haft höga krav på sig själva och en stark rädsla för att misslyckas. När kosten drogs ner och träningsmängden ökade upplevde respondenterna sig bli allt mer isolerade, inåt agerande och de fick fler tvångstankar.

Bland respondenterna var det framförallt kolhydrater, socker och fett som de drog ner på i utvecklingen av ätstörningen. Det förekom även att respondenterna började äta vegetarisk kost och därmed uteslöt kött. När de drabbade såg att kroppen kunde förändras genom att utesluta vissa näringsämnen och/eller öka sin träningsmängd började de ätstörda beteendet att ta över.

Listor med förbjudna livsmedel var något som respondenterna nämnde under intervjuerna, bland annat uttrycker en av respondenterna följande:

”Jag tror att allt egentligen började med att jag ville vara ett lysande exempel på en nyttig hälsosam person. Jag började steg för steg plocka bort saker som jag ansåg var ”onyttiga” från min kost. Utesluter socker, fett, kött och snabba kolhydrater i form av pasta, ris, bröd etcetera”. (Respondent 3)

Ett tydligt intresse för mat framkommer bland respondenterna, både att arbeta med mat och följa matbloggar på internet. En av respondenterna nämner hemkunskapsundervisningen i skolan som en utlösande faktor, när hen fick kunskap om att det gick att förändra sin kropp öppnades en ny värld. I undervisningen pratades det om olika näringsämnen, kalorier, dieter med mera, begrepp som hen aldrig reflekterat över tidigare:

”Det var en ny värld som öppnades och att det inte var för sent för att göra en förändring. Det första jag gjorde var att utesluta godis. Några månader senare uteslöt jag även chips, läsk, glass och bullar. Tiden gick och allt fler livsmedel hamnade på min förbjudna lista”. (Respondent 5)

Knubbighet och lite rund är förekommande bland respondenternas uttalanden om sin barndom:

”För mig var det nog främst min egen perfektionism, skönhetsidealen i samhället och alla kommentarer från barndomen om hur mullig och gullig jag var”. (Respondent 5)

Att våga känna efter, vara öppen och skapa avstånd till sitt sjukliga beteende är något som respondenterna nämner har betydelse:

”Viktigt under processen är att uttrycka sina känslor, då anorexin för mig var ett sätt att hålla mina känslor på avstånd. Jag var så rädd för att känna”. (Respondent 4)

Ilska, hat och sorg framkommer från intervjuerna, inte bara inåtriktad mot sig själv, utan också utåt mot föräldrar och behandlare:

”Jag var arg på mina föräldrar som tvingade mig att äta och arg på mina behandlare som tvingade mina föräldrar att tvinga mig att äta. [---] arg på alla som "försökte göra mig fet".”(Respondent 5)

3.1.2 Behandlaren

Vad som gör att vissa hamnar i ett ätstört beteende är fortfarande inte tydligt. Behandlaren nämner att de vet att vissa är mer sårbara än andra. Massmedia kan ha sin påverkan på individen, liksom hur man ska leva nyttigt och hur saker och ting påverkar kroppen.

Ofta har det varit en förperiod av att personen inte mått bra eller att den inte riktigt har ett hum om sig själv. Det kan också bero på att det hänt mycket runt om kring med vänner, skolan eller annat nätverk. Maten kan användas som ett sätt att kontrollera sin egen kropp och vikt, eftersom det ses som något som en själv kan kontrollera. Behandlaren beskriver att det många gånger kan ha varit under längre perioder, upp mot flera år och ibland kan det gå väldigt snabbt, innan det blir en så kallad ätstörningsproblematik. Oftast börjar det med en period av att man inte mår bra och bestämmer sig för att gå ner i vikt för att må bättre. Det kan handla om att man går ihop ett gäng och ska sluta äta godis eller bli vegetarianer:

”Jag tror inte att någon väljer att bli anorektiker. Absolut inte! Utan man valde en strategi för att må bättre... i början, men sen när det tippas över till att man hamnar i svält, det är det ingen som vill vara i. För det är ett gräsligt tillstånd helt enkelt...”

Det händer mycket i utvecklingsfasen hos kvinnor och upplevelsen av att inte ha någon kontroll över vad som händer i sin kropp och allt annat i individens liv:

”Det är ofta inte en faktor, utan fler faktorer”.

Hur snabbt sen personen i fråga går ner i vikt kan se mycket olika ut. Denna sjukdom är inte enbart en psykisk sjukdom, kroppen tar också mycket skada.

Tidiga markörer kan bland annat vara att personen går mer in i sig själv, är inte lika social och inte lika glad. Matintaget börjar dras ner och allt mer strikta regler kring vad man får och inte får äta för att vara nyttigt:

”Nyttigt i den här världen innebär att man tar bort fett och kolhydrater från kosten”.

Överdriven träning kan också vara en varningssignal. För föräldrar och andra anhöriga kan dessa signaler vara svåra att se, då det upplevs vara hälsosamt med träning och att minska på exempelvis godisintag. Sjukdomen är oftast inte något som kommer över en dag, utan sker succesivt:

”Jag tror att de allra flesta ungdomar som drabbas skulle säga att de har någon period innan där dom mått dåligt och dragit sig undan och inte varit bekväma med sin kropp eller att de, att de inte trivs i skolan, eller att det har hänt grejer med kompisar och dom drar sig undan. Och är inte glada”.

Det är inte ovanligt att drabbade lider av depression. Framförallt hos yngre kan det börja med en depression, som sen tar till maten som ett sätt att få kontroll vilket i sin tur kan leda till en ätstörning. Personer med en ätstörning har liknande symtom som en person som lider av depression. Exempelvis dålig koncentration, känner sig personen låg, har sämre ork till saker och ting och känner sig ofta trött. Detta är mycket på grund av att hjärnans funktioner dras ner vid, och är en kroppslig effekt av svält. Det gäller det mesta för att kroppen vill prioritera det som är viktigast, som hjärna och hjärta. Personen får det svårt att hålla temperaturen, har ofta kalla händer och fötter, tappar hår och får hår på andra ställen på kroppen. Kormobilitet, det vill säga samsjuklighet, är vanligt förekommande vid en ätstörning, framförallt för de allra sjukaste personerna. Vilken problematik som kommer först är fortfarande inte klarlagt. Inte heller om det kan ha med perfektionism eller annan fixering att göra:

”Man vet inte om det är annan psykiatrisk problematik som ligger under det här, om det har börjat med en depression om man har tvångsproblem, eller annan form av kormobilitet i neuropsykiatriska störningar som kan påverka maten. Eller den där perfektionismen eller fixeringen”.

Förekommer det andra diagnoser kan den drabbade remitteras vidare. Det är inte ovanligt att personen har någon form av neuropsykiatrisk sjukdom, så som ADHD, autism eller asberger, där personen har lättare för att bli fixerad på en sak.

Vad som upprätthåller en ätstörning är, enligt respondenterna, framförallt orsakerna till varför man drabbas. Sen också själva symptomen som följs av en ätstörning, så som överdrivet fokus på mat och kropp. Om man är smal samtidigt som det anses vara ”fint” att vara smal, är det svårt att gå upp i vikt.

Ett mer tydligt personlighetsdrag är perfektionism, speciellt vid restriktiva ätstörningar så som Anorexia Nervosa. Vanligt förekommande bland personer som drabbas är en också låg självkänsla Tidigare har det även talats om att personer som är drabbade av ätstörningar ofta är hög presterade och har kontrollbehov:

”Många av oss har en ide om att det här blir ett sätt att i alla fall kunna påverka nånting i livet och vissa saker går inte att kontrollera och om man då inte göra något åt det så kan man ändå ta det här”.

3.2 Vad får personen motiverad till en förändring av sitt beteende?

3.2.1 Drabbade

Ett sätt att hantera sitt beteende var att söka hjälp på ett eller annat sätt. Utifrån respondenterna har det först och främst varit någon annan i dess närhet som sökt hjälpen, vilket också resulterat i att motivationen hos den drabbade inte varit tillräckligt stark. Men som vid senare tillfälle kan ha bidragit med att personen i fråga bett om hjälp att söka någon klinik alternativt kontaktat någon behandlare själv när mognaden för en förändring funnits. En av respondenterna beskriver det som en rädsla för att bli ensam och att ingen skulle förstå sig på vad hen egentligen kände eller gick igenom:

”Rädslan för att ingen skulle kunna förstå mig var total”. (Respondent 4)

Respondenterna beskriver att mognaden till att vilja och på så sätt kunna göra en förändring kom först då den drabbade förstod allvarlighetsgraden av beteendet och sjukdomstillståndet.

Det fanns en rädsla för att personen skulle se frisk ut, men att tankarna och beteendet skulle finnas kvar:

”Insidan är i lika stort behov av hjälp som utsidan” (Respondent 4)

Det krävs att behandlaren inte styr och ställer för att den drabbade ska vara motiverad till en förändring av sitt beteende. Från respondenternas uttalanden förekommer det att den drabbade anser dig själv veta vilket behov denne har, samt hur vägen dit ska vara. Om exempelvis en behandlare styrde och ställde berättar respondenterna att viljan till en fortsatt behandling minskade:

”Att träffa en psykolog var bra, men igen var det någon som sa till mig vad jag borde göra, vilket jag inte kunde ta in... eftersom jag fortfarande visste bäst”.
(Respondent 1)

Å ena sidan vill personerna bli friska från sin ätstörning och må bra. Å andra sidan finns en stark rädsla över vad som kommer hända när den drabbade blir friskförklarad och även den starka viktfobin som förekommer, vilket kan försvåra såväl behandling och motivation till ett förändrat beteende:

”Jag ville bli frisk, men anorexin ville inte det och den var ruskigt stark då. Jag hittade jämt anledningar att inte bli frisk och var arg på alla som "försökte göra mig fet". [---] Det kändes orättvist och fel att äta för att de skulle bli glada. Det är ju mitt liv och jag som bestämmer över mig själv! Därför vände allt för mig när jag insåg vems skull jag kämpade för- min egen! ”. (Respondent 5)

När den drabbade inte vågar ge allt och går därmed inte fullt ut kan vägen mot tillfrisknande avta. Viktfobin upplevs som en stark bidragande faktor till att utmaningar inte görs av fullt ut:

”Jag ville ju börja äta, jag var ju egentligen utsvulten, men jag vågade inte”.
(Respondent 4)

Det talas om vårdplaner som också kan ha bidragit som en motivationshöjande faktor:

”Jag hade en siffra jag inte ville passera och undermedvetet gjorde jag inte det heller. Det var först när min behandlare satt en deadline. Upp 1 1/2 kilo annars fick jag inte vara kvar i behandlingen. Jag behövde det. Det hade kanske inte fungerat för alla men jag visste att jag behövde spräcka min guldgräns och jag behövde min behandlare och dagvård mer än allt annat”. (Respondent 3)

Att våga ta nya utmaningar, vara öppen för spontana händelser och ärlig med personer runt om kring kan problematiken som blir av ätstörningen minska. Ett mönster som förekommer under intervjuerna är att när den drabbade vågar utmana sig och möta föreställningarna som de själva skapat, fick respondenterna att inse att det inte var så farligt som de föreställt sig. Detta medgav en starkare självbild och en bättre relation till kosten:

”Jag är inte en sämre människa på grund av vissa kilon eller på grund av vissa matvanor. Jag har fått tvinga mig själv att inse att jag är så mycket mer än matvanor, kilon, små kläder och kalorier”. (Respondent 3)

Respondenterna talar om olika behandlingsmetoder som hjälpt till för att stärka motivationen och de själva som person. Bland annat har behandlingar involverat KBT och självkänslagrupper. Dessa behandlingar har bidragit till att respondenterna fått en ökad förståelse till att ”jaget” är separerat från tankar, känslor och kroppen. Det vill säga, att tankar och känslor får vara precis som dom är, men att den drabbade accepterar att dom står utanför ens kontroll.

I behandlingarna togs matdagbok som ett stöd och motivationshöjande redskap. Dagboken kan fortfarande vara till hjälp vid jobbiga perioder. Respondenterna nämner att dagboken kan, på ett positivt sätt, användas för att få kontroll över kostintaget. För en av respondenterna förekom antidepressiv medicin, vilket hjälpte till för att minska isoleringen och det hen själv kallar för överskottsenergi, som kunde tas ut genom olika beteenden.

Vidare gällande motivation till att bli frisk var att ätstörningen och beteendet tog mycket tid av den drabbades liv. Respondenterna upplever att sjukdomen tog över ett antal år av deras liv. Sjukdomen beskriver en av respondenterna som följande:

”Det tar så mycket tid, det tar så mycket energi och det begränsade mig så otroligt mycket. Jag blev ju så deppig, det kan ha varit det värsta av allt, att man var så ledsen efteråt... det var som, man har en negativ känsla som man tryckte ner... sen får jag upp allting så kändes det tomt. Det var väldigt skönt just den här tomhetskänslan att man får bort allt. Men sen är det som att tomheten bara fyller upp dig, du har ingenting...” (Respondent 1)

En annan av respondenterna nämner att det var tröttsamt att ständigt vara osocial, rädd för utemiddagar och få panikångestattacker samt att se hur de i närheten led. Att det krävs mycket för att göra förändringar i sitt liv. En av respondenterna berättar om sin friskförklaring från sin anorexia som tog ett halvår att komma ur, dock togs det till en överdriven träningsmängd:

”Jag mådde riktigt dåligt, min anorexi hade gått över i Ortorexi och ytterligare 1 och 1/2 år av ångest låg framför mig. [---] Det handlade om att vara nyttig, träna mycket och leva som den perfekta människan. Mina föräldrar var så glada över att jag tagit mig ur anorexin att de inte märkte att jag fortfarande var sjuk”.

Under en av intervjun framkom det att respondenten gått från AN till att senare få ON. Under diagnosen AN förekom ingen direkt överdriven träning och träningsförbudet spelade ingen större roll. När respondenten senare skulle behandlas mot ON var det värre. Träningsförbudet tog så hårt att hen var nära på att inte stanna kvar vid liv:

”Jag fick träningsförbud och blev helt knäckt, tänkte nästan ta livet av mig”

Träningsförbud blev tilldelat till vissa av respondenterna, medan andra inte nämner något om det. När normalvikten återställts fick den fysiska aktiviteten börja succesivt.

3.2.2 Behandlaren

På denna behandlingsklinik finns både öppen- och slutenvård. På både barn och vuxensidan görs en bedömning genom ett batteri med frågor över internet. Genom batteriet ges en översikt av hur ätstörningen ser ut, om det finns en diagnos, om personen ens ska behandlas där i över huvud taget, om det finns andra sjukdomar eller samsjuklighet, hur mycket är självkänslan påverkad och hur mycket tankar har man kring kropp och vila. Efter det brukar personen gå på

det ätstörningskliniken kallar för basföreläsningar, som ger information om kosten, ätstörningen och känslor, vilka är stora delar under hela behandlingen.

Enligt behandlaren så är maten något som alla i hela världen börjar fokuserar på vid behandling:

”När man får i sig mat mår kroppen bättre men ångesten kan öka, men det dör vi inte av”.

Vad gäller ångesthantering för yngre är familj och närmsta anhöriga otroligt viktiga. Med hjälp från föräldrar och andra anhöriga i ångesthantering kan behandlingstiden bli kortare och processen bli bättre för den drabbade. Det handlar mycket om att medvetandegöra vad som händer i kroppen, hur ätstörningstankarna går och rädslan av att gå upp i vikt och tappa kontrollen. I behandlingen får den drabbade hjälp med processen kring att verklighetsanpassa det faktiska och trygga nätet, att personen inte kommer bli så tjock som den har en föreställning om. Det arbetas mycket kring ambivalens och rädslor. De äldre drabbade måste ha en egen stark vilja och motivation till en förändring. Behandlingarna innehåller mycket KBT, där den drabbade och även familjen för det yngre få veta mer om hur man ska förändra sitt beteende och tankar kring beteendet. För vissa behövs en mindre insats och det kan räcka med en internetbehandling, medan andra måste ha mer intensiv vård.

Första fasen i behandlingen innebär att få igång ätandet och strukturen. Därefter kommer personen till en terapeutisk behandling som arbetar med affektreglering, det vill säga att arbeta med sin sinnesstämning och sina känslor. De arbetar också med hur man ska komma igång med sitt liv och hur man gör för att inte få återfall. I första fasen kan en matdagbok vara ett redskap att använda sig av. Det finns även basföreläsningar som ger information om vad kroppen behöver, vad som händer vid svält och hur man rekommenderas att äta. Oavsett hur mycket man arbetar med självkänsla kommer inget kunna ändras om personen inte får i sig tillräckligt med näring. Oavsett om du är överviktig eller underviktig ska individen äta fem till sex måltider, jämt fördelat under dagen:

”Det händer ju ingenting om man inte äter, något som vi är överens om i hela världen, att kroppen tar mer styrk än vad man tror av att inte få mat i sig”.

Att öka glädjen med mat ger också upphov till ett mer socialt liv, att kunna gå ut och fika eller äta lunch med sina vänner. Det är en allvarlig sjukdom och det kan ta årtal att bli både frisk och fri från:

”De flesta som jag möter känner först att det är livsfarligt och sen blir det som en vana att man äter, man inbegriper sig i ett sätt att äta”.

Vad gäller återfallsprevention handlar det mycket om att medvetengöra hur man ska reagera på sina känslor och hur man hanterar situationer som kan upplevas som jobbiga i sitt liv. Behandlaren jämför det som följande:

”Att man på något sätt blir väldigt medveten om att lite allergisk kan man vara”.

Behandlingen berör ofta samtal om att ätstörningen inte är du som person. Den drabbade får lära sig vilken signal som styrs av vad, om det är jaget eller om det är ätstörningen som vill en viss handling. Förmågan att kunna känna vem som styr vad tränas upp:

”Man ska inte reglera känslorna så det sätts på mat utan att man gör något annat. Det handlar också om att ta över kontrollen igen och att återta kontrollen igen över sitt eget ätande när man tidigare fått hjälp”.

Behandlaren nämner att det förekommer en stark ambivalens mellan att vilja må bra men att inte vilja förändra sitt beteende.

”Smärtan kan ligga i att vilja må bra men inte gå upp i vikt”.

Behandlaren vill påstå att det är ett oerhört lidande för personen att vara i denna sjukdom, vare sig det handlar om en låg vikt eller de kroppsligakonsekvenserna som sjukdomen bidrar till. Det blir även en social smärta som följd till isoleringen:

”Det är ju inte annat än om man skulle söka för, låt oss säga diabetes, och läkaren säger att du måste äta medicin, men att du som patient inte vill... då skulle man väl få komma tillbaka när man är redo och vill”.

3.3 Hur ser förhållandet till kost och träning ut efter en friskförklaring? Vad innebär frisk för den drabbade och för behandlaren?

3.3.1 Drabbade

Som föregående fråga belyste fanns det en rädsla för vad friskhetsförklaringen skulle innebära. En av respondenterna nämner att friskhetsförklaringen stärkte självkänslan. Ett förekommande tema är ett accepterande av tankar och känslor. Respondenterna menar att tankarna finns där, likaså känslorna. De har lärt sig att hantera och separera känslor och tankar från sig som person. Respondenterna menar på att det för vad det är, det vill säga en tanke eller en känsla och kopplar det inte till sig själv som person:

”Tankar är bara tankar och de påverkar inte mina handlingar”. (Respondent 5)

Att acceptera sjukdomens allvarlighetsgrad och ha ett medvetande om att återfall kan inträffa bidrar till att personen i fråga inte utsätter sig själv för miljöer och personer som kan trigga beteendet:

”Jag skulle inte utsätta mig själv för till exempel hårt dietande”. (Respondent 1)

Respondenterna hanterar sina val utefter vad de förmår sig kunna och är ärliga mot sig själva för att inte hamna i det sjukliga beteendet igen.

Under första frågeställningen förekom perfektionism som ett mönster bland respondenterna, lika så känslan att klara sig själv och vara där för alla andra. Respondenterna nämner att ärlighet och öppenhet till att kunna ta hjälp är en del av tillfrisknandets väg:

”För att jag fixar allt, och jag klarar allt och jag ska göra alla glada, men det går ju inte... så det är ju liksom i och med att jag accepterade mig själv som jag kunde be om hjälp på ett annat sätt”. (Respondent 1)

Att anse sig själv vara frisk nämner respondenterna beror på problematik och egna värderingar. En av respondenterna uttrycker sig som följande:

”Jag går ut, trots att jag känner mig som en kossa, jag äter glasspaketet trots att det känns ångestfyllt. Jag vill prioritera andra saker än min vikt och mitt utseende. Jag har insett att jag är mer än mitt utseende och jag har också fått lära mig att jag måste göra saker jag faktiskt själv får ut något av än bara för att behaga andra. Jag har helt enkelt skaffat mig ett egenvärde”. (Respondent 3)

För alla är det inte en dans på rosor att bli frisk. Det innebär inte endast kroppsligt utan också psykiskt tillfrisknande, vilket kan ta årtal att komma ifrån:

”Det tog flera år innan alla jobbiga tankar var borta, de försvann mer och mer”.
(Respondent 2)

En annan av respondenterna nämner friskhet:

”Att vara frisk anser jag vara att ha ett avslappnat förhållande till mat, träning och sin kropp. Att inte bry sig vad andra tycker utan göra det som passar en själv”.
(Respondent 2)

I stort handlar friskhet, enligt respondenterna, om att kosten inte längre ses som ett hinder och att den fysiska aktiviteten inte längre är ett tvång, snarare en glädje och lustfylld stund.

Temat som följs till respondenternas förhållande till kost är att ha en fortsatt struktur och regelbundenhet i kostintaget. En av respondenterna nämner att det fortfarande finns tankar om att kontrollera sin kost, äta mindre och träna mer. Dock belyser respondenten att det är betydelsefullt att fortsätta att utmana sig själv att göra motsatsen och inte låta ätstörningen vinna. Att öppna sig och våga se verkligheten är något som hjälpt respondenterna i vägen mot ett tillfrisknande.

Att skapa avstånd till ätstörningen och inte förknippa sig själv som maktlös och sjuk tror en av respondenterna kan ha stor betydelse i vägen mot tillfrisknandet. Mat och vikt är något som vi konstant matas av, personer som haft ätstörningar har en extra känslighet för denna typ av information.

Ytterligare tema som förekommer är att respondenterna tror att personer som lidit av en ätstörning får ett ännu bättre och friare förhållande till kost och träning, jämfört med personer som inte anses ha en ätstörning. En av respondenterna nämner liknande: i och med att samhället är ätstört i sig och att många har symptom på ätstörningar men inte anser sig som sjuka. Personer som har kämpat sig fria har samtidigt kommit sig själv väldigt nära efter allt det svåra. Det betyder mycket att känna sig själv och veta vad som gör en stark:

”Jag känner mig friare än människor som inte själva anser att de har något problem med maten, men det är kanske så att om man själv har varit nere och känt på botten... så förstår man hur stor del av sitt liv man lägger på ett beteende som inte gynnar en själv eller någon annan - Ett destruktivt beteende”. (Respondent 4)

Friskhet kategoriserar respondent 5 som följande:

”1) Man tänker inte så mycket på vad, hur och när man äter. 2) Man äter för att träna och inte tvärtom. 3) Man accepterar den man är och förstår att vikt inte är allt. 4) Man kan se det fina i livet och leva sitt liv”.

”Att vara frisk betyder olika saker för olika personer, men för mig har det mest handlat om att kunna leva igen och känna att det är jag som bestämmer över mitt liv. Det bästa med att vara frisk är att kunna känna rusande lycka utan anledning”.

”För att vara helt frisk ska man kunna hoppa över ett planerat träningspass utan att få ångest, kunna äta något onyttigt helt spontant utan ångest, kunna äta mer än normalt då och då, men även kunna äta lite mindre när man inte känner sig så hungrig”.

Idag anser respondenterna att deras förhållningssätt till den fysiska aktiviteten, är sund. Den fysiska aktiviteten utförs med glädje och när personen vill. Mer eller mindre vissa dagar utan att ångest och tvångstankar tar över:

”Jag tillåter mig själv att inte göra saker jag inte känner för utan att behöva må dåligt av det”. (Respondent 1)

”Alla kan bli friska och glada igen. Men jag vill poängtera att det hänger på personen själv. Ingen annan kan göra en frisk, det är man själv som måste kämpa. Det är hårt, svårt och jobbigt, men värt det i slutändan. De som säger att man inte kan bli helt frisk har fel. Jag skulle nästan påstå att man kan bli mer frisk än de som aldrig varit sjuka”. (Respondent 5)

3.3.2 Behandlaren

Hur processen av ett ätstört beteende ser ut som drabbad kan vara olika. Beroende på hur mycket vikt som förlorats och hur snabbt det gått samt hur mycket kroppsliga konsekvenser personen fått. Kroppen tar stor skada och vid behandling fokuseras det framförallt på att börja äta. Hur processen ser ut för att bli frisk är också väldigt olika. Behandlaren säger att det dels beror det på hur snabbt personen får hjälp, dels hur den drabbade får hjälp.

Ute i dagens samhälle möter vi dieter, matprogram och det är allt mer fokus på kroppen. Det är en stor exponering på detta för en person som både lider av eller har varit drabbad av en ätstörning. Det kräves en enormt stark mobilisering och styrka i att veta vad som är rätt för en själv. Att vara öppen med sin problematik kan underlätta:

”Har man en öppenhet att man har problem så tror jag att man får väldigt mycket hjälp kring att man ska klara sig”.

Att få sin mens tillbaka innebär inte att man är diagnosfri, för att få en ätstörningsdiagnos måste vissa kriterier uppfyllas som dels innebär en påverkan på vikten, dels att det finns många felaktiga tankar kring sin egen kroppsuppfattning samt mensbortfall. Däremot kan mensens användas som en måttstock. Vad gäller killar kollar man också upp hormonproduktionen. Det händer att personer blir friskförklarande från en ätstörning men får en annan diagnos inom ätstörningsproblematiken. När alla kriterierna för en specifik ätstörning, det vill säga AN eller BN, men tankar och beteendemönster finns kvar kallas det för ätstörningar UNS. Att bli frisk och fri från sin ätstörning handlar om att kunna hantera sitt liv och sina tankar:

”Att bli frisk och fri pratar vi snarare om att bli fri från sina tankar men det kan vara en enorm process som handlar mer om hur jag reglerar mina känslor, istället för till maten”.

4. Diskussion

Syftet med studien var att skapa en förståelse för ätstörningsproblematik genom att undersöka den subjektiva upplevelsen hos personer som är friskförklarade och en behandlare inom området.

4.1 Utveckling och yttrande

Det är svårt att veta hur och när utvecklingen av ett ätstört beteende börjar. Utvecklingen av en ätstörning sker inte över en dag, det är en process som sker succesivt över tid. Resultatet visar att utvecklingen av ett ätstört beteende började med att de drabbade mått dåligt. Detta är något som behandlaren nämner kan vara en utlösande faktor. Vad det egentligen är som gör att vissa personer blir drabbade och har en tendens att utveckla ett ätstört beteende är inte tydligt nog för att kunna dra en slutsats av. Det som nämns är att vissa personer är mer sårbara till att hamna i problematiken. I resultaten framgår det att det finns en ökad sårbarhet hos de drabbade. Ofta börjar med små beteenden som med tiden blir allt fler, och tvångsmässiga handlingar kommer smygandes. Enligt Sandeberg et al. (2009, s. 38 f.) har individuella faktorer som perfektionism, överdriven noggrannhet, höga ambitioner, negativ självbild samt tvångsmässighet starka samband till utvecklingen av det störda beteendet. Vanliga effekter som nämns hos de drabbade är ilska och frustration. Sandberg et al. (2009, s. 38 f.) menar att olika livshändelser kan vara riskfaktorer till det störda beteende. Ingen av respondenterna nämner någon specifik livshändelse som kan ha varit en början till beteendet, utöver press och den psykiska sårbarheten. Även behandlaren menar att personer som drabbas ofta till en början mått dåligt under en period. Skönhetsidealet i samhället är något som nämns som en bidragande faktor till utvecklingen av en ätstörning. Skönhetidealet i samhället är även något som den ideella organisationen Frisk & Fri (2012e, s. 5) tar upp som en möjlig faktor. Mode industrin betonar en vältränad kropp, som f.d. handels- och försvarsminister Sten Tolgfors (m) konstaterar i det inledande citatet av studien, finns ett stort antal unga som inte behöver utsättas för detta.

4.1.1 Teoretisk utgångspunkt

Nakkens (1996, s. 28-44) tre olika stadier går att koppla till studiens resultat, i det första stadiet börjar personen allt mer avstå från sociala möten. Vid skam, ilska, sorg eller annan känsla som upplevs som dålig kompenseras det, i detta fall blir över maten. Resultatet visar ett mönster i att

den drabbade drar sig undan och blir allt mer isolerade. I det första stadiet finns fortfarande en valmöjlighet, men personen i fråga väljer oftast den minst ångestladdade sidan. Vilket på sikt leder till att beteendet blir starkare. Respondenterna i studien nämner att de har kontroll och för exempelvis varje indragen måltid upplevs positivt, som å andra sidan kan ses som att det stärker missbruket. Som ett av citaten i resultatdelen ovan beskriver respondenten att dennes beteende blev starkare för varje gång en måltid kunde avstås ifrån och för varje gång vikten blev lägre.

I andra stadiet börjar den drabbade att förlora kontrollen över sitt beteende och blir på så sätt allt mer upptagen av att hitta anledningar till att använda sitt ”missbruk”. Ju längre missbruket pågår, desto mer isolerad blir den drabbade. (Nakken 1996, s. 44-62) Resultaten visar på att situationen förnekas och att personerna drar sig undan mer, vilket i sin tur leder till att det sociala umgänget blev allt mer begränsat vilket också ledde till en ökad isolering. Som också behandlaren nämner, kan isolering vara en tidig markör och varningssignal.

Tredje stadiet beskrivs som att det inte finns något jag kvar hos missbrukaren. Det är under tredje stadiet som missbruket tar över hela livet, och det enda som är viktigt för den drabbade är drogen. (Nakken 1996, s. 63-71; Treasure, Corfield & Cardi 2012, s. 431-436) Detta var något som respondenterna än idag kan tänka tillbaka till, alla år som försvunnit på grund av sin ätstörning.

4.1.2 Bakgrund och tidigare forskning

Tidigare forskning konstaterar att ett undvikande beteende uppstår för att minska risken för upplevda hot, dominans och eventuella konflikter. Det framkommer även att den drabbade ignorerar medkänslor då det kan försvåra kontrollen över sina egna känslor. Som i ovanstående stycke, tar sjukdomen över i tredje fasen. De närliggande till den drabbade får uppleva ilska. (Treasure, Corfield & Cardi 2012, s. 431-436) Resultaten visade att det fanns tendenser som handlade om ilska och sorg. Respondenterna påstod att det är betydelsefullt att skapa ett avstånd, en separation mellan sjukdomen och sig själv genom öppenhet.

Vanliga personlighetsmönster som förekommer i studien är osäkerhet, perfektionism och ett starkt kontrollbehov. Perfektionism anser även Björck & Ekeröth (2012, s. 20) kan innebära den drabbade kunde haft en extra sårbarhet till utvecklingen av sitt beteende. Tidigare forskning tyder på att perfektionism och tvångshandlingar är vanliga bland personer som lider av en ätstörning, likaså förvärras tillstånden med ätstörningens debut (Crane, Roberts &

Treasure 2007; Filaire, Treuvelot & Toumi, 2012, s. 383-389; Ahre'n-Moonga et al. 2008, s. 268 f.) Ytterligare mönster som framkommer under intervjuerna är att de drabbade alltid velat vara alla andra till lags, haft höga krav på sig själv och att det ofta funnits en rädsla att misslyckas. Vilket tyder på att självkänslan är låg hos de drabbade personerna, som också behandlaren konstaterar är vanligt bland ätstörda personer. Hen nämner också att det tidigare talats om att drabbade personer ofta är högpresterande och har ett behov av kontroll. Vilket också framkommer från de drabbades intervjuer. Om det upplevdes en oförmåga att kunna kontrollera vissa saker i ens liv, tas kontrollen över på maten. I resultatet nämns att det kan ses som ett sätt att få kontroll över något i sitt liv eller för stunden. Självkänslan är något som de friskförklarande nämner har varit viktigt under behandlingen, so Ahre'n-Moonga et al. (2008, s. 268 f.) skriver i sin studie är det vanligt att den drabbade är perfektionism, har tvångsmässiga beteenden och låg självkänsla.

Människan strävar efter att vara den perfekta personen, både inför andra och för oss själva. Samhället ger oss en bild av vad perfekt innebär och i sin strävan efter att få den perfekta kroppen driver sig anorektiker till svält. Enligt Nakken (1999 s. 74, 76, 78 f.) driver strävan efter att vara perfekt oss mer och mer bort från jaget. Den perfektionistiska strävan orsakar frustration, stress och ensamhet. Liksom Sandeberg et al. (2009, s. 38 f.) nämner kan den drabbade reagera ilsket och ha en stark frustration som en negativ effekt av att inte uppnå den perfekta bilden. När personen i fråga inte kan uppnå föreställningen som finns av att vara perfekt skapas skamkänslor. Ofta ses resultatet som det viktiga snarare än processen till sitt resultat. (Nakken 1996, s. 74, 76, 78 f.) Om det inte finns kontroll kan det upplevas som en dålig egenskap, vilket också ofta händer i det naturliga åldrandet hos människan. Som också behandlaren nämner händer det mycket i utvecklingsfasen hos kvinnor och i samband med detta upplever den drabbade ha tappat kontrollen över sin kropp. (Nakken 1996, s. 76, 79) Utifrån studiens resultat kan vi se att det är svårt att säga hur beteendet börjar och när ätstörningen blir ett problem. Någonstans har respondenterna haft en strävan efter att vara perfekt och har även ansett sig haft kontroll över sitt beteende. Som återkommande tema under studien har ingen av respondenterna medvetet velat hamna i det svåra och sjuka tillståndet. Behandlaren anser att inte någon av de som drabbas har i avsikt att hamna i den svåra sjukdomen.

Att vara hälsosam och nyttig är ett återkommande mönster bland respondenterna med strikta regler till kost och träning. Enligt behandlaren innebär nyttigt för en ätstörd person att utesluta

kost som innehåller kolhydrater och fett. Respondenterna beskriver att intag av fett och kolhydrat var förbjudet. Godis och kött var även det något som drogs ner efterhand och träningsmängden ökade allt eftersom. Studien gjord på dietist- och nutritionstudenter visade att ju senare in i utbildningen studenterna var, ju hälsosammare kost valdes (Korinth, Schiess & Westenhofer 2009, s. 32-37). Här syns ett samband med en av respondenterna, som nämner att den utlösande faktorn var hemkunskapsundervisningen i skolan. Där tankar väcktes om att det gick att förändra kroppen med kosten. KÄFS (2010 a) skriver att det är av vikt att fokusera på det positiva som mat och ätande ger, för att inte få negativa tankar om ätandet och sin kropp. Den tidigare studien som gjordes på dietist- och nutritionstudenterna visade att de hade striktare val av livsmedel och högre risk att hamna i ett ätstört beteende (Korinth, Schiess & Westenhofer 2009, s. 32-37).

Kormobilitet som depression, ångeststörning och tvångsmässiga handlingar är vanligt bland personer med ätstörningar. Depression är en av de vanligaste samsjukligheterna till ätstörningar. Vilken problematik som kommer först och kan bidra till en ätstörning är ett område som kräver vidare forskning. Svälten påminner mycket om depressionssymtom som nedstämdhet, sämre koncentrationsförmåga och trötthet, vilket också kan påverka skattningen vid diagnostisering av andra samsjukligheter. Detta är något som både behandlare och tidigare forskning säger. (Björck & Ekeroth 2012, s. 22) Björck & Ekeroth (2012, s. 27 f.) nämner att farmakologisk behandling kan behövas. Under intervjuerna förekom det att en av respondenterna fick antidepressiv medicinering som hjälp till att minska på sin isolering. Den drabbade nämner även att isoleringen utvecklade tvångstankar och tvångshandlingar som också medicineringen hjälpte till att minska. Om det är den fysiologiska reaktionen från kroppen som ökar tvångsmässigheten för personen eller om det föreligger tvångsproblematik utanför ätstörningsproblematiken framgår inte. Detta är också något som Ahre´n-Moonga et al. (2008, s. 268 f.) förutsäger. Behandlaren nämner under intervjun att det är svårt att veta vilken problematik som förekommer först. Fursland & Watson (2003) kom fram till att personer med ångest eller depression har 1,54 gånger större risk att insjukna i en ätstörning, jämfört med den övriga befolkningen. Samtidigt säger Björck & Ekeroth (2012, s. 22) att av personer som lider av en ätstörning uppfylls upp till 70 % kriterierna för depression samtidigt som de lider av en ätstörning.

4.2 Behandlingar och metoder

En respondent gick från att bli friskförklarad från AN till att några månader senare få en ny diagnos, ON. Liksom Björck & Ekeroth (2012, s. 21) säger är det inte ovanligt att en person med ätstörningsproblematik kan få en annan diagnos inom ätstörningar och att tankar och känslor fortfarande kan finnas kvar efter en friskförklaring. Detta konstaterar även behandlaren under intervjun som vanlig. Dock är det endast en som nämner att de fått en annan diagnos inom ätstörningar efter en friskförklaring. Detta kan bero på att tre av de fem intervjuade blivit friskförklarade inom ganska kort tid, det vill säga inom de närmsta 8 månaderna.

4.2.1 Bakgrund och tidigare forskning

Tidigare forskning kom fram till att behandlingen bör fokusera på att normalisera kroppssammansättning, vikt, olika kostbeteenden samt ändra ohälsosamma tankar och arbeta med känslolösa problem som kan bidra till ett stort kostbeteende (Sundgot-Borgen 2002, s. 259 f.). KBT, regelbundna kostvanor och självkänsla var förekommande inom ätstörningsbehandlingar. Matdagboken upplevdes vara till stor hjälp både i behandling liksom idag vid jobbigare perioder. Behandlaren berättar om hur viktigt det är med att få en regelbundenhet i kosten, maten är hela grunden för att den övriga hjälpen också ska fungera. Kopplat till bakgrunden kan vi också se att regelbundenhet i kosten kan minska på exempelvis hetsätning (Björck & Ekeroth 2012, s. 43). Clinton & Norring (2009, s. 149-156) beskriver tre faser genom behandlingen av ätstörningar. Kosten är ett av fokusområdena, i fas ett handlar det om att få igång ätandet, i fas två arbetas det för en regelbundenhet i kosten med hjälp av matdagbok och inom fas tre handlar det om att vidmakthålla. Gällande KBT skriver Clinton & Norring (2009, s. 145 f.) att den drabbade själv ska konfronteras med sina rädslor och komma fram till en förändring av sitt beteende. Det kräver att personen vågar utmana sig till det som känns obehagligt och jobbigt. Detta menar också respondenterna ha en stor betydelse, å ena sidan behöver den drabbade själv komma till en insikt om och få motivation för en förändring, å andra sidan är kampen svår och det krävs mycket av en person som redan är i ett svagt tillstånd för att klara av och våga ta utmaningar för att klara kampen.

4.2.2 Motivation

Ambivalens är ett förekommande tema genom studien, både respondenterna och behandlaren nämner viljan till att bli frisk och må bra men det finns många hinder och fobier på vägen, vilket kan göra att behandlingsprocessen tar längre tid. Som Clinton & Norring (2009, s. 185) skriver

finns en stark ambivalens, en anorektiker har gått så långt in i sjukdomen så den drabbade förknipar sin identitet med ätstörningen, medan en bulimiker är så djupt överväldigad av att hantera sin ångest genom kompensation. En anorektiker har en stor viktfobi, vilket kan vara en svår faktor för att hitta en motivation till att gå upp i vikt. I behandling handlar det mycket om motivationskrävande arbete till att våga göra förändringar. Enligt behandlaren kan den drabbade ha svårt att bli motiverad till en förändring när det handlar om att gå upp i vikt, då personen i fråga kan ha en stark viktfobi. Vilket också påvisas av studiens resultat kan tydliga mål ge den drabbade trygghet (Clinton & Norring 2009, s. 157 f.). Som resultatet visar kan det vara svårt att hitta en motivation till att göra en förändring när det anses vara fint att ha en smal kropp.

Vidare kan det finnas en rädsla för vem personen skulle vara utan sin sjukdom samt en rädsla för att bli ensam och oförstådd. Detta visar även att ätstörningen övertagit personens identitet så som också Nakkens (1996, s. 63-71) tredje stadium tar upp. Clinton & Norring (2009, s. 185) menar att det är extra viktigt för en anorektiker att veta att dess anhöriga kommer finnas kvar även om personen går upp i vikt. Detta för att det finns en stark osäkerhet i att bli frisk på utsidan det vill säga kroppsligt men inte på insidan, det vill säga psykiskt, som också nämns förekomma under intervjuerna av respondenterna.

Att hitta tillbaka till livslusten kan vara en del av motivationen till att göra en förändring av sitt beteende. Beteendet upplevs som att ätstörningen håller jaget som en fånge och det framkommer även att det sjukliga beteendet är tidskrävande och kostar mycket energi. DeJong et al. (2013) undersökning visade att personer som lider av en ätstörning har sämre livskvalité än övrig befolkning. Respondenterna förklarar det som att de blev allt mer isolerande och med tiden kunde en saknad av det sociala umgänget vara en stor motivationshöjande faktor. Darcy et al. (2010, s. 260-270) skriver i sin studie kan bland annat önskan om att få barn, att utveckla den egna identiteten eller skapa stödjande relationer kan vara motivationshöjande aspekter. I resultatet kan vi också se att det förekommer en trötthet till att ständigt vara osocial, rädd för utemiddagar och att få panikångestattacker, men även se anhöriga och närstående bli lidande.

I resultatet tar respondenterna upp att det är än själv som behöver komma fram till en lösning, för att motiveras till att göra en förändring. Det kan kopplas till Björck och Ekeröth (2012, s. 44) som anser att den drabbade har goda kunskaper om hälsa, näring och kost, vilket kan försvåra motivationen. Speciellt viktigt är det att den drabbade får korrekt kunskap och

information inom områdena, det vill säga vad hälsa, näring och kost innebär med hjälp av experter.

4.3 Friskhet och förhållandet till kost och fysisk aktivitet

Respondenterna förklarar friskhet som acceptans till sina tankar och känslor, att inte agera på dem. Med acceptans till sina tankar och känslor menar respondenterna på att inte förknippa dessa med sig själv som person. Personen kan acceptera att tankarna och känslorna finns där precis som de är, men att dom står utanför den drabbades kontroll. Studien om kognitiva faktorerens roll i utvecklingen av ätstörning visar på att det är viktigt att uppmärksamma ungdomar som har ett destruktiva tankar om vikt och kost. (Zarychta, Luszczynska & Scholz 2014) Respondenterna berättar att de fick jobba med tankarna om att livet är mycket mer än mat, kilon och kalorier. Tankarna om sig själva utvidgades, lika så att det inte är kilona som gör människan. Tidigare forskare klassificerar en frisk anorektiker som helt frisk då en normalvikt är nådd och personen har en normal menstruation samt då inga andra ätstörningssymtom uppvisas. (Clinton & Norring 2009, s. 55 f.) Behandlaren däremot säger att mensens kan användas som en måttstock. Den drabbade anses också vara frisk när denne äter tre regelbundna mål om dagen utan kompensering eller självrensning. Detta konstateras även av Noordenbos (2011, s. 442 ff.) (Bilaga 4). Förhållandet till fysisk aktivitet ska vara avslappnad och lustfylld snarare än ett syfte att förlora vikt och i relation till mat. I bakgrunden av den föreliggande studien nämns att den drabbade ska ha en positiv inställning till kroppssammansättningen för anses vara frisk.

Den fysiska återhämtningen innebär att vikten, pulsen och kroppstemperaturen är normal. Den psykiska återhämtning handlar om att den drabbade ska ha fått en starkare självkänsla, en positiv inställning mot sig själv, ha en ökad spontanitet och mindre perfektionism samt ha mindre restriktiva regler. Detta är inget som nämns rakt av under den föreliggande studien, dock framgår det att en utifrån resultaten att respondenterna kan acceptera tankar och känslor, de har blivit mer spontana och kan göra det som den själv vet är rätt, även om känslan upplevs som det motsatta. Emotionell reglering innebär att personen nu kan förstå sig på och hantera känslorna och hitta alternativa strategier som minskar den ångestladdande känslan, samt ha en positivare inställning till spontanitet. Vilket nämns både från behandlare och de drabbade i studiens resultat. Även nämns det att den drabbade ska kunna ha en avslappnad relation till livet. Lika så handlar friskhet om att den sociala isoleringen minskar. Vilket också visades vara en motivationshöjande aspekt bland respondenterna. (Noordenbos 2011, s. 442 ff.)

4.4 Sammanfattande diskussion

I den föreliggande studien nämns det att anhöriga kan ha svårt att se vad som försegår. Träning och en bra kost ses som hälsosamt, vilket kan göra att ätstörningen inte gör sig synlig. Detta påvisar både behandlaren och en av respondenterna under intervjun. Fysisk aktivitet och bättre kostvanor upplevs vara hälsosamt. Å andra sidan kan överträning vara en varningssignal, lika så om kosten blir allt mer restriktiv. Detta konstaterar även Björck & Ekeroth (2012, s. 23). Träningen ska inte utföras i syfte att förlora vikt eller i syfte till exempelvis matintag. Relationen till mat ska vara avslappnad och lustfylld. (Noordenbos 2011, s. 442 ff.) Enligt Björck & Ekeroth (2012, s. 46) ska den fysisk aktivitet ge en positiv upplevelse snarare än vara en ångstdämpande strategi. Idag anser sig respondenterna ha ett sunt förhållningssätt när det gäller kostvanor och aktivitet. Det handlar om glädje snarare än ett tvång. Den fysiska aktiviteten kan avstås från utan ångest.

4.5 Slutsats och vidare forskning

Denna studie kan underlätta förståelsen till ätstörningsproblematiken, hur friskförklarade beskriver sina upplevelser både i sjukdomstillståndet med även efter en friskförklaring. Min förhoppning med studien är att personer som lider av en ätstörning kan känna igen sig, och med studien få en motivation till att förändra sitt beteende till något bättre. Som ett av citaten i resultatet:

”[---] om man själv har varit nere och känt på botten... så förstår man hur stor del av sitt liv man lägger på ett beteende som inte gynnar en själv eller någon annan[...]

Likaså kan studien ge närstående och personer som arbetar med ätstörningar en överblick av den subjektiva upplevelsen utifrån tidigare drabbade. Vidare skulle det vara intressant att följa upp denna studie och se över om respondenterna har missbruk inom familjer,, så som Nakken (1996, s. 84, 95) konstaterar löper större risk att hamna i ett missbruk.

Från resultaten visades det ett ökat intresse för mat. Under intervjuerna förekom det dels att en av respondenterna arbetade med mat, dels följde en annan av respondenterna olika matbloggar. Om det är en ätstörning som gör att intresset av mat och leva nyttigt ligger i bakgrunden till val

av exempelvis utbildning, eller om det är utbildningen som ligger till grund av vissas utveckling av ätstörningsproblematik är något som skulle vara intressant att forska vidare inom. Vidare skulle det vara intressant att undersöka hur kost och hälsa förmedlas på olika utbildningar. Inom alla nivåer av utbildningar. Är det den ätstörda sidan som resulterar i det starka intresset för mat och hälsa? Kanske utvecklas ätstörningen på grund av bristfällig kunskap och förmedling av ämnet på utbildningar om hälsa, fysisk aktivitet och kost.

Personer som ska förmedla hälsa bör ha kunskap om såväl det hälsosamma, som den ohälsosamma sidan. Vad är det som händer med vår befolkning när fokus ligger på dieter och kalorimängder? Skulle ätstörningar och kroppsfixering minska om alla lärde sig att äta en regelbunden och varierad kost, samt ha en minskad spänning till den fysiska aktiviteten? Jag tror, som också framkom i studien, att hela samhället är ätstört i sig. Ytterligare skulle det vara av intresse att ta reda på hur många som upplever livslust och glädje till strikta regler, kostrestriktioner och ”måste” träningar, och vad som gör att personen vidmakthåller sitt beteende.

Käll- och litteraturförteckning

I författarens ägo, Otryckta källor/ Fotnoter

Civilingenjör Med. Dr. Daggfelt, K. (2013). *Idrottsvetenskap och forskningsmetodik III: Vetenskapliga metoder*. Gymnastik och Idrottshögskolan: Stockholm [20131106]

Fil. Dr. pedagogik Bäckström, Å. (2013). *Idrottsvetenskap och forskningsmetodik III: Kvalitativ analys*. Gymnastik och Idrottshögskolan: Stockholm [201311]

6 stycken intervjuer i författarens ägo.

Tryckta och elektroniska källor

Elektroniska källor

Björck, C., & Ekeröth, K. (2012). *Missbruk och ätstörning: kunskapsstöd och praktisk vägledning för behandlingspersonal inom missbruksvård*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS)

Tillgänglig på Internet:

<http://www.stat-inst.se/publikationer/institutionsvard-i-fokus/10-2012-missbruk-och-atstornin g/> [20140220]

Drogupplysningen (2012). *Bruk, missbruk eller beroende*.

Tillgänglig på internet:

<http://www.drogupplysningen.se/artiklar/bruk-missbruk-eller-beroende> [20140225]

Farm, M. (2011). *Psykologguiden: Kontrollbehov*.

Tillgänglig på internet: <http://www.psykologguiden.se/www/pages/?ID=282&Kontrollbehov> [20140503]

Farm, M. (2013). *Psykologguiden: Självkänsla*.

Tillgänglig på internet: <http://www.psykologguiden.se/www/pages/?ID=299&sjalvkansla> [20140503]

Frisk&fri (a) Anorexi. *Riksföreningen mot ätstörningar*

Tillgänglig på internet: <http://www.friskfri.se/om-atstorningar/anorexia-nervosa/> [20140116]

Frisk&fri (b) Bulimi. *Riksföreningen mot ätstörningar*

Tillgänglig på internet: <http://www.friskfri.se/om-atstorningar/bulimia-nervosa/> [20140116]

Frisk&fri (c) Hetsättningsstörning. *Riksföreningen mot ätstörningar*

Tillgänglig på internet: <http://www.friskfri.se/om-atstorningar/hetsatningsstorning/>
[20140116]

Frisk&fri (d) Ätstörning UNS. *Riksföreningen mot ätstörningar*

Tillgänglig på internet: <http://www.friskfri.se/om-atstorningar/atstorning-uns/> [20140116]

Frisk & Fri (2012e). Frisk och Fri: *ett studie material för dig som behöver veta mer om ätstörningar*. Tillgänglig på internet: http://friskochfri.oer.folkbildning.net/?page_id=426
[20140220]

Glant, Heléne (2000). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar: handbok för behandlare, skolpersonal, föräldrar och vänner*. Stockholm: Natur och kultur

Gråberg, I. (2013). Psykologguiden: *Tvång*.

Tillgänglig på internet: <http://www.psykologguiden.se/www/pages/?ID=168&tvang>
[20140503]

Kunskapscentrum för ätstörningar. (2013). Finns det andra ätstörningar än anorexi och bulimi. Stockholms läns landsting: KÄFS, Nr 4.

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄFS) (2010a). Hur kan man prata med en elev som misstänks ha en ätstörning?

Tillgängligt på internet:

<http://www.atstorning.se/idrott-skola/atstorningar-i-skolan/prata-med-en-elev/> [20140221]

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄFS) (2010b). Kan ätstörningar upptäckas i skolan?

Tillgängligt på internet:

<http://www.atstorning.se/idrott-skola/atstorningar-i-skolan/upptacka-atstorningar/> [20140221]

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄFS) (2010c). Vad kan skolan göra?

Tillgänglig på internet:

<http://www.atstorning.se/idrott-skola/atstorningar-i-skolan/vad-kan-skolan-gora/> [20140221]

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄFS) (2010d) Idrott och ätstörning.

Tillgänglig på internet:

<http://www.atstorning.se/idrott-skola/idrott-och-atstorning/information-till-idrottsledarelarare/>
[20140221]

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Nakken, Craig (1996). *Jaget och missbrukaren: hur en missbrukarpersonlighet uppstår: hur ett tillfrisknande kan äga rum*. Stockholm: Proprius i samarbete med Svenska rådet för alkohol- och beroendefrågor (SCAA)

Nationalencyklopedin (2011a)

<http://www.ne.se/enkel/kroppsuppfattning> [20140113]

Nationalencyklopedin (2011b)

<http://www.ne.se/enkel/ätstörningar> [20140113]

Nationalencyklopedin (2011c)

<http://www.ne.se/lang/fixering/170429> [20140113]

Nationalencyklopedin (2014a)

<http://www.ne.se/kost> [20140128]

Nationalencyklopedin (2014b)

<http://www.ne.se/motivation> [20140130]

Nationalencyklopedin (2014c)

<http://www.ne.se/missbruk> [20140225]

Nationalencyklopedin (2014 d)

<http://www.ne.se/perfektionism> [20140503]

Psykologguiden (2014) Psykologilexikon: *Jaget*

Tillgänglig på internet: <http://www.psykologguiden.se/www/pages/?Lookup=jaget>

[20140511]

SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU-rapport nr 181. ISBN 978-91-85413-12-6.4

Tillgänglig på internet:

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Metoder-for-att-framja-fysisk-aktivitet/> [20140128]

Sandberg, A., Birgegård, A., Mohlin, C., Ström, C., Norring, C., & Silverstrand, M. (2009). Regionalt vårdprogram [Elektronisk resurs]. Ätstörning. (2009). Stockholm: Stockholms läns landsting.

Tillgänglig på internet:

http://www.sls.se/upload/cepf/rv_atstorningar_2009_webbversion.pdf [20131110]

Statens Folkhälsoinstitut (1999). [Elektronisk resurs] *Ett liv av vikt: fem år senare*. 1. uppl. (1999). Stockholm: Folkhälsoinstitutet

Tillgänglig på internet: <http://www.fhi.se/PageFiles/3199/livavvikt.pdf> [20131111]

Swanberg, Inga (2006). *Prevention av ätstörningar* [Elektronisk resurs]: kunskapsläget idag. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Tillgänglig på Internet:

<http://www.fhi.se/PageFiles/3250/r200440preventionavaststorningar.pdf> [20140522]

Tolgfors, S.(2005). Sveriges riksdag [Elektronisk resurs]. Statens ansvar för vården vid ätstörningar. Motion 2005/06:So314. Stockholm.

Tillgänglig på internet:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Statens-ansvar-for-varden-vid-_GT02So314/?text=true [20131109]

Tryckta källor

Clinton, D N. & Norring, C. (red.) (2009). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. 2. utg. Stockholm: Natur & kultur

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4. ed.(2000). Washington, DC: American Psychiatric Association

Tillgänglig på internet: <http://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>
[20140116]

Hassmén, N. & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU idrottsböcker.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 1. uppl. Stockholm: Liber

Schäfer Elinder, L. & Faskunger, J. (red.) (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm:

Södersten, P. & Bergh, C. (2003). Eating Disorders. I: H Henry, A Norman (Eds) *Encyclopedia of Hormones*, Academic Press, San Diego, 431.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

Artiklar

Ahre´n-Moonga, J., Holmgren, S., von Knorring, L. & af Klinteberg, B. (2008) Personality Traits and Self-Injurious Behaviour in Patients with Eating Disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.* (16), s. 268–275

Crane, AM., Roberts, ME. & Treasure, J. (2007). Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 40 (7) s. 581–588. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20419/pdf>

Darcy, AM., Katz, S., Fitzpatrick, KK., Forsberg, S., Utzinger, L. & Lock, J. (2010). All Better? How Former Anorexia Nervosa Patients Define Recovery and Engaged in Treatment. *European Eating Disorders Review*. Vol. 18 (4), s. 260-270.

DeJong, H., Oldershaw, A., Sternheim, L., Samarawickrema, N., Kenyon, M D., Broadbent, H., Lavender, A., Startup, h., Treasure, J. & Schmidt, U. (2013). Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *Journal of Eating Disorders*. Vol. 1 (43) <http://www.jeatdisord.com/content/1/1/43>

Filaire, E., Treuvelot, P. & Toumi, H. (2012). Relationship Between Eating-Behavior Disorders and Psychological Parameters in Male First-Year Physical Education Students. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, vol. 22, s. 383 -391

Fursland, A & Watson, HJ (2013). Eating disorders: A hidden phenomenon in outpatient mental health? *International Journal of Eating Disorders*.
<http://mx.ihf.se:2330/doi/10.1002/eat.22205/full>

Korinth, A., Schiess, S. & Westenhoefer, J. (2009). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition 1-6*, Vol. 13 (1), s. 32-37
Tillgänglig på internet:
http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN13_01%2FS1368980009005709a.pdf&code=c3f09b553baf3bac3d961c531b3262e2 [20140113]

Noordenbos, G. (2011). Which Criteria for Recovery Are Relevant According to Eating Disorder Patients and Therapists? *Eating Disorders*. Vol. 19, s.441–45

Sjöberg, M. & Andersson, A.(2005). Kostmedvetenhet och ätstörningar inom idrotten. *Idrottsmedicin*, vol. 2, s. 18-21.

Tillgänglig på internet: <http://np.netpublicator.com/netpublication/n02740727> [20140116]

Sundgot- Borgen, J. (2002). Weight and eating disorders in elite athletes. *Scandinavian Journal Of Medicine & Science in Sports*, vol. 12 (5), s.259-260

Thomas, J. J., Vartanian, L. R., & Brownell, K. D. (2009). The Relationship Between Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) and Officially Recognized Eating Disorders.:Meta-Analysis and Implications for DSM. *Psychological Bulletin*, vol. 135 (3), s. 407-433

Tillgänglig på Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847852/> [20140116]

Treasure, J., Corfield, F. & Cardi, V. (2012). Review: A Three-phase Model of the Social Emotional Functioning in Eating Disorders. *Eating Disorders Unit, Institute of Psychiatry: London, UK.*

Treasure, J. & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*. Vol. 1(13), s. 1-10

Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. & Probst, M. (2007). Which Elements in the Treatment of Eating Disorders Are Necessary 'Ingredients' in the Recovery Process?—A Comparison between the Patient's and Therapist's View. *European Eating Disorders*. Vol. 15, s. 357–365
Tillgänglig på internet:

<http://mx.ihs.se:3124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=e3ee2e2c-042c-4768-923c-4bfb e3c5a20c%40sessionmgr4001&hid=4104>

Zarychta, K., Luszczynska, A. & Scholz, U. (2014). The association between automatic thoughts about eating, the actual–ideal weight discrepancies, and eating disorders symptoms: a longitudinal study in late adolescence. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity Official Journal of the Italian Society for the Study of Eating Disorders (SISDCA)*. Vol. 10 (10070).

Bilaga 1 - Käll- och litteratursökning

Syfte och frågeställningar

Studien syftar till att skapa en förståelse för ätstörningsproblematiken utifrån den subjektiva upplevelsen hos personer som är friskförklarade och behandlare inom området.

- Hur kan ett ätstörningsbeteende börja och yttra sig?
- Vad får personen motiverad till en förändring av sitt beteende?
- Hur ser förhållandet till kost och träning ut efter en friskförklaring? Vad innebär frisk för den drabbade och för behandlaren?

Vilka sökord har du använt?

Orthorexia nervosa, Orthorexia nervosa new eating, weight related eating exercise, eating attitudes and body attitudes, Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa, Orthorexia nervosa AND exercise, orthorexia nervosa OR exercise, Eating Disorder AND behavior, negative effects exercise OR eating disorder, eating disorder weight, Ortorexi behandling, SLL ätstörning, Ätstörning, Kroppsuppfattning, kost träning, idrott energiintag, ortorexia ätstörning, nutrition och träningsbeteende, physical behavior exercise nutrition, eating disorder exercis, ätstörningar UNS, exercise eating disorder, health attitude exercise, eating disorder, Ortorexi, beteenden kost och fysisk aktivitet, Kostundersökningar, Self- efficacy surveys, eating disorder questinaty, Self-Determination Theory, the way out eating disorder, physical activity treatment eating disorder, Treatment emotional eating disorder, eating disorder, treatment, treatment effectiveness eating disorder.

Var har du sökt?

PubMed, Ebsco/sportdiscus, Google, ätstörning.se, SveMed+, Google scholar, The Cochrane library, Pion, OTseeker, DiVA, Svenska livsmedelsverke, GIH enkäter i uppsatsen, GIH bibliotek, Vallentuna bibliotek, Frisk & Fri (ab kontakt), Mando, Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ), Ylab, Journal of eating disorders

Sökningar som gav relevant resultat

Google scholar: *nutrition och träningsbeteende*
Bibliotek: *Ätstörningar, eating disorder, Behandla och förebygga ätstörningar.*
GIH uppsatser/tidsskrifter: *ätstörningar, idrott och hälsa.*
Frisk & Fri, Mando, SCÄ och Ylab, *gav relevant bakgrund samt länkar till artiklar.*

Kommentarer

Sökningen på nutrition och träningsbeteende via Google scholar fann jag Motivation och målsättning till hälsosamma kostvanor samt "It's a thin line between health and being too healthy". Dessa uppsatser gav mig inspiration och relevant forskning som jag också kunde läsa till den förelagda studien.

På GIH hade det tidigare gjort studier om idrott och hälsa, både på elever och dess motivation till ämnet samt en annan studie om tränarens inställning till ätstörningar inom idrotten. Dessa var också inspiration och till stor hjälp i letandet efter relevant forskning.

Bibliotek sök: Svårt att hitta relevant fakta till min studie både i bok och i vetenskaplig form. Efter att ha tittat i tidigare studier som involverar liknande ämne hittade jag författare och förslag på böcker som kommit till användning.

Ytterligare vill jag kommentera rubriken "Relevanta resultat". Som ovan nämnt hittades inspiration till relevant forskning och källor genom tidigare uppsatser, men även genom tidigare forskning och olika journaler.

Bilaga 2 - Grundbegrepp och definitioner

Fixering

”Fixering är en oförmåga att frigöra sig från ett förhållningssätt/beteende som bidrar till driftstillfredsställelse” (NE, 2011c)

Kroppsuppfattning

”Är den uppfattning eller den bild man har av sitt utseende och sin kropp. Den beror inte bara på hur kroppen verkligen ser ut utan också på hur man känner sig och hur man mår i övrigt. När man har ätstörningar är det vanligt att man har en negativ och störd kroppsuppfattning. Exempelvis tycker man att man ser tjock eller otränad ut även om man egentligen är ganska smal och vältränad”. (NE, 2011a).

Ätstörning

”Ätstörning är ett tillstånd som kännetecknas av problem med ätande, aptit och vikt” (NE, 2011b).

Kost

Beskriver nationalencyklopedin som en blandning av olika livsmedel tillförs dagligen för att täcka vårt näringsbehov. Sammansättningen kan variera inom vida gränser, men ändå täcka behovet då livsmedlen kombineras på lämpligt sätt. (NE, 2014a)

Tallriksmodellen

Innebär att en tredjedel av tallriken bestående av rotfrukter/grönsaker, en tredjedel protein samt en tredjedel kolhydrat (Björck & Ekeröth 2012, s. 43).

Fysisk aktivitet

”Med fysisk aktivitet avses all kroppsrörelse som är en följd av skelettmuskulaturens sammandragning och som resulterar i ökad energiförbrukning. Begreppet fysisk aktivitet innefattar således kroppsrörelse under såväl arbetstid som fritid och alla olika former av kroppsovningar, gymnastik, motion och friluftsliv.” (SBU, 2007)

Hälsa

”Hälsa ses som en resurs i vardagslivet, inte målet med livet. Hälsa är ett positivt koncept som betonar sociala och individuella resurser såväl som fysisk förmåga” (WHO 1986, s.1).

Motivation

”Psykologisk term för de faktorer hos individen som väcker, formar och riktar beteendet mot olika mål. Teorier om motivation förklarar varför vi över huvud taget handlar och varför vi gör vissa saker snarare än andra.” (NE, 2014b)

Ångest

SLL (2013) beskriver ångest som ”vanligen kopplad till något obehagligt eller smärtsamt som man tror ska hända, kanske för att det har hänt tidigare i livet eller för att man har upplevt hur andra har råkat ut för det. Men man kan också få intensiv ångest utan att man riktigt förstår varför man mår så dåligt”.

Bruk

”Bruk av en drog innebär att man konsumerar den utan att vara beroende och utan att användandet tillfogar individen eller dess omgivning någon skada” (Drogupplysningen 2012).

Missbruk

”Är en överdriven- eller okontrollerad användning av exempelvis alkohol, mat eller narkotika” (NE, 2014c). ”Det innebär att drogen påverkar både individ och omgivningen negativt” (Drogupplysningen, 2012)

Jaget

”Jaget är den funktion som svarar för individens självbevarelse genom att inhämta kunskap om omvärlden, lagra kunskapen i minnet, undvika alltför stark påverkan (genom flykt), hantera lagom svåra situationer (genom anpassning) och ändra omvärlden till egen fördel (aktivt ingripande, coping). Jaget är placerat mellan å ena sidan drifternas pockande på tillfredställelse och omvärldens normer som barnet är[...] utifrån påtvingade.”(Psykologguiden, 2014)

Tvång

”Att dubbelkolla saker, ha fixa idéer och små ritualer för sig” (Gråberg, 2013)

Perfektionism

”Överdriven noggrannhet med arbete, hygien, kläder m.m.” (NE, 2014 d)

Kontrollbehov

”Kontrollbehov kan yttra sig i att känna sig tvungen att dubbelkolla att apparater är avstängda, ofta fråga efter andras åsikt och försäkringar att allt är som det ska eller hysa en stark, inre känsla av att behöva upprepa och granska i sitt inre vad man själv sagt och gjort i olika situationer. Det finns överdrivna och tvångsmässiga kontrollbehov, men också kontrollbehov som är helt normala.” (Farm, 2011)

Självkänsla

”Den grundinställning vi har till oss själva. Att uppleva sig älskad, sedd och accepterad som man är anses vara viktiga faktorer för att utveckla en sund självkänsla. Med låg självkänsla blir vi mer sårbara för depression, oro och ångest.”(Farm, 2013)

Bilaga 3 - Förtydligande beskrivning av definitionen på de olika ätstörningarnas kriterier enligt DSM-IV.

	Definition av ätstörningar enligt DSM-IV
Diagnos	Kriterier
Anorexia Nervosa	1. Personen vägrar hålla kroppsvikten på eller över undre normalgränsen för sin ålder och längd. Mindre än 85 % av förväntad vikt.
	2. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli överviktig, trots att han eller hon är underviktig.
	3. Personen uppvisar en störd upplevelse av den egna kroppen i avseende till vikt och form.
	4. Utebliven mens minst 3 månader i följd för kvinnor som menstruerar.
Bulimia Nervosa	1. Personen har återkommande hetsättningsperioder som kännetecknas av att a) personen på kort tid äter en större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter. b) personen upplever att han eller hon har förlorat kontrollen över ätandet under hetsättningsperioden
	2. Personen ägnar sig åt någon form av opassligt kompensationsbeteende för att inte gå upp i vikt till följd av sina hetsättningsperioder.
	3. Både hetsättningsperioderna samt det olämpliga kompensationsbeteendet sker i medeltal två gånger i veckan under 3 månaders tid.
	4. Personens självkänsla är starkt sammankopplad med vikt och kroppsform.
	5. Störningen förekommer inte endast under episoder av anorexia nervosa.
Ätstörningar UNS/EDNOS	1. För kvinnor, alla kriterier för anorexi uppfylls förutom att menstruationen fortfarande är regelbunden.
	2. Alla kriterier för anorexi uppfylls förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall, trots att han eller hon gått ner betydligt i vikt.
	3. Alla kriterier för bulimi uppfylls förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensationsbeteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller har förekommit under en kortare period än tre månader.
	4. En normalviktig person som regelbundet använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att endast ha ätit små mängder mat.
	5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer maten.
	6. Hetsättningsstörning, ett bulimiskt beteende men utan de olämpliga kompensatoriska beteendena som förknippas med bulimi.

Bilaga 4 – Översyn på 11 kriterium för tillfrisknande enligt Noordenbos

Kriterier för tillfrisknande
1 Kostvanor
2 Fysisk aktivitet och träning
3 Relation mot mat
4 Kroppsuppfattning
5 Fysisk återhämtning
6 Psykisk återhämtning
7 Emotionell reglering
8 Avslappning
9 Sociala relationer
10 Sexualitet (beroende på ålder)
11 Samsjukhet

Bilaga 5 - Hur patienterna samt terapeuterna rangornar de olika faktorernas meningsfullhet under behandling

	Patienters syn	Terapeuternas syn
1	Förbättrad självkänsla	Förbättra självkänsla
2	Förbättrad kroppslig kännedom	Öka motivationen till förändring
3	Lära sig hantera och lösa problem	Öka den kroppsliga kännedomen
4	Öka motivation för att inte ge upp ätstörningsproblematiken	Förstå sig på ätstörningen i det dagliga livet
5	Stöd från behandlare/terapeut	Minska på social isolering
6	Lära sig förstå sig på sina känslor	Lära sig förstå sig på sina känslor
7	Förstå sig på ätstörningen i det dagliga livet	Lära sig hantera och lösa problem
8	Lära sig äta normala portioner	Bli mer impulsiv
9	Få insikt av mitt ätstörningsproblem	Sluta med självrensning eller hetsättnings beteenden
10	Sluta med självrensning eller hetsättnings beteenden	Få insikt av mitt ätstörningsproblem
11	Hantera traumatiska upplevelser	Stöd från föräldrar/familjemedlemmar.
12	Lära sig slappna av	Acceptera min ideal vikt
13	Stör från andra patienter	Stöd från behandlare/terapeut
14	Bli mer impulsiv	Normalisera vikten
15	Acceptera min ideal vikt	Hantera traumatiska upplevelser
16	Njuta av sexualitet och intimitet	Lära sig slappna av
17	Bryta social isolering	Lära sig äta normala portioner
18	Sluta eller minska på min perfektionism	Njuta av sexualitet och intimitet
19	Normalisera vikten	Sluta eller minska på min perfektionism
20	Stöd från föräldrar/familjemedlemmar.	Stör från andra patienter

Bilaga 6 - Intervjufrågor drabbade

Nedan ser du studiens syfte och frågeställningar. Det är de **feta** frågorna som är frågeställningarna och under frågorna är endast som en hjälp. Det går därför jättebra att svara det du själv känner är relevant för frågeställningen (det vill säga de fetamarkerade frågorna). Allt är frivilligt och du har rätt att avbryta eller välja att avstå att svara på det som du inte vill delge.

Studiens syftar till att skapa en förståelse för ätstörningsproblematiken utifrån den subjektiva upplevelsen hos personer som är friskförklarade från ätstörningar och behandlare inom området.

Hur kan ett ätstörningsbeteende börja och yttra sig?

- Skulle du kunna berätta kortfattat om dig och ätstörningen? Hur såg utvecklingsprocessen av din ätstörning ut?
- Vad tror du kan ha varit en möjlig utlösande faktor till din problematik?
- Minns du någon/några speciella beteenden eller handlingar som följt dig under ätstörningens debut? (tvång, perfektionism, kontrollbehov, minskad spontanhet...)

Vad får personen motiverad till en förändring av sitt beteende?

- Vad fick dig att söka hjälp? (självmant?)
- Minns du vägen från att diagnos sattes och genom behandling? Berätta gärna.
- Vad fick/får dig motiverad till att göra en förändring?
- Vilka metoder/strategier har främst hjälpt dig till den du är idag?

Hur ser förhållandet till kost och träning ut efter en friskförklaring? Vad innebär frisk för den drabbade?

- Skulle du kort kunna beskriva hur vägen var mot tillfrisknande?
- Hur såg dina kost- och träningsvanor ut innan du fick en diagnos? Vad hände när diagnosen ställdes?
- Vad anser du vara friskt? Finns det några kriterier som bör uppfyllas?
- Anser du att man bli frisk och fri från sin ätstörning? Hur ser det ut för dig?
- Hur möter du tankarna och relationen till beteenden idag? Finns det något tankemönster kvar, i så fall, hur hanteras dom?
- Hur ser ditt förhållande till kost och träning ut idag?

Är det något annat du skulle vilja dela med dig av som inte har kommit på tals?

Bilaga 7 - Intervjufrågor behandlaren

Nedan ser du studiens syfte och frågeställningar. Det är de **feta** frågorna som är frågeställningarna och under frågorna är endast som en hjälp. Det går därför jättebra att svara det du själv känner är relevant för frågeställningen (det vill säga de fetamarkerade frågorna). Allt är frivilligt och du har rätt att avbryta eller välja att avstå att svara på det som du inte vill delge.

Studiens syftar till att skapa en förståelse för ätstörningsproblematiken utifrån den subjektiva upplevelsen hos personer som är friskförklarade från ätstörningar och behandlare inom området.

Hur ser utvecklingsprocessen av ett ätstörningsbeteende ut?

- Skulle du kunna beskriva utvecklingsprocessen av ätstörning?
- Finns det några vanligt förekommande stadier under utvecklandet av samt under ätstörningen?
- Hur skiljer sig de olika problematikerna åt i/under utvecklingsprocessen?
- Finns det några vanliga beteendemönster/handlingar hos individer med en ätstörning?

Vad får personen motiverad till en förändring av sitt beteende?

- Kan du berätta lite om vilka strategier/metoder som används vid behandling?
- (Vilken hjälp finns att få?)
- Var läggs fokus främst på under behandling av ätstörningar?
- Ser behandlingen olika ut beroende på vilken ätstörning personen har?
- Hur möter ni de olika ätstörningsproblematikerna?

- Är det någon metod/strategi som ni upplever att den drabbade tar med sig när behandlingen är klar?

- Vad får patienterna motiverade till en förändring?
- Hur ser ni på återfall? Hur arbetar ni för att minska riskerna för ett återfall?

Hur ser förhållandet till kost och träning ut efter en friskförklaring? Vad innebär frisk för behandlaren?

- Kan man bota en ätstörning, hur ser förloppet ut?
 - Vad anser du vara frisk? Finns det några kriterier som bör uppfyllas?
 - Anser du att man kan bli frisk och fri från sin ätstörning?
-
- Hur upplever du att den drabbade handskas med sin problematik i det dagliga livet, när den anses vara frisk? Om det finns det något tankemönster kvar, Hur hanteras det?