

# Att ha en ätstörning – en del i relaterandet till mig själv och andra – en tematisk analys ur ett patientperspektiv

---

**Karin Jacobson**  
**Theresia Ljung**

Handledare: Gerhard Andersson  
Bihandledare: Malin Bäck  
Examinator: Doris Nilsson



## Sammanfattning

Ätstörningar är ofta komplexa och allvarliga tillstånd som skapar ett stort lidande för både patienter och deras anhöriga. Syftet med denna studie var att utifrån ett patientperspektiv få ökad kunskap om och förståelse för ätstörningars etiologi och varande, vilket anses vara viktigt för att möjliggöra en så effektiv ätstörningsvård som möjligt. Studien har en induktiv kvalitativ ansats och femton intervjuer med ätstörda informanter har analyserats med tematisk analys. Den tematiska analysen resulterade i tre huvudteman; *Det inre livet*, *Att vara – eller att inte vara – med andra* samt *Ätstörningen genom livet*. Studiens resultat stödjer bilden av ätstörningar som komplexa tillstånd där flertalet faktorer kopplade till det inre livet, kroppen och andra människor både utlöser, påverkar samt vidmakthåller problematiken. Svårigheter i *relaterande* från olika perspektiv ses som en gemensam nämnare för studiens resultatteman. Studiens slutsatser konstaterar att ätstörda individers bristande mentaliseringsförmåga, eventuella dissociativa symtom, interpersonella svårigheter samt brist på sociala sammanhang bör tas i beaktande för att kunna nå effektiva resultat i behandlingen av ätstörda individer.

*Sökord: ätstörning patientperspektiv relationer mentalisering*

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Tidigare forskning och teoretisk bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Vad är en ätstörning?.....	1
Teorier och synsätt kring ätstörningars uppkomst och utveckling .....	2
Ätstörningsbehandling .....	3
Tidigare forskning kring patientupplevelser .....	4
Sammanfattning .....	5
<b>Syfte</b> .....	<b>5</b>
<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
Kvalitativ metod.....	6
Tematisk analys.....	6
Procedur .....	6
Intervjuguide .....	7
Urval och informanter .....	7
Bearbetning och analys av data.....	7
Etiska överväganden .....	8
<b>Resultat</b> .....	<b>9</b>
Det inre livet.....	10
Förståelse för ätstörningen.....	10
Känslohantering och kontroll.....	11
Att tvingas leva med kroppen .....	12
Att vara - eller inte vara - med andra .....	13
Passivitet och isolering. ....	14
Den stora hemligheten. ....	14
Konflikter.....	16
Att inte bli förstådd. ....	16
Ätstörningen genom livet.....	17
Ätstörningen som livserfarenhet .....	17
Ökad komplexitet över tid. ....	18
Inskränkningar i livet. ....	19
Vägen framåt.....	19

<b>Diskussion.....</b>	<b>20</b>
Resultatdiskussion.....	20
Ätstörningar och mentalisering.....	21
Ätstörningar och dissociation .....	23
Ätstörningar och relationer.....	25
Nyorientering i livet.....	27
Metoddiskussion.....	28
Förförståelse.....	28
Val av metod.....	29
Kvalitetsvärdering.....	29
Övriga styrkor och svagheter.....	30
<b>Slutsatser .....</b>	<b>31</b>
Kliniska implikationer.....	32
Reflektioner kring framtida forskning .....	32
<b>Referenser .....</b>	<b>34</b>
Appendix .....	39
Bilaga 1. Intervjuguide.....	39

# ATT HA EN ÄTSTÖRNING – EN DEL I RELATERANDET TILL MIG SJÄLV OCH ANDRA

## - EN TEMATISK ANALYS UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

### **Inledning**

Ätstörningar är ofta komplexa och allvarliga tillstånd som skapar ett stort lidande för både patienter och deras anhöriga. Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd så som depression, ångest och tvångssyndrom är vanligt. I diagnosgruppen ätstörningar ingår anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning samt andra specificerade och ospecificerade ätstörningar. Det är vanligt att ätstörda individer uppfyller olika ätstörningsdiagnoser över tid (SBU, 2019). I Sverige lider cirka 200 000 individer av en ätstörning och mörkertalet antas vara stort. En stor andel ätstörda individer söker inte vård för sin problematik. Majoriteten av individerna med en ätstörningsdiagnos är kvinnor, även om forskning visar att andelen män som insjuknar i en ätstörning ökar. Livet med en ätstörning innefattar förutom ett psykiskt lidande även ett somatiskt lidande. Ätstörningar kan vidare innebära stora kostnader, både på ett personligt och på ett samhällsekonomiskt plan (Socialstyrelsen, 2019).

### **Tidigare forskning och teoretisk bakgrund**

#### ***Vad är en ätstörning?***

En ätstörning är en psykiatrisk diagnos som kan få mycket allvarliga konsekvenser för den enskilde individens hälsa. Det finns olika definitioner av ätstörningar. Clinton och Isomaa (2022) beskriver ätstörningar som ”*problem med hur en person äter eller försöker att kontrollera sin vikt, sin kropp eller sitt ätande, som allvarligt försämrar både den fysiska och den psykiska hälsan samt hur personen fungerar socialt*” (s.26). De tar vidare upp betydelsen av kontroll vid ätstörningssjukdom. Ofta finns ett behov hos individen av att kontrollera maten, vikten samt oönskade tankar och känslor. Ätstörningen kan bli ett sätt att hantera krav i livet som individen inte maktar med eller klarar av att anpassa sig till.

Vid bedömning och diagnostisering av ätstörningar utgår man från diagnosmanualen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-version 5). Sjukdomsbilden vid anorexia nervosa kännetecknas av att individen har ett otillräckligt energiintag vilket medför en undervikt. Det finns en stark rädsla för viktuppgång och kroppsupplevelsen är störd avseende vikt eller form. Självkänslan påverkas i hög grad av kroppsvikt eller kroppsförhållanden.

Bulimia nervosa kännetecknas av upprepade episoder av hetsätning. Hetsätning innebär att personen äter stora mängder mat okontrollerat under en avgränsad tid. Liksom vid anorexia nervosa är självkänslan överdrivet påverkad av kroppens vikt eller form. Individen använder sig av upprepade olämpliga kompensatoriska beteenden för att motverka viktuppgång, exempelvis i form av kräkningar eller överdriven motion. Hetsätningss störning kännetecknas av upprepade episoder av hetsätning, som vid bulimia nervosa, men utan de kompensatoriska beteendena. Ofta äter personen i sin ensamhet på grund av skamkänslor över sitt ätande (American Psychiatric Association, 2013).

Andra specificerade ätstörningar är en kategori som används när inte alla kriterier är uppfyllda för ovanstående diagnoser, men där personen uppvisar ett stort lidande och symtom på en ätstörning. Vid undvikande/restriktiv ätstörning har individen ett bristande intresse för mat som handlar mer om den sensoriska upplevelsen av maten. Dessa svårigheter kan leda till signifikant viktnedgång och näringsbrist (American Psychiatric Association, 2013).

### ***Teorier och synsätt kring ätstörningars uppkomst och utveckling***

Enligt Clinton och Isomaa (2022) råder det idag samstämmighet om att ätstörningssjukdom bäst förstås utifrån ett multifaktoriellt synsätt där psykologiska, kulturella och biologiska faktorer interagerar med varandra. De tar upp att ätstörningar är komplexa fenomen som är svåra att förstå och bemöta, inte bara för den ätstörda individens anhöriga utan även för behandlare och specialister inom området. De menar att man bör betrakta ätstörningar från ett *inifrån* och ett *utifrån* perspektiv. Utifrån sett kan man bedöma och diagnostisera ätstörningar med hjälp av de olika kriterierna för respektive ätstörning. Inifrånperspektivet handlar om att försöka förstå den unika individen med alla känslor av skam, skuld och ångest som är förknippade med ätstörningen och som kan vara drivande i ätstörningsproblematiken.

Det finns andra sätt att förstå vad som orsakar och vidmakthåller en ätstörning. En av de mest vedertagna modellerna är Christopher Fairburns transdiagnostiska modell som framhåller dysfunktionella scheman för självvärdering. Enligt denna modell övervärderas kropp, vikt och mat för känslan av att duga vilket ofta leder till överdriven kontroll och perfektionism (Fairburn et al., 2003). Clinton och Norring (2012) tar upp olika psykologiska faktorer som kan ha betydelse vid utvecklingen av ätstörningar. De tar upp att trauma i kombination med andra faktorer så som personlighetsvariabler kan utgöra en risk för att utveckla ätproblem. Andra psykologiska faktorer är olika interaktionsmönster i familjen, där kommunikationsproblem och bristande omsorg verkar vara riskfaktorer. Man tar även upp inlärningsteoretiska perspektiv där viktnedgång vidmakthålls

av positiv förstärkning från omgivningen och kognitiva faktorer i form av maladaptiva tankar kring kropp, vikt och ätande.

Andra psykologiska förklaringsmodeller lyfter fram brister i den tidiga utvecklingen och intrapsykiska konflikter som tillsammans med samhälleliga värderingar och smalhetsideal skapar förutsättningar för utvecklingen av ätstörningssjukdom (Clinton och Norring, 2012). I en studie av Culbert et al. (2015) fann man att personlighetsdrag så som perfektionism och impulsivitet var riskfaktorer för att utveckla en ätstörning. I en rapport från Socialstyrelsen (2019) rapporterade patienter själva främst psykologiska och personlighetsrelaterade orsaker till att de insjuknat i en ätstörning. Exempel på orsaker som redovisades var bland annat låg självkänsla, perfektionism, höga krav och överbeskydd från familjen, dåliga relationer, stress samt negativ kroppsuppfattning.

Forsén och Monell (refererad i Clinton och Isomaa, 2022) tar vidare upp de samhälleliga faktorer som kan ha samband med utvecklingen av ätstörningsproblematik. Utöver rådande smalhetsideal lyfter de att samhället upplevs ha blivit mer ytligt och individualistiskt. Andra faktorer som tros kunna påverka är de hälsotrender som råder i samhället samt den ”smittoeffekt” kroppsmisnöje kan ha i sociala miljöer. Ett annat sätt att förstå ätstörningar är utifrån ett genetiskt perspektiv. Bulik och Leppä (refererad i Clinton och Isomaa, 2022) lyfter att ätstörningar utvecklas genom ett samspel av både arv och miljö, men att vissa individer verkar mer sårbara för miljöfaktorer än andra.

### ***Ätstörningsbehandling***

Ätstörningsbehandling kan inkludera psykologisk samtalsbehandling, farmakologisk behandling, nutritionsbehandling, fysiska kontroller samt fysioterapeutiska behandlingar (Socialstyrelsen, 2019). För psykologiska samtalsbehandlingar är kliniska riktlinjer framtagna för bedömning och behandling av ätstörningsproblematik. I Sverige har Svenska Psykiatriska Föreningen (Wallin et al., 2015) framtagit dessa riktlinjer och internationella riktlinjer är framtagna av brittiska National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2020) och American Psychiatric Association (2006). De psykologiska behandlingar som rekommenderas i NICE (2020) är specialiserad stödjande klinisk behandling, kognitiv beteende terapi (KBT) för ätstörningar individuellt och i grupp, olika familjebaserade behandlingar och behandling enligt den familjebaserade Maudsley-modellen.

I Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer (Wallin et al., 2015) tar man upp Interpersonell Psykoterapi (IPT) som ett behandlingsalternativ till KBT vid bulimia nervosa och hetsättningsstörning. Självhjälpsprogram lyfts även fram



som ett alternativ vid behandling av framför allt hetsättningsproblematik (Fairburn, 2017). Övriga behandlingar som beskrivs är KBT-E som är en form av kognitiv beteendeterapi särskilt utvecklad för ätstörningsbehandling, psykodynamisk terapi, mentaliseringsbaserad terapi, familjeterapi och multifamiljeterapi (Wallin et al., 2015).

Socialstyrelsen (2019) rapporterar att även om det finns flertalet behandlingar för ätstörningar så är det en stor andel av patienterna som avbryter sin behandling i förtid. Det är även vanligt med återfall i sjukdomen och cirka hälften av patienterna tillfrisknar inte efter genomförd behandling. Det redovisas även att personal inom ätstörningsvården till viss del upplever patienterna som besvärliga på grund av den ambivalens och låga motivation många ätstörda individer uppvisar inför behandling. Socialstyrelsen bedömer att det behövs mer forskning inom ätstörningsområdet, då ökad förståelse och kunskap kan leda till att fler ätstörda individer kan få en effektiv behandling.

Clinton och Isomaa (2022) lyfter vikten av behandlingsrelationen i ätstörningsbehandling. De beskriver vidare att förutom symtomreduktion kan behandling behöva fokusera på de problem som den unika individen brottas med. De tar även upp betydelsen av hälsosamma relationer och sammanhang som främjar individens utveckling.

### ***Tidigare forskning kring patientupplevelser***

En studie från 2021 (Gustafsson et al.) sammanställde kvalitativa systematiska översikter inom ätstörningsområdet. Sammanställningen delades in i tre områden; patientens perspektiv, närståendes perspektiv samt hälso- och sjukvårdens perspektiv. Sammanställningens resultat gällande patientperspektivet visade bland annat att patienter med ätstörningar beskrev livet som isolerat och ensamt samt att de hade svårigheter i relationer. Vidare så upplevde patienterna att det var viktigt att deras behandling inte bara fokuserade på viktrehabilitering och återgång till ett normalt ätande, utan att det även var viktigt att vårdpersonal såg hela människan.

En rapport från SBU uppmärksammade de kunskapsluckor som finns inom ätstörningsområdet. Gällande patientperspektivet så saknades bland annat systematiska översikter som rör patienters erfarenheter och upplevelser av relationen till närstående, detsamma gällde även systematiska översikter som rör patienters behov och önskemål kring sin behandling. Mycket få av de befintliga systematiska översikterna inom ätstörningsområdet inkluderade svenska eller nordiska studier. Majoriteten av studierna fokuserade endast på patienter med diagnosen anorexia nervosa, detta trots att majoriteten av ätstörda patienter har andra ätstörningsdiagnoser (SBU, 2019).

Socialstyrelsen (2019) intervjuade ätstörda patienter i syfte att undersöka deras upplevelser gällande vårdens kunskap om ätstörningar. Resultatet visade bland annat att patienterna upplevde att det blir ett för stort fokus på deras vikt och kropp. Patienterna upplevde att de har blivit skuldbelagda av vården och de uttryckte en önskan att inte behöva känna skuld om de misslyckas i sin behandling. De önskade få förståelse gällande den stora ambivalens de upplever inför att påbörja behandling. Patienterna önskade även att behandlingen anpassas efter deras behov och diagnoser. Det efterfrågades vidare mer kunskap om andra ätstörningsdiagnoser förutom anorexi. I en rapport från SBU (2019) lyfte man fram vikten av att ta del av ätstörda patienters egna upplevelser och erfarenheter i syfte att kunna förbättra ätstörningsvården.

### ***Sammanfattning***

Sammanfattningsvis så skapar ätstörningar ett stort lidande för patienter och deras anhöriga. Det finns olika teoretiska uppfattningar om vad som orsakar och vidmakthåller en ätstörning och det finns också flertalet olika psykologiska ätstörningsbehandlingar. Det är dock vanligt att patienter avslutar sin behandling i förtid och ungefär hälften av patienterna tillfrisknar inte efter avslutad behandling. Även om det finns studier som fokuserar på patientupplevelser vid ätstörningar så finns det även luckor i denna forskning, bland annat hur relationen till närstående påverkas av och påverkar ätstörningen. Majoriteten av de kvalitativa studier som finns gällande patientupplevelser som rör olika aspekter av deras ätstörning gäller patienter med diagnosen anorexia nervosa. Det är viktigt att undersöka patientupplevelser även inom andra ätstörningsdiagnoser. Det finns även få svenska kvalitativa studier som undersöker patienters upplevelser kring sin ätstörning från olika perspektiv. En fördjupad kunskap från ett patientperspektiv kan vara ett steg i utformandet av effektiva behandlingar för denna patientgrupp. Med tanke på ovanstående information så är det viktigt att individer själva får beskriva hur de upplever sin ätstörning, upplevda orsaker till denna samt hur ätstörningen kan påverka och påverkas av olika företeelser i livet. Detta anses vara viktigt för att möjliggöra en så effektiv och hållbar ätstörningsvård som möjligt.

### **Syfte**

Syftet med denna studie var att utifrån ett patientperspektiv få ökad kunskap och förståelse om ätstörningars etiologi och varande.

## Metod

### *Kvalitativ metod*

För att besvara uppsatsens syfte valdes en kvalitativ ansats då vi önskade fånga och beskriva informanternas subjektiva upplevelser och erfarenheter. En kvalitativ ansats anses lämplig för att göra fördjupade analyser av språkliga utsagor (Trost, 2010). Kvalitativ forskning kan vidare användas för att få en fördjupad kunskap och förståelse gällande individers upplevelser och även vilken meningsbärande funktion dessa upplevelser står för (Willig, 2019). Kvalitativa forskningsmetoder kan ha en deduktiv eller en induktiv ansats. Termen induktiv syftar bland annat till att det inte finns en förutbestämd teoretisk utgångspunkt utan att analysen snarare sker förutsättningslöst utifrån insamlad data. Det är dock av vikt att ha i åtanke att forskarens förförståelse påverkar datainsamlingen och analysprocessen (Braun & Clarke, 2022). Denna uppsats har en induktiv ansats då syftet var att finna teman och gemensamma nämnare i det insamlade datamaterialet utan en förutbestämd teoretisk ram.

### *Tematisk analys*

Denna studie har tillämpat tematisk analys då det bedömdes vara en lämplig analysmetod för att besvara uppsatsens syfte. Tematisk analys anses vara en lämplig metod för att analysera verbala utsagor och för att identifiera teman i insamlad data. Datamaterialet kan exempelvis bestå av intervjuer (Braun & Clarke, 2006). Braun och Clarke (2022) definierar ett tema som något som är återkommande och relevant i det insamlade datamaterialet i relation till den aktuella forskningsfrågan. Inom tematisk analys kan teman presenteras på en semantisk eller latent nivå. Termen semantisk nivå hänvisar till en mer beskrivande redovisning av olika teman, men kan även inkludera viss grad av tolkning av det insamlade materialet. Termen latent hänvisar till att forskaren redan från början i analysfasen tolkar det semantiska materialet. I denna studie tillämpades ett semantiskt förhållningssätt då vi önskade presentera en beskrivande redovisning av olika teman men som ändå öppnade upp för möjlighet till en viss grad av tolkning.

### *Procedur*

För att besvara denna studies syfte har videoinspelade intervjuer analyserats. Intervjuerna genomfördes med patienter innan de påbörjade behandling med Interpersonell Psykoterapi (IPT) och var del av en förmätning i en naturalistisk studie. Under 2013 genomförde nationella kvalitetsregistret för ätstörningsbehandling, Riksät, denna studie inom ätstörningsvården i Sverige, i syfte att bredda och utvärdera behandlingsutbudet för ätstörningar. Data samlades in av 19 terapeuter från totalt 47 terapier i form av skattningsformulär och inspelade videosessioner. Patienterna var diagnostiserade med bulimia nervosa eller angränsande tillstånd samt depression, lindrig till svår episod (Bäck et al., 2017; Bäck et al., 2020). I början, i mitten och i slutet av

respektive terapi genomfördes intervjun SRF-ED (Symtomspecifik Reflekterande Funktion hos ätstörda). Av det videomaterial vi har tagit del av fanns 15 av de initiala SRF-ED-intervjuerna inspelade på video.

### ***Intervjuguide***

Intervjun SRF-ED består av 13 frågor och riktar sig till individer med ätstörning (se bilaga 1). I intervjun undersöks bland annat personens upplevelse av sambandet mellan ätstörningen och tankar, känslor, kroppsupplevelser, situationer samt relationer. Intervjun inkluderar även frågor om ätstörningens funktion och inverkan på livet (Skårderud et al., 2012). SRF-ED har sin teoretiska grund i mentaliseringstraditionen (Fonagy et al., 1998). Syftet med denna studie var inte att skatta reflektiv funktion utifrån intervjusvaren utan att göra en kvalitativ analys av det material som framkom i intervjuerna för att kunna besvara denna uppsats syfte. Frågorna som ställs i intervjun SRF-ED bedömdes lämpliga för att besvara denna uppsats syfte med tanke på frågornas bredd och det semistrukturerade formatet.

### ***Urval och informanter***

Av de 15 intervjuer som fanns tillgängliga bedömdes, efter granskning, samtliga intervjuer som lämpliga att ingå i studien. Informanterna i studien var svenska kvinnor i åldern 17-39 år. Såväl informanterna som terapeuterna som utförde intervjuerna tillhörde olika ätstörningsmottagningar i olika delar av Sverige. Intervjuerna utfördes och spelades in på video på respektive ätstörningsmottagning och det var informantens kommande terapeut som utförde intervjun. Intervjuerna var cirka 30 minuter långa förutom två av intervjuerna som var 65 minuter respektive 15 minuter. Eftersom informanterna skulle delta i en behandlingsstudie så hade de genomgått en bedömning avseende ätstörningsproblematiken samt deras depressiva problematik. Således var informanterna diagnostiserade med bulimia nervosa eller angränsade tillstånd samt lindrig till svår depressiv episod (Bäck et al., 2017; Bäck et al., 2020).

### ***Bearbetning och analys av data***

Vid bearbetning och analys av data användes Braun och Clarkes modell för tematisk analys (Braun & Clarke, 2022). Nedan beskrivs hur det insamlade datamaterialet har bearbetats och analyserats.

1. *Att bli familjär med data.* Inledningsvis granskades alla inspelade intervjuer i syfte att bli bekant med datan. Detta var ett viktigt steg då det var andra terapeuter som genomfört intervjuerna. Vid denna inledande granskning fanns intervjuguiden nära till hands för att kunna undersöka på vilket sätt terapeuterna använde sig av den. De 15 intervjuer som fanns tillgängliga bedömdes lämpliga att ingå i studien. Nästa steg var att transkribera intervjuerna i varsitt Word-dokument. Anteckningar fördes gällande det som fångade intresset, både under granskningen av intervjuerna och under transkriberingens gång.

2. *Att koda.* När intervjuerna transkriberats har dessa noggrant lästs igenom. Under genomläsningen uppmärksammades segment i texten som fångade intresset, både utifrån studiens syfte och frågeställning och även på ett mer generellt plan. Varje intervju har lästs flera gånger vilket har varit hjälpsamt då nya intressanta segment i texten upptäcktes efterhand. De understrukna segmenten i texten sammanfattades till relevanta koder med ambitionen att försöka fånga essensen i varje understuket segment. Majoriteten av koderna var på en semantisk, beskrivande nivå utifrån material som framkom under intervjuerna. Några få av koderna var på en mer latent, tolkande nivå. I slutet av kodningsprocessen skrevs alla koder ner i ett Word-dokument för att lättare kunna hanteras i nästa fas; att generera initiala teman.

3, 4 och 5. *Att generera initiala teman, att utveckla teman samt att förfina, definiera och namnge teman.* När koderna hade identifierats påbörjades arbetet med att utarbeta initiala teman. De koder som påminde om varandra sammanfogades, efter detta granskades alla sammanfogade koder för att se vad de hade för gemensam nämnare. Det blev tydligt att det fanns flera sätt att tematisera datamaterialet utifrån kodningen. Efter vidare bearbetning utformades initiala teman med studiens syfte och frågeställning i åtanke. Därefter lästes alla koder igenom för att se hur frekvent återkommande de var i respektive tema. När relevanta teman och underteman var fastställda fick dessa namn och beskrivningar, vilka förfinades efterhand.

6. *Att skriva.* Det sista steget var att författa denna studies resultatdel, att beskriva olika teman samt underteman samt att välja ut lämpliga citat som illustrerade respektive tema.

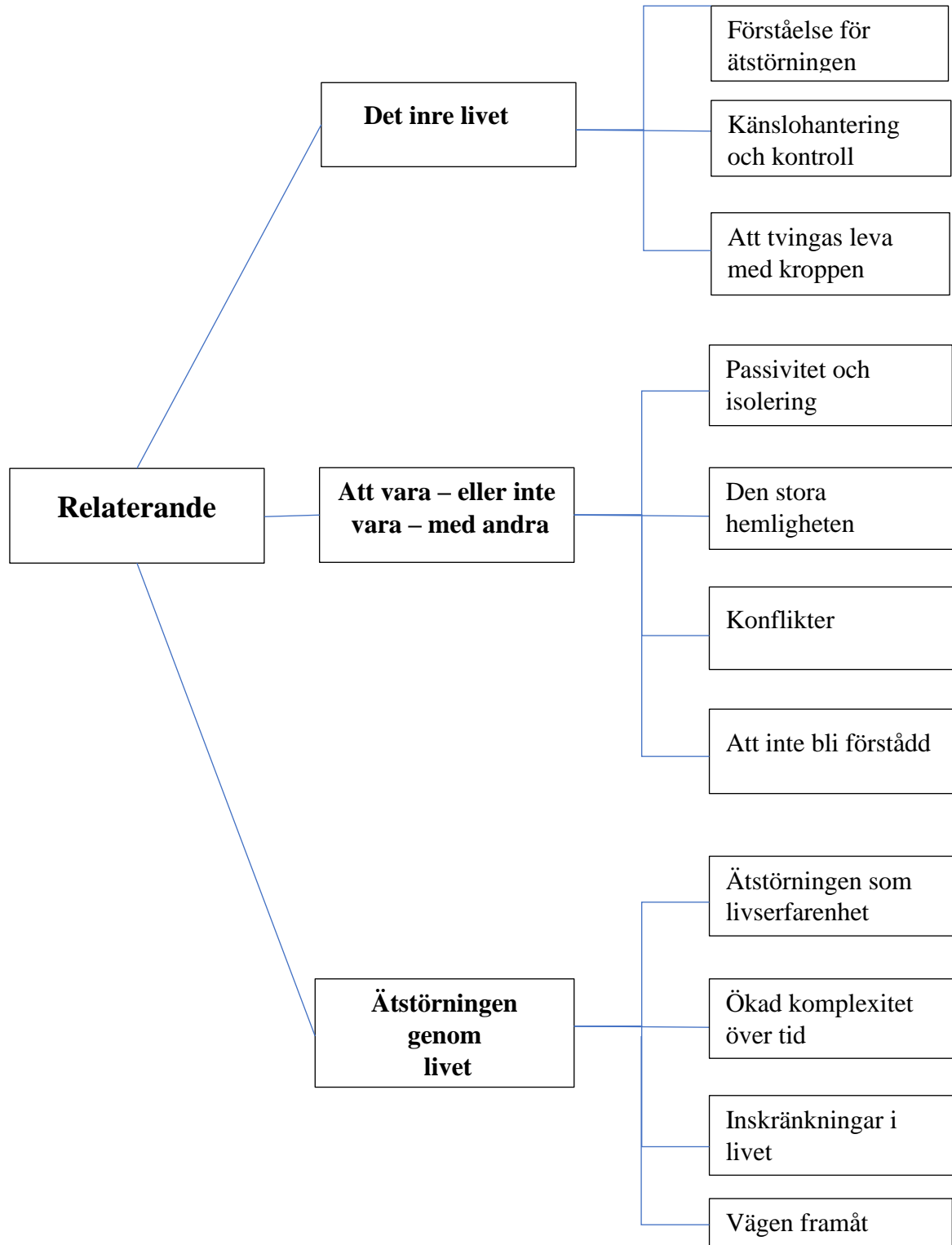
### ***Etiska överväganden***

Såväl terapeuter som informanter har fått skriftlig och muntlig information om studiens upplägg och dess syfte samt gett sitt medgivande till att delta i forskningsprojektet. Det innebär att alla samtal filmas och att materialet används inom ramen för projektbeskrivningen. Studien har granskats och godkänts av Etikprövningsnämnden 2012-12-05, diarienummer; 2012/471. Deltagarna informerades om att de kan avbryta sitt deltagande i studien när som helst och att allt material som handlar om dem då förstörs.

## Resultat

Den tematiska analysen resulterade i ett kärntema, *Relaterande*, och tre huvudteman; *Det inre livet*, *Att vara – eller inte vara - med andra* samt *Ätstörningen genom livet*. *Det inre livet* har tre underteman, *Att vara – eller inte vara – med andra* och *Ätstörningen genom livet* har fyra underteman var.

Figur 1. Översikt över teman och underteman.



Respektive huvudtema samt undertema beskrivs nedan. Kärntemat *Relaterande* beskrivs närmre i resultatdiskussionen. De femton informanterna har fått kodnamnen I.1-I.15 när citat används i resultatet.

### ***Det inre livet***

Detta tema hänvisar till vad som pågår i informanternas inre värld. Hur de förstår sin ätstörning, vilka tankar och känslor de upplever kopplat till ätstörningen samt deras upplevelser av den egna kroppen. Temat är indelat i tre underteman; *Förståelse för ätstörningen*, *Känslohantering och kontroll* samt *Att tvingas leva med kroppen*.

***Förståelse för ätstörningen.*** Detta undertema hänvisar till hur informanterna förstår sin problematik samt deras reflektioner kring orsaker till att de insjuknat i ätstörning. De flesta av informanterna hade tankar kring varför de insjuknat, dock varierade det i vilken grad de tidigare hade reflekterat kring det. Flera av informanterna tyckte att frågan var svår. Vissa av dem presenterade tankar som uppkom under intervjun medan andra hade funderat på detta över tid. Informanterna presenterade oftast mer än en anledning till insjuknandet i ätstörning. Återkommande orsaker som de initialt i intervjun beskrev som orsaker till insjuknandet var dålig självkänsla, upplevda krav från sig själva och andra, perfektionistiska personlighetsdrag, en önskan att bli smalare, ett behov av att känna kontroll samt en önskan att gå ner i vikt för att passa in i sociala sammanhang. I flertalet fall utlöstes ätstörningen under en påfrestande livsperiod.

*Jag gick in i en depression och jag tänkte i det sammanhanget att jag skulle ta lite bättre hand om mig själv och äta lite mer regelbundet och ja... Och sen gick det överstyr på nått sätt och sen i efterhand så har jag sett det mer som att det blev till slut ett sätt att känna att man hade kontroll, ett oerhört kontrollbehov som jag applicerade på mat och genom att träna. Det handlade inte främst om att jag var missnöjd med min kropp eller det började inte där nästan utan det handlade om kontroll förmodar jag. Det var mycket annat som brast just då (I.5).*

När informanterna under intervjuerna fick fördjupande följdfrågor tydliggjordes andra orsaker till insjuknandet som vid intervjuns början inte var uppenbara, exempelvis att ätstörningen även utlösts för att kunna hantera svåra känslor och ångest. I vissa fall hade detta utvecklats över tid men i flertalet fall användes ätstörningen som ett sätt att hantera svåra känslor redan vid problematikens uppkomst.

*Jag vet inte, jag tror att det är för jag alltid vart, jag har alltid vart lite av ett kontrollfreak liksom. Sen när jag började liksom, alltså, alltså när det blev för mycket för mig känslomässigt i livet, då blev det att jag la liksom, jag va tvungen att lägga känslorna på nått och då blev det att jag blev besatt av träning och kroppen (I.7).*

Informanterna hade i viss mån svårt att förstå hur deras ätstörningssymtom påverkade och påverkades av olika företeelser i livet. Vid flera tillfällen beskrev de att de inte hade funderat över detta tidigare. De uppvisade även en viss osäkerhet kring hur de skulle svara på frågorna och även gällande frågornas innebörd.

Det skiljde sig åt huruvida informanterna hade förmåga att koppla samman ätstörningssymtomen och deras upplevelse av kroppen med deras mående i övrigt. Många av informanterna hade initialt under intervjun svårt att reflektera kring dessa samband, medan några av informanterna kunde ge beskrivningar av detta.

*Det är en så otroligt stor del av hur jag mår (...) Är jag nöjd med min kropp så mår jag så mycket bättre. Har vågen visat nånting som är okej så, eller ja, inte är så högt så tycker jag mycket mer om mig själv och mår så mycket bättre och är mycket nöjdare, det kan påverka hela dagen. (...) Vad gäller känslor så är det väl, jag vet inte riktigt vilket som påverkar vilket, om det är att jag känner mig tjock som gör att jag känner mig ledsen eller tvärtom, men känner jag mig nedstämd eller arg eller ledsen eller orolig eller nått sånt så känner jag mig ofta större, känner mig ofta stor och tjock då. Det blir som att inte bara mår jag dåligt, jag är tjock och ful också (I.15).*

För många av informanterna skapade de fördjupande frågor som ställdes under intervjun en möjlighet till reflektion och ny förståelse för ätstörningsproblematiken.

**Känslohantering och kontroll.** Informanterna använde i stor omfattning sin ätstörning för att hantera svåra känslor och för att skapa både inre och yttre kontroll i livet. Informanterna beskrev hur de använde sig av ätstörda rutiner så som strikta scheman gällande mat, träning och sömn. Denna yttre kontroll ledde i sin tur till en känsla av inre kontroll. Att använda ätstörningen på olika sätt för att hantera svåra känslor ledde ofta till en känsla av ett inre lugn.

*Det är, ja, oftast så är det väl när jag känner mig arg eller ledsen eller orolig eller sådär. Då tycker jag det är väldigt, då är det väldigt, väldigt lugnande att äta (I.1).*

Även om alla informanterna använde ätstörningen för att hantera svåra känslor och livshändelser så skiljde det sig åt på vilket ätstört sätt detta skedde, exempelvis genom hetsätning, restriktivt ätande, självsvält eller kompensatoriska beteenden. Ofta använde sig informanterna av olika beteenden över tid och i olika situationer. Informanterna beskrev att ätstörningen inte bara användes vid en specifik negativ känsla, utan de ätstörda strategierna användes för att hantera många olika typer av negativa känslor.

*Är jag orolig eller stressad eller ja, känner mig dålig eller otillräcklig eller liksom ja, värdelös, då brukar det oftast bli värre. (...) Då händer det antingen*



*att jag vänder mig till maten eller snarare från maten och försöker hantera det på det sättet (...) Vid oro, stress och när jag känner mig otillräcklig, värdelös eller även när jag är ledsen (I.15).*

Informanterna beskrev även återkommande att det var svårt att definiera olika typer av känslor samt en rädsla att stanna kvar i och reda ut känslorna. Istället blev maten en tillflykt.

*Det är ganska många olika sorters tankar och känslor. Kanske oförmåga att landa i mig själv och känna nu är jag arg, nu är jag arg på den här personen eller man blir ledsen eller man blir trött eller, att våga reda ut dom känslorna. Det är ganska mycket känslor som är undertryckta. (...) Att maten då blir en flykt, en njutning och ja en tillflykt helt enkelt (I.5).*

Informanterna beskrev att de åtstörda strategierna tillämpades snabbt, nästan automatiskt, för att hantera negativa känslor och svåra situationer. Det uttrycktes även en besvikelse över att inte kunna hantera livets svårigheter utan att vända sig till åtstörningen.

*Ja det är väl negativt att man inte kan få ut det på andra sätt, få utlopp för dom här känslorna på ett annat sätt än genom en åtstörning (I.9).*

Åtstörningen användes även för att hantera ångest, inte enbart ångest över problem kopplade till maten utan även ångest över annat som hände i livet. Informanterna var ofta påfallande konkreta i sina beskrivningar gällande hur de använder sig av åtstörningen för att hantera svåra känslor och ångest, som i exemplet nedan där informanten beskrev hur kräkningar gav en känsla av lättnad.

*Ja, alltså, det har ju vart problem med ångest till exempel och när jag känner alltså, det behöver inte bara vara att jag har ångest över vad jag har ätit utan allmän ångest, så spyr jag oftast. Alltså när jag mår känslomässigt dåligt, då spyr jag ju, för alltså på något sätt så känns det lättare (I.7).*

**Att tvingas leva med kroppen.** Informanterna beskrev ett stort missnöje med den egna kroppen, främst gällande utseendet. De beskrev ofta kroppen med kraftfulla negativa ord så som att kroppen var äcklig eller ful. Många jämförde sin egen kropp med andras kroppar. Flertalet informanter beskrev, på ett mycket direkt sätt, hur deras upplevelse av den egna kroppen kunde kopplas samman med deras mående.

*Mmm, det kan va, alltså om jag är på gott humör och glad, då blir det inte samma intensiva fokus på kroppen liksom. Det är inte det att jag är mer nöjd men det spelar inte lika stor roll, men när jag blir ledsen och arg, då blir det liksom, då känner jag mig genast som att man liksom växer överallt (I.1).*

En annan informant beskrev känslan av tyngd och lätthet kopplat till känslolivet på följande sätt:

*Men känner jag mig tung i sinnet, då är kroppen tung och känner jag liksom att jag har fått positiv respons och det har hänt massa kul och sådär, då känns det ju lättare, man känner sig lättare. Det beror väldigt mycket på, det är ju tanken, är man lätt i sinnet så känns ju kroppen lättare (I.8).*

En annan upplevelse var att inte höra hemma i den egna kroppen. Kroppen beskrevs som något informanterna tvingas bära runt på, att livet innefattar en daglig kamp mot den egna kroppen. Det återfanns även beskrivningar av upplevelsen av kroppen och själva personen i två delar.

*Det är väldigt ofta som jag tänker på det, alltså mig själv och kroppen i två delar. (...) Nej men det är liksom mitt jag, min personlighet eller mitt jag och så är det kroppen som jag tvingas leva med. (...) Jo, det är ofta jag känner så, det är alltid jag mot min kropp liksom (I.1).*

Det förekom även återkommande beskrivningar av andra kroppsliga upplevelser, exempelvis i form av att kroppen flyter ut eller växer, svårigheter att inta olika kroppspositioner på grund av hur kroppen kändes samt smärta i olika kroppsdelar som personen var missnöjd med. I vissa fall förekom dessa upplevelser även under intervjun.

*När kroppen känns obehaglig, alltså när man känner, det är nästan som att det, nån sitter och nyper. Alltså nästan fantomkänslor, att nån sitter och nyper på baksidan av låret eller vid rumpan eller vid magen (I.4).*

Informanterna beskrev vidare att kroppen upplevdes som en hindrande barriär mellan dem själva och andra människor. Det fanns vidare ett stort obehag när andra människor tog på den egna kroppen vilket ledde till svårigheter med fysisk kontakt och intimitet. Missnöjet med den egna kroppen försvårade även relationsskapandet till andra människor och ledde på så sätt till ökad isolering.

*Det är ju såhär, jag tycker inte att min kropp ser bra ut och då liksom, då drar jag mig hellre undan. Jag håller mig undan från många personer som kanske vill lära känna mig (I.2).*

Det återkom också beskrivningar gällande behovet att kontrollera kroppen, en önskan om att kroppen skulle lyda.

*Mmm, jag vill ha kontroll över det mesta. Ja det, ja kroppen är en del av det (I.12).*

### ***Att vara - eller inte vara - med andra***

Informanterna beskrev livet med en ätstörning som ett ensamt och isolerat liv men med en samtidig längtan efter andra människor. Detta tema beskriver informanternas upplevelser av hur ätstörningen påverkar och påverkas av deras relationer. Temat innefattar hur ätstörningen leder till passivitet, isolering och konflikter samt beskriver den ambivalens som informanterna upplever gällande

att släppa in andra människor i deras liv. Temat innefattar även beskrivningar gällande en önskan av att bli förstådd samt vilka svårigheter som upplevs i samband med detta. Detta tema är indelat i fyra underteman; *Passivitet och isolering*, *Den stora hemligheten*, *Konflikter* samt *Att inte bli förstådd*.

***Passivitet och isolering.*** Det framkom en genomgripande bild av hur ensamt livet med en ätstörning ter sig och hur ätstörningsproblematiken ledde till isolering och passivitet i många viktiga områden i livet. Informanterna beskrev hur stor inverkan ätstörningen har haft på studier, arbete, fritidsintressen och relationer. Flertalet av informanterna berättade hur de i perioder av livet inte kunde delta i skola eller arbete på grund av ätstörningssymtomen. En gemensam nämnare gällande studier och arbete var att ätstörningen hade påverkat deras prestation inom dessa områden. Informanterna beskrev olika anledningar till detta, bland annat att ätstörningen gjorde att de fick mindre energi men även att ätstörda rutiner gjorde att de inte hade tid att ägna sig åt skola och arbete i den mån de faktiskt önskade.

En annan gemensam nämnare var att informanterna upplevde att skola och arbete påverkade deras ätstörningssymtom, men det skiljde sig åt hur denna påverkan kunde se ut. Vissa av informanterna beskrev att vantrivsel i skola och arbete försämrade deras ätstörningssymtom medan andra beskrev hur engagemang i deras sysselsättning och den sociala kontext de befann sig i kunde få symtomen att lindras. Det framkom en längtan att ta sig an livet i fråga om ovan nämnda livsområden men även en upplevelse av att ätstörningen stod i vägen för detta.

*Det negativa, ja men det är just det här, den hämmar mig lite, jag kan inte göra det jag skulle vilja och just det här begränsande, jag bli nästan instängd som i en låda. Jätteofta så känner jag mig instängd. För att jag vill göra så mycket men jag kan inte göra det (I.6).*

Informanterna beskrev även att ätstörningen gjorde att de inte orkat eller kunnat ägna sig åt fritidsintressen, så som sport eller andra fritidsaktiviteter, även här på grund av bristande energi eller ätstörda rutiner. Sociala sammankomster med andra människor kopplades ofta samman med mat vilket försvårade umgänge med andra och ledde på så sätt till ökad isolering och ensamhet. Det fanns också en rädsla att ätstörningen, som de som krampaktigt ville hålla hemlig, skulle bli uppenbar för andra människor i sociala sammanhang.

***Den stora hemligheten.*** Informanterna upplevde livet som ensamt och isolerat men beskrev en stor ambivalens avseende denna ensamhet. Även om de beskrev en längtan efter stöd och hjälp från andra så fanns det ett motstånd att

berätta om sin ätstörning för andra människor och därmed bjuda in andra till sitt inre liv. Att hålla ätstörningen hemlig och att göra sig själv ensam har länge varit ett tillvägagångssätt som har hållit ätstörningen vid liv.

*När jag blir ensam så blir det generellt värre åt alla håll. Antingen så äter jag ingenting alls och äter extremt restriktivt när jag är själv och försöker undvika all mat liksom. Eller är jag själv så kan det också gå åt andra hållet, jag kanske hetsäter eller ja, äter och kräks och äter normala portioner också och kräks. Och sen när det är situationer med middagar och sånt med folk, då brukar det ofta vara att jag äter men går och spyr efteråt för jag vill på nått sätt visa att det är inga problem och jag kan äta det här (I.15).*

Det fanns också en skam över att berätta om det ätstörda beteendet, ätstörningen sågs som något som behövde hållas hemligt. Att till varje pris hålla ätstörningen hemlig ledde till svårigheter att skapa och upprätthålla relationer. Vissa av informanterna beskrev en rädsla att fördjupa relationer, att någon annan skulle få insyn i vad som hände i den yttre och inre världen. På så sätt var det lättare att hålla andra människor på avstånd och att avsluta relationer. Det fanns också en rädsla att andra människor skulle rucka på individens rigida ätstörda rutiner.

*Det är ju ingen som har vetat om den förrän nu. (... ) Jag har ju valt att avsluta ganska många relationer och det är säkert på grund av det här. Jag kan inte bestämma allt om när någon är med, vad man ska göra, vad man ska äta, när man ska äta, aktiviteter och sånt. Man måste ju anpassa sig efter andra så jag har medvetet gjort dom valen att det får vara korta relationer och lite så, ytligt bara för jag vet inte hur jag ska reagera om det skulle bli mer seriöst eller längre. Det är väl dom här känslorna också av att antingen så bryter någon annan eller så gör jag det liksom och då är bättre att jag gör det för jag vet ändå inte hur jag kommer reagera längre fram när det gäller min kropp eller mat (I.14).*

Informanterna beskrev ett stort och långvarigt lidande som hade påverkat livet på många plan. Trots detta så var det nästan ingen annan, om någon, som kände till vad som pågick i individens inre. En av informanterna, som beskrev ett enorm lidande kopplat till sin ätstörning, uttryckte sig på följande sätt:

*Dom flesta skulle nog säga att jag inte har en ätstörning eller att dom inte har förstått eller sett eller anat att det har varit så (I.14).*

Andra informanter beskrev en rädsla för att bli kontrollerade om de släppte in andra i den ätstörda tillvaron.

*Ja, allt är så kontrollerande, att folk ska kontrollera en hela tiden (...) Nej men om jag skulle börja träna eller vara fullt ärlig för mina kompisar och föräldrar och sådär, då skulle ju dom kontrollera mig skitmycket sen (I.11).*

**Konflikter.** Informanterna beskrev hur ätstörningsproblematiken hade lett till konflikter, exempelvis missförstånd som uppstått efter försök att hålla ätstörningen hemlig eller konflikter gällande individens rigiditet kring sin ätstörning. De beskrev främst konflikter med familjemedlemmar och partners men även med andra anhöriga. Flertalet informanter kunde även beskriva att deras beteende har varit förvirrande för anhöriga eftersom de inte berättat om sin ätstörningsproblematik. Istället för att berätta om sitt faktiska mående i olika situationer så har de istället reagerat med exempelvis ilska eller irritation.

*Jag tror det har vart alltså ganska påfrestande för andra, för mamma och pappa upplevde det som att jag kunde vara arg liksom fast dom inte förstod varför. Alltså jag kunde få väldigt mycket raseriutbrott då, ja min pojkvän sa, varför äter du inte eller liksom så. Då kunde jag också bli sådär, jag vart väldigt liksom, alltså visade ett aggressivt beteende när någon liksom ifrågasatte mig så jag tror att jag har kunnat skadat en del människor genom att göra så. Och sårat människor väldigt mycket. Istället för att säga så här är det liksom så har jag istället huggit tillbaka liksom (I.3).*

Det skapades också konflikter mellan anhöriga, exempelvis mellan föräldrar eller mellan vänner, på grund av problem kopplade till ätstörningen. En informant beskrev att det ofta blev bråk hemma på grund av hennes problem i matsituationer.

*Och då kan det bli att mamma och pappa bråkar och det hände en gång att min pappa sa till min mamma, ta din köttbulle till dotter och dra härifrån (I.2).*

Informanterna beskrev även svårigheter att lösa konflikterna som uppstår och att konflikterna i sig ledde till försämrat mående och därefter förvärrade ätstörningssymtom.

**Att inte bli förstådd.** Informanterna berättade att deras närstående inte förstod deras problematik fullt ut men att de samtidigt upplevde ett stort motstånd att berätta om sitt mående. De upplevde även att anhöriga inte förstod komplexiteten av sjukdomen utan att de hade en förenklad bild av ätstörningsproblematiken.

*Hmm, ja, alltså delvis tror jag för dom, för dom är det nog bara att jag liksom spy upp alla måltider eller att jag... För dom är det både enklare och svårare för dom ser inte riktigt något samband mellan dom här grejerna utan för dom är det liksom bara att jag spy för jag ska bli smal lite (I.1).*

Ett återkommande tema var att informanterna upplevde att närstående inte förstod allvaret och omfånget av ätstörningen. Informanterna nämnde olika anledningar till att inte låta andra veta, så som skam och även rädsla för att släppa in någon som skulle kunna börja ifrågasätta de ätstörda

rutinerna. Det fanns också en ovilja att oroa anhöriga så som i exemplet nedan.

*Vad vet jag, jag tror inte dom vet så mycket om det, jag tror att dom tänker att det är väldigt allvarligt men dom vet kanske inte hur mycket man fruktar för sitt eget liv. Jag tror att jag har uteslutit dom största grejerna med det, jag har tagit upp det rent allmänna, för att dom inte ska oroas sig. Så det är mycket, mycket värre än vad dom tror. Det är vad jag tror. Folk pratar om det som att det är nått alldagligt, men det är nånting, alltså det är livsfarligt och det trycker man väl inte så mycket på när man är med andra (I.8).*

Informanterna uttryckte en önskan om att kunna tala med närstående om sitt mående, men ambivalensen var stor gällande att släppa in andra människor då den upplevda inre kontrollen riskerades att rubbas. I de fall där informanterna hade berättat om sin ätstörning var detta en positiv, men mycket ansträngande, erfarenhet.

*Men, alltså, jag kan inte bara säga att det har varit jättedåligt heller för jag har fått en helt, en mycket mycket bättre relation till mina föräldrar, även om där är mycket att, det har blivit betydligt mer dialog. Jag har tvingats och bli, om jag liksom ska behålla dom människor jag älskar i mitt liv så behöver jag vara lite mer öppen vilket jag tycker är fruktansvärt jobbigt liksom (I.1).*

### **Ätstörningen genom livet**

Att leva med en ätstörning under många år har en mycket stor inverkan på livet. Detta tema inkluderar hur ätstörningen har utvecklats genom informanternas liv och vilka erfarenheter de bär med sig efter åren med en ätstörning.

Informanterna beskriver också vilka tankar de har om framtiden. Temat är indelat i tre underteman; *Ätstörningen som livserfarenhet*, *Ökad komplexitet över tid* samt *Vägen framåt*.

**Ätstörningen som livserfarenhet.** Ätstörningen har gett informanterna livserfarenhet, men det skiljde sig åt huruvida de såg dessa erfarenheter i ett positivt eller negativt ljus. Vissa av informanterna kunde se positiva aspekter i form av att ha lärt sig mer om sig själva, att de utvecklat fördjupade relationer till anhöriga och att de har mognat. Andra informanter lyfte mer negativa aspekter i form av att den fysiska hälsan har blivit påverkad och en sorg över allt som gått förlorat på grund av ätstörningen. Flera informanter kunde ge en varierad bild och beskrev både de negativa och de positiva livserfarenheterna.

*Ja alltså jag tror att det påverkat, alltså det har ju vart väldigt, vart väldigt jobbigt liksom. Så mycket humörsvängningar, riktigt tunga perioder och det har ju förstört så mycket saker i mitt liv liksom. Så mycket händelser som jag inte kunnat njuta av för jag bara tänker på det här, relationer har förstörts på grund av det här. Så, det har inte gått bra för mig i skolan på grund av det, att jag inte har kunnat lägga nått fokus på skolan för att jag bara tänker på det*

*här. Men det har väl, alltså jag kan också känna, alltså när jag väl kommer över det här steget och det försvinner, alltså när jag kan börja leva igen utan dom här tankarna, då tror jag ändå att jag på något sätt kan va lite tacksam för att jag fick gå igenom det för jag tror ändå att det har gjort mig till en starkare människa på något vis (I.7).*

För många av informanterna var det svårt att föreställa sig hur livet skulle ha sett ut utan ätstörningen. Vissa trodde att livet skulle vara lättare och bättre utan en ätstörning medan andra ansåg att någon annan problematik skulle vara mer framträdande om de inte hade haft problem med ätandet. Många hade levt med ätstörningen under så många år att det blivit en del av vardagslivet och den egna personen.

*Jag vet inte, jag vet inte vad som finns utan den. Så länge jag har liksom kunnat tänkt själv eller vad man ska säga så har den ju funnits där. Så länge jag har kunnat tyckt och tänkt och liksom förstått sammanhang om saker så har den ju funnits där. Och dom här känslorna om att jag inte tycker om kroppen har ju funnits där längre än så, det har jag aldrig gjort och det kommer jag ihåg från att jag var ganska liten, att jag inte tyckte om mig själv så på det sättet. Jag tyckte alltid att det var någonting fel (I.14).*

Flertalet av informanterna berättade att de relativt tidigt fick en rigid bild av att ätstörningen var en del av livet och av den egna personen.

*Jag har samtidigt tänkt att det är såhär jag är och det är såhär det är för mig. Det har bara varit som det har varit och det är ingen annan som har kunnat sett liksom nånting heller. Jag accepterade väl att det var såhär ganska tidigt, det här är jag liksom. Nånstans sena tonåren, det är den här personen jag är (I.14).*

**Ökad komplexitet över tid.** Informanterna upplevde att ätstörningen över tid blev mer komplex. De beskrev att problematiken ofta började med en önskan att hålla sig i form eller gå ned i vikt men hade med tiden i allt högre grad utvecklats till att innefatta ett sätt att hantera känslor samt att skapa tröst och lugn. Ätstörningen hade på så sätt blivit en trygg faktor att vända sig till när livet på olika sätt var svårt.

*Nu i efterhand kan jag väl fundera på om det har varit ett sätt att hantera känslor men jag tror att det snarare blev med tiden, ju värre ätstörningen blev så blev det ett sätt, det var nog inte det egentligen så mycket från början. Men att när jag mådde som sämst, ja då kunde i alla fall tillfälligt hetsätande få mig att få lite paus och tänka på något annat även om det alltid blir tusen gånger värre när jag hade liksom kräcks upp det och mådde dåligt (I.15).*

Vissa av informanterna kunde även se att tidigare livserfarenheter hade påverkat insjuknandet och utvecklingen av ätstörningsproblematiken.

*Alltså i början så var det ju bara, då tänkte jag, jag fick det här för att jag är besatt av min kropp liksom. Men sen alltså, alltmer tiden har gått, sen har jag gått på möten och sånt så har jag insett mer och mer, det var ju ändå liksom det som har hänt tidigare i mitt liv som har påverkat mig till att jag blev såhär. Det är ju inte bara att jag har dåliga tankar om kroppen, det är ju mycket annat som har hänt som jag gjort att det blev såhär (I.7).*

Informanterna beskrev även hur ätstörningen hade ändrat skepnad genom åren. De beskrev olika ätstörda tillstånd över tid och i olika situationer. De berättade om hur ätstörningssymtomen hade växlat mellan hetsätning, restriktiva beteenden, ett anorektiskt beteende, ett mer kompensatoriskt beteende samt en bulimisk problematik.

**Inskränkningar i livet.** Det var tydligt i vilken stor omfattning ätstörningen hade påverkat olika områden i livet, ofta under flera års tid, ibland hela tonårsperioden eller vuxenlivet. Informanterna beskrev upplevda misslyckanden gällande skolgång, arbetsliv och fritidsintressen. De upplevde också att relationer och olika typer av upplevelser hade gått förlorade.

*Sen så när det väl alltså bröt ut bulimiskt sätt, och inte anorexian, när jag var 15 så, vi gick igenom så otroligt mycket här så att jag känner, det jag tycker är hemskt är att jag har missat så mycket. Att jag har låtit bli, att jag har missat vänner, att jag har missat fester, upplevelser. För att jag har känt mig för ful för att vara där eller jag har inte rest utomlands för att jag skämdes för hur jag såg ut (I.4).*

Informanterna beskrev hur ledsna de var över det som gått förlorat inom olika livsområden. Ätstörningen har tagit så mycket tid och energi i anspråk, ofta under flera år och i vissa fall under hela ungdomsåren och vuxenlivet. Sorgen över detta var stor. Ofta kom informanterna i kontakt med känslor av ledsamhet under intervjuens gång när de reflekterade över detta.

*Jag tycker det, tyvärr, förstört väldigt mycket. Mer än vad det har lärt mig. Det har tagit så mycket tid och energi som jag kunde ha lagt på nått helt annat. Det är en sorg (I.8).*

**Vägen framåt.** Att påbörja behandling väckte olika känslor. Flertalet av informanterna beskrev att det hade varit en lång process att acceptera sjukdomen och att våga ha tilltro till att kunna bli frisk. De beskrev även att de nu hade en mer positiv bild av att kunna bli frisk än vad de tidigare haft.

*Alltså jag, nu, jag har ju erkänt för mig själv att det är en sjukdom liksom och att jag måste göra nånting åt det. Alltså jämfört med förut när jag bara liksom, säg det inte till någon, skydda dig för allt i världen och liksom det är ju ändå ingen som kan hjälpa dig. Jag har en positivare syn på att man ska kunna ta sig ur en ätstörning nu än vad jag hade förut. Så att, jag har släppt på den här skyddsvästen som jag har haft på mig liksom och vågat säga*



*liksom såhär och såhär är det vilket har gjort det väldigt mycket bättre för mig själv (I.3).*

Samtidigt som de hade en mer positiv syn på tillfrisknande så fanns det också en rädsla över att släppa taget om ätstörningen då den hade fyllt så många funktioner i livet. Ätstörningen hade tagit så mycket tid och energi i anspråk. Det fanns också en rädsla att inte kunna vända sig till ätstörningen när livet stormade. Informanterna nämnde också en rad friskfaktorer, vad som fick dem att må bättre och vad som fick ätstörningssymtomen att minska. De nämner faktorer som engagemang i studier, arbete och fritidsintressen samt framför allt kärleksfulla och trygga relationer.

*När jag, när jag umgås med människor som jag tycker om, när jag träffar människor som får mig att skratta och må bra. Och när jag träffar min syster också, då, ja, då känner jag att jag kan släppa det litegrann (I.10).*

## **Diskussion**

### ***Resultatdiskussion***

Syftet med denna studie var att få en fördjupad kunskap kring patienters subjektiva upplevelser om ätstörningars etiologi och varande. I resultatet redovisas informanternas beskrivningar gällande upplevda orsaker till ätstörningen samt olika faktorer som påverkar och vidmakthåller ätstörningen. Olika former av *relaterande* kan ses som en gemensam nämnare, ett kärntema, i studiens resultat. Nedan följer en diskussion om hur studiens resultat kan förstås utifrån dess syfte samt utifrån relevanta teorier och tidigare forskning.

I det första temat, *Det inre livet*, redovisas hur informanterna relaterar till sina tankar, känslor och den egna kroppen i förhållande till ätstörningen. Det återfinns beskrivningar av hur informanterna på olika sätt har svårt att förstå sin problematik vilket väckte tankar kring informanternas mentaliseringsförmåga. Vidare återfinns beskrivningar av hur informanterna relaterade till sin egen kropp. Deras upplevelser av den egna kroppen förde tankarna till förekomsten av eventuella dissociativa symtom. Detta diskuteras utifrån teori och tidigare forskning under rubrikerna *Ätstörningar och mentalisering* samt *Ätstörningar och dissociation*.

I det andra temat, *Att vara – eller att inte vara - med andra*, och i tredje temat, *Ätstörningen genom livet*, beskrivs informanternas svårigheter i relaterande på ett mellanmännskligt plan, både i nutid och över tid. I resultatet återfinns informanternas beskrivningar avseende den ambivalens de upplever gällande att relatera till andra människor. Resultatet redovisar även beskrivningar av bristen på sociala sammanhang, både i nutid och över tid.

Dessa fenomen diskuteras utifrån tidigare forskning som rör ensamhet, interpersonella svårigheter och socialt stöd vid ätstörningar, ätstörningen som en egen relation samt vikten av sociala sammanhang för återhämtning. Detta diskuteras under rubrikerna *Ätstörningar och relationer* samt *Nyorientering i livet*.

**Ätstörningar och mentalisering.** Även om vi inte kan uttala oss om informanternas mentaliseringsförmåga, vilket heller inte var studiens syfte, så gav resultatet indikationer på att informanterna till viss del hade svårt att förstå sig själva och sin problematik. På frågor som var relativt enkla och konkreta kunde informanterna ge tydliga svar. På frågor som ställde högre krav på självreflektion så uttrycktes ofta en osäkerhet, både gällande själva frågan och hur de skulle svara. Under intervjuens gång och med terapeuternas hjälp i form av fördjupande och förtydligande följdfrågor så skapades ett reflekterande forum där informanterna fick en möjlighet att tänka och känna kring sitt fungerande och relaterande.

Mentalisering kan definieras som en kognitiv och emotionell process som innefattar förmågan att förstå sig själv och andra människor. Reflektiv funktion ses som ett bredare begrepp och refererar till de underliggande psykologiska processerna som ligger till grund för att kunna mentalisera. Mentalisering brukar i forskningssammanhang operationaliseras som reflektiv funktion (Ryden & Wallroth, 2008). Att mentaliseringsförmågan är bristande vid olika typer av ätstörningsdiagnoser är en väl känd hypotes. En meta-analys (Simonsen et al., 2020) undersökte om ätstörda individer hade en sämre mentaliseringsförmåga i jämförelse med en icke-klinisk population. Patienter med ätstörningsdiagnoserna anorexia nervosa och bulimia nervosa var inkluderade i studien. Resultatet visade att individer med en ätstörning har en bristande mentaliseringsförmåga, främst gällande mentalisering kring sig själva. Patienterna hade även en bristande förmåga gällande mentalisering kring andra, även om grupperna var mer jämna gällande denna form av mentalisering. Författarna till meta-analysen diskuterar att mer forskning behövs i området då det finns relativt få välgjorda studier som studerar ätstörda individers mentaliseringsförmåga.

Informanterna var ofta påfallande konkreta i sina reflektioner om sin ätstörning i förhållande till den egna kroppen och sitt känsloliv, så som att en tung kropp gav ett tungt sinne. Skårderud (2007a) utförde en kvalitativ studie med ätstörda individer i syfte att få fördjupad förståelse för psykopatologin gällande anorexia nervosa. Författaren önskade mer specifikt studera hur sensationer och upplevelser i kroppen kan komma till uttryck genom tankar och känslor. Skårderud delade in resultatet i två huvudkategorier; specifika metaforer och

mer sammansatta metaforer. Specifika metaforer hänvisar till specifika och tydliga samband, exempelvis att en lätt kropp ger ett lätt sinne. Sammansatta metaforer hänvisar till mer generella antaganden, så som att kontroll över mat ger kontroll i livet. Skårderud lyfter att det är slående hur direkt individerna i studien kopplade samman kroppsliga sensationer och emotionella upplevelser. Han menar att denna ”konkretism” hos anorektiska patienter bland annat hör samman med ätstörda individers svårigheter att förstå sina egna känslotillstånd. I två uppföljande artiklar fördjupar Skårderud den teoretiska förståelsen för detta fenomen och han ger även förslag på hur psykoterapeutisk behandling för individer med diagnosen anorexia nervosa kan utformas genom mentaliseringsbaserad terapi, där ovanstående brister i tas i beaktande (Skårderud, 2007b, 2007c.).

Resultaten i denna studie gällande informanternas upplevelser av den egna kroppen och sitt känsloliv påminner om resultaten i Skårderuds studie (2007a). I informanternas berättelser går det att återfinna exempel både gällande specifika och sammansatta metaforer. Resultaten indikerar att ätstörda patienter med bulimia nervosa och angränsande tillstånd uppvisar liknande svårigheter som de anorektiska patienterna i Skårderuds studie. Skårderud (2007c) diskuterar även vikten av att tänka transdiagnostiskt gällande olika psykiatriska tillstånd, att se vilka gemensamma psykologiska processer som kan ha en inverkan i olika psykiatriska diagnoser. Informanterna i denna studie beskrev hur deras ätstörda symptom bytte skepnad över tid och i olika situationer. Det är tänkbart att deras förmodade bristande mentaliseringsförmåga avspeglade sig i olika ätstörda tillstånd. Det är också viktigt att ha i åtanke att informanterna även var diagnostiserade med depressiv episod, vilket ytterligare kan leda till brister i mentaliseringsförmågan (Rydén & Wallroth, 2008).

Informanterna i denna studie gav många exempel på hur de använde olika ätstörda strategier för att hantera negativa känslor, stress, ångest, relationella svårigheter och påfrestande livshändelser. Skårderud (2007b; 2007c) diskuterar svårigheterna med att ätstörda individer på olika sätt använder kroppen för att lösa olika typer av emotionella och relationella problem. Det finns en risk att patienterna själva ser de olika strategierna som konstruktiva i avseende att lösa olika problem och för att hantera svåra känslor. Skårderud menar att detta kan försvåra patientens engagemang i ett terapeutiskt arbete, vilket bör beaktas i psykoterapi med ätstörda individer. Det är även viktigt att belysa att informanterna i vissa avseenden var mycket reflekterande och visade på förståelse för olika fenomen. I andra avseenden hade de mycket svårt att reflektera över sitt eget fungerande och känsloliv. Skårderud (2007c) diskuterar att individers mentaliseringsförmåga kan skifta i olika miljöer och kontexter

vilket kan vara förvirrande för terapeuten. Detta kan kännas igen från informanternas berättelser i denna studie.

Även om informanterna på vissa sätt hade svårt att förstå sig själva och sitt känsloliv så kunde de till viss del börja reflektera kring sig själva med hjälp av terapeuternas förhållningssätt under intervjuerna. Skårderud (2007c) menar att de flesta psykoterapier främjar mentaliseringsförmågan, men att vissa terapimodeller har detta som ett mer uttalat fokus. I en artikel från 2019 (Markowitz et al.) diskuteras mentaliseringsteoriens roll inom Interpersonell Psykoterapi (IPT). IPT är en av flera evidensbaserade psykoterapeutiska behandlingar för patienter med hetsättningsstörning och bulimia nervosa (Wallin et al., 2015). IPT har visat sig vara en effektiv behandlingsmetod vid bulimi, särskilt när bulimi förekommer samtidigt som depression (Bäck et al., 2020). Metoden har visat sämre behandlingsresultat för ätstörda patienter med mer restriktiv problematik (Bäck et al., 2017). IPT är en tidsbegränsad diagnosinriktad psykoterapeutisk behandling som bland annat fokuserar på hur livshändelser och relationer påverkar individens aktuella mående. Inom IPT riktas även ett fokus på patientens känsloliv i form av att hjälpa patienten att tolerera, nyansera, identifiera och förstå sina känslor (Lipsitz & Markowitz, 2013).

I studien av Markowitz et al. (2019) diskuteras att en förbättrad reflektiv funktion kan leda till reducering av symtom gällande olika psykiatriska tillstånd. Författarna menar att även om IPT inte har ett uttalat mål att främja mentalisering så har modellen ett implicit mentaliseringsfokus. De beskriver att en förbättrad mentaliseringsförmåga kan vara en viktig förändringsmekanism i psykoterapeutisk behandling. Författarna diskuterar att en ökad förmåga till mentalisering kan vara hjälpsamt för att skapa nya relationella erfarenheter. Med tanke på de mentaliseringsbrister som verkar finnas hos ätstörda patienter och med tanke på de relationella svårigheter som ätstörda individer upplever så kan det vara förståeligt att IPT vid vissa typer av ätstörningsdiagnoser har gett ett positivt behandlingsutfall. Relationers inverkan vid ätstörningar diskuteras vidare under rubriken *Ätstörningar och relationer*.

***Ätstörningar och dissociation.*** Informanterna i denna studie beskrev kroppsliga upplevelser som förde tankarna till dissociativa symtom av somatoform karaktär, vilket definieras nedan. Exempel på detta var olika typer av smärtsamma sensoriska upplevelser, att delar av den egna kroppen kändes främmande samt en upplevelse av kroppen och den egna personen i två delar. Dissociation kan definieras som en störning i integrationen av en eller flera aspekter av psykologisk funktion. Dessa psykologiska funktioner kan

exempelvis vara motorisk kontroll, minne, medvetande, identitet, känslor och beteenden (American Psychiatric Association, 2013). Ett sätt att kategorisera dissociation är genom psykoform och somatoform dissociation. Psykoform dissociation inkluderar svårigheter att integrera psykiska funktioner som exempelvis minne, medvetande och identitet. Somatoform dissociation inkluderar symtom som rör kroppsliga upplevelser så som svårigheter att integrera kroppens olika reaktioner och funktioner (Longo et al., 2021).

En systematisk översiktsartikel (Longo et al., 2021) visade bland annat att individer med anorexia nervosa i högre grad upplevde både psykoform och somatoform dissociation i jämförelse med en icke-klinisk population. En annan studie (Nilsson et al., 2020) visade att både psykoform och somatoform dissociation var mer vanligt förekommande hos patienter med olika typer av ätstörningsdiagnoser i jämförelse med en icke-klinisk population.

Informanternas beskrivningar av sina kroppsliga upplevelser var information som oftast inte framkom initialt under intervjun, utan problematiken blev mer framträdande genom fördjupande följdfrågor. Eventuellt finns det en risk att dissociativa symtom inte uppmärksammas inför behandling med ätstörda patienter. Så som tidigare forskning har föreslagit (Nilsson et al., 2020) så kan det vara viktigt att screena för dissociativa symtom under bedömningsfasen inför behandling av ätstörda patienter, för att denna problematik inte ska gå obemärkt förbi. Författarna till ovan nämnda studie ger förslag på vilka instrument, i form av klinisk intervju och skattningsskalor, som kan användas i detta syfte. Longo et al. (2021) diskuterar att det är viktigt att uppmärksamma förekomsten av dissociativa symtom hos ätstörda individer då denna problematik kan kopplas samman med ett negativt behandlingsutfall. De flesta studierna som har undersökt detta har haft ett fokus på psykoform dissociation. Mer forskning är önskvärt gällande somatoform dissociation och vilken inverkan dessa symtom har på psykoterapeutiska behandlingar med ätstörda individer.

Flera av informanterna berättade om påfrestande livshändelser, dock inte i den omfattningen att det blev ett eget tema i resultatet. Frågor om trauman och svåra livshändelser är heller inte inkluderade i intervjuguiden. Utvecklingen av dissociativa symtom antas ha ett nära samband med traumatiska upplevelser (Boon et al., 2018; Spiegel et al., 2011; Van der Hart et al., 2006). Andra orsakssamband har också presenterats i forskning, exempelvis neurobiologiska orsaker (Spiegel et al., 2011). Det antas även finnas ett samband mellan bristande mentaliseringsförmåga och olika typer av dissociativa tillstånd (Rydén & Wallroth, 2008).

**Ätstörningar och relationer.** Informanternas berättelser bekräftade bilden av livet med en ätstörning som ett ensamt och passivt liv med olika typer av interpersonella svårigheter. Det fanns en ambivalens hos informanterna att berätta om sin ätstörning och bjuda in andra till sitt inre liv. Hemlighållandet av problematiken och att göra sig själv ensam hade länge varit ett tillvägagångssätt som hållit ätstörningen vid liv. Informanterna beskrev även känslor av skam kopplat till ätstörningsproblematiken vilket ytterligare försvårade processen att söka stöd från andra människor.

Idag vet vi att ensamhet och social isolering har effekter på människors fysiska och psykiska hälsa (Mushtaq et al., 2014). Då ensamhet har stor påverkan på människors hälsa har man i studier försökt hitta behandlingsalternativ för att motverka ensamhet (Käll et al., 2021). I en systematisk översikt av litteraturen inom området ätstörningar och ensamhet fann man att ensamhet var något som ätstörda individer brottades med inom olika typer av ätstörningsdiagnoser. Ensamheten åtföljdes av inre- och mellanmänskliga konflikter som tog sig något olika uttryck inom de olika ätstörningsdiagnoserna. I artikeln lyfter man vikten av att hjälpa ätstörda individer skapa hälsosamma relationer och tar upp de långtgående effekter social utfrysning och isolering har på en människas liv. Man tar även upp att ätstörda individer kan ha svårt att relatera till andra när de i perioder relaterar och identifierar sig starkt med sin ätstörning (Levine, 2012), vilket stämmer väl överens med informanternas berättelser i denna studie.

Informanterna beskrev att deras närstående inte förstår deras problematik men att de samtidigt hade svårt att berätta om sin ätstörning. De beskrev en önskan gällande mer förståelse från sina anhöriga men uttryckte samtidigt en undran över hur detta skulle kunna gå till. I de fall där informanterna berättat om sitt mående till närstående så beskrev de hur detta hade förbättrat och fördjupat deras relationer, men de beskrev samtidigt hur svårt detta hade varit. En översiktsartikel av Leonidas och dos Santos (2014) undersökte hur forskningen såg ut gällande socialt stöd vid ätstörningar. Deras resultat visade att ätstörda individer inte bara behöver stöd från den närmsta familjen utan att deras utökade sociala nätverk med fördel kan inkluderas i en ätstörningsbehandling. De tar även upp att den internationella forskningen inom området är bristfällig och att det finns mer forskning gällande socialt stöd för andra psykiatriska diagnoser än för ätstörningar. Vården bör, enligt Leonidas och dos Santos, fokusera på de relationella aspekterna av ätstörningen och inte enbart de ätrelaterade symtomen. De diskuterar också att bristfälligt stöd av familj och vänner kan vara en utlösande faktor för att utveckla en negativ kroppsuppfattning. Viktnedgång kan i detta sammanhang uppfattas som ett sätt att uppnå större social acceptans, vilket är tankar som återfinns i informanternas berättelser.

Informanterna beskrev vidare hur ätstörningen ledde till konflikter, exempelvis missförstånd som uppstått efter försök att hålla ätstörningen hemlig eller konflikter gällande deras rigiditet kring sin ätstörning. De beskrev också svårigheter att lösa konflikter och hur konflikter kunde uppstå mellan anhöriga på grund av ätstörningen. Konflikterna i sig ledde ofta till ett försämrat mående och därefter försämrade ätstörningssymtom, vilket i vissa fall vidmakthöll problematiken. I en systematisk översikt av ätstörningar och interpersonellt fungerande (Arcelus et al., 2013) fann man att interpersonella problem skiljde sig åt mellan olika ätstörningsgrupper. Hos anorektiker och individer med mer restriktivt ätande fann man att interpersonella problem ofta handlade om att de prioriterade andras behov före sina egna samt att de undvek att uttrycka sina känslor till andra. För bulimiker handlade de interpersonella problemen främst om konfliktfyllda relationer och tillitsproblem. Informanterna i denna studie berättade om olika typer av interpersonella problem, både inom området konflikter samt svårigheter att uttrycka sina känslor till närstående. Arcelus et al. (2013) lyfter vikten av behandlingsinsatser som fokuserar på att förbättra det interpersonella fungerandet hos ätstörda individer och föreslår Interpersonell psykoterapi (IPT) som ett behandlingsalternativ.

Informanterna beskrev även att ätstörningen innebar svårigheter i deras partnerrelationer, så som problem med intimitet. Bulik (2013) tar upp de svårigheter partnerrelationen ställs inför när den ena partnern har en ätstörning. Hon tar upp att kvinnor med en ätstörning som lever i en relation har mer ätstörningssymtom än de som lever ensamma (Busolotti et al., 2002, refererad i Bulik, 2013) samt att de har mindre intimitet och är mer missnöjda med sina relationer jämfört med kvinnor som inte har en ätstörning (Van Buren et al., 1998, refererad i Bulik, 2013). Bulik (2013) lyfter vikten av att adressera relationsproblem samt att involvera viktiga anhöriga i en ätstörningsbehandling.

Informanterna i denna studie beskrev att de är rädda för att släppa taget om sin ätstörning. De har vänt sig till ätstörningen för att hantera påfrestande livshändelser, svåra känslor och ångest. Det fanns en ambivalens hos informanterna att släppa taget om sin sjukdom - hur skulle de hantera livet utan att få vända sig till sin ätstörning? På många sätt liknade relationen till ätstörningen relationen till viktiga anknytningspersoner. Istället för att vända sig till omgivningen så vände sig informanterna till sin ätstörning för att ombesörja behov av trygghet, stöd och för att få en känsla av kontroll. På så sätt är det möjligt att betrakta själva ätstörningen som en egen relation.

Flera studier har undersökt ätstörda individers upplevelse av ätstörningen som en egen relation. I en studie av Forsén et al. (2018) ville man undersöka ätstörda

patienters upplevelse av ätstörningen som en dyadisk relation. Det framkom att patienterna kunde relatera till ätstörningen som om den hade varit en verklig relation när de ombads att göra detta. Man fann i studien att patienterna upplevde ätstörningen som kontrollerande och klandrande samt att ju mer patienterna upplevde ätstörningen som kontrollerande, desto mer ätstörningssymtom hade de. Dessa mönster visade sig stämma oavsett ätstörningsdiagnos. Artikelförfattarna uppmanar terapeuter till att utforska relationen mellan patienten och dennes ätstörning för att kunna hjälpa patienten hitta andra sätt att relatera och våga ifrågasätta ätstörningen.

I ytterligare en studie av Forsén et al. (2019) undersökte man huruvida patientens relation till sin ätstörning kunde conceptualiseras som en anknytningsrelation. Man fann att patienters relaterande till sin ätstörning påverkades av anknytningsprocesser och att detta vidmakthöll ätstörningsproblematiken. Man fann även ett samband mellan individers otrygga anknytningsmönster och deras upplevelse av ätstörningen som mer kontrollerande. Individens upplevelse av ätstörningen som mer kontrollerande hade även ett starkt samband med deras tendens att kritisera sig själva. Man tar upp att det från ett anknytningsperspektiv kan det bli lättare att förstå patienters oro och ambivalens kring att göra förändringar och släppa ätstörningen. I behandling kan ätstörda patienter behöva hjälp att utforska andra anknytningsrelationer än att vända sig till ätstörningen för att få sina anknytningsbehov tillgodosedda.

*Nyorientering i livet.* Majoriteten av informanterna i denna studie hade levt med ätstörningen i många år, i vissa fall under hela ungdomstiden och hela vuxenlivet. Det återkom beskrivningar av att det var svårt att föreställa sig ett liv utan ätstörningen. Många hade levt med ätstörningen så länge att de knappt kunde se hur den påverkade livet, den hade blivit en del av livet självt och ibland en del av den egna identiteten. Informanterna kunde beskriva att de blivit tillbakadragna och skygga som personer. Arbete, studier, fritidsintressen och olika sociala sammankomster hade ofta fått stå tillbaka under så många år att individen förlorat flera sociala sammanhang där de tidigare haft en tillhörighet.

En kvalitativ studie från 2018 (Lindstedt et al.) visade att ungdomar med ätstörningar upplevde att deras liv stod på paus under tiden i ätstörningsbehandling och att relationer samt sociala sammanhang var viktiga faktorer i återhämtningsprocessen. Vissa av ungdomarna skapade nya sociala sammanhang i samband med tillfrisknandet. En viktig del i behandlingen av ätstörda individer kan vara att hjälpa individen att nyorientera sig i livet samt att



uppmärksamma vilka relationer och sociala sammanhang som är gynnsamma för deras läkning och återhämtning.

Studier har undersökt vad ett tillfrisknande från ätstörningsproblematik innebär. Förutom de tydliga markörerna gällande ätstörningstankar och beteenden samt viktåterhämtning lyfter man vikten av ett ökat välbefinnande hos individen (Kenny & Lewis, 2021). För att undvika återfall är det viktigt att man tar hänsyn till psykologiska, emotionella och sociala variabler (Noordenbos & Seubring, 2006). I en studie av Patching och Lawler (2009) intervjuade man kvinnor som haft anorexia och/eller bulimi och som hade tillfrisknat från sina ätstörningsproblem. Ur kvinnornas berättelser framträdde teman som följt dem under ätstörningssjukdomen. Dessa var kontroll, samhörighet och konflikt. Det var först när kvinnorna lärde sig hantera sina konfliktfyllda relationer och utvecklade relationen till sig själva som de påbörjade själva tillfrisknandet.

I Björk och Ahlströms (2008) studie om hur kvinnor med olika ätstörningar upplevde tillfrisknandet från sin ätstörning fann man att tillfrisknade patienter inte längre upplevde ätstörningen som en integrerad del av dem själva. Utöver att ha en mer avslappnad relation till mat och till sina kroppar framkom att de tillfrisknade individerna hade en bättre självkänsla som påverkade deras interagerande med andra. Något som var framträdande i studien var individernas utveckling mot att ha en mer tillåtande och accepterande hållning mot sig själva med utrymme för glädje och spontanitet. Informanterna lyfte själva en önskan om att ta sig an livet i fråga om sociala sammanhang, livsmål och relationer.

### ***Metoddiskussion***

***Förförståelse.*** Inom kvalitativ forskning anses forskarens förkunskaper och livserfarenheter påverka datainsamling, analys och resultat vilket gör att en redovisning av dennes förförståelse är önskvärd (Braun & Clarke, 2022). Författarna till denna uppsats är legitimerade psykologer. Vi har en integrativ grundutbildning och har läst psykoterapeutprogrammet med en relationell inriktning.

Karin har under de senaste nio åren arbetat inom psykiatri, både på en allmänpsykiatrisk mottagning och inom specialistpsykiatri, inriktat på patienter med psykosjukdomar samt personlighetssyndrom. Även om det kliniska arbetet inte varit inriktat specifikt mot ätstörningar så är problematiken inte helt obekant då samsjukligheten med andra psykiatriska tillstånd är vanligt förekommande. Det är Karin som har genomfört den tematiska analysen av datamaterialet. Braun och Clarke (2022) anser att det inte finns några hinder för att koda och analysera data på egen hand i deras modell. Processen med att analysera data är till viss del alltid subjektiv, vilket snarare ses som en styrka än svaghet med

modellen. De menar att en analys inte kan vara rätt eller fel utan snarare starkare eller svagare. Karin har haft som ambition att ägna tillräckligt med tid åt analysen för att motverka en för ytlig eller förhastad analys.

Theresia har under de senaste tolv åren arbetat på en ätstörningsenhet inom specialistpsykiatri och har därmed lång erfarenhet av att arbeta med patienter med olika typer av ätstörningsdiagnoser. Det kan ses som en styrka med studien att Theresia inte har genomfört den tematiska analysen eftersom hennes förförståelse inom ämnet inte har kommit att påverka studiens resultat.

**Val av metod.** Att använda en kvalitativ forskningsmetod ansågs lämpligt med tanke på studiens syfte. Vidare valdes en induktiv ansats eftersom vi förutsättningslöst önskade finna teman i insamlad data, utan en förutbestämd teoretisk ram att förhålla oss till. Analys av data genomfördes med tematisk analys vilket bedömdes vara en lämplig analysmetod då vi önskade finna teman i det insamlade materialet och diskutera detta utifrån befintliga teorier snarare än att generera ny teori. Det kan anses vara problematiskt att ha en induktiv ansats då intervjuguiden har sina rötter i mentaliseringsteorin vilket vi tidigare har beskrivit, dock bedömdes intervjufrågorna vara lämpliga för att besvara denna uppsats syfte med tanke på frågornas bredd och det semistrukturerade formatet.

Vi har också reflekterat kring att studiens resultat delvis diskuteras utifrån teorier kring mentalisering med tanke på att intervjuguiden har sin grund i mentaliseringsteorin. Även detta kan tyckas vara motsägelsefullt då studien har en induktiv ansats, dock arbetades resultatet fram under analysprocessen utifrån aktuella koder och inte utifrån ett förutbestämt teoretiskt ramverk.

**Kvalitetsvärdering.** Bryman (2018) lyfter fram Lincoln och Gubas tankar om kvalitetsvärdering inom kvalitativ forskning. De menar bland annat att begreppen intern och extern validitet som används inom kvantitativ forskning i stora drag kan översättas till trovärdighet och överförbarhet när det gäller kvalitativ forskning. Begreppet reliabilitet inom kvantitativ forskning kan i stora drag översättas till pålitlighet.

Termen trovärdighet (Bryman, 2018) hänvisar bland annat till att studien har utförts enligt de regler som finns gällande vald metod. Vi har i denna studie försökt vara tydliga med att redovisa olika ställningstaganden gällande val av forskningsmetod samt vald analysmetod. En brist i denna studie skulle kunna vara att vi inte haft möjlighet att använda oss av respondentvalidering med tanke på studiens procedur. Vi har heller inte genomfört intervjuerna själva vilket kan ses som både en fördel och en nackdel med studien. En fördel med detta är att vår förförståelse inte har funnits med som en påverkan under intervjuerna, vi har inte styrt intervjuerna i en viss riktning. En nackdel med detta kan dock vara att vi inte har kunnat ställa de följdfrågor vi önskat vilket hade kunnat fördjupa förståelsen gällande frågor där detta varit önskvärt. Vi har inte heller haft möjlighet att testa och utveckla

intervjuguiden. Det fanns också en skillnad i hur terapeuterna använde sig av intervjuguiden vilket inte i sig behöver vara problematiskt (Braun & Clarke, 2022), dock resulterade detta i att vissa intervjuer genererade mer fyllig data än andra.

Begreppet överförbarhet hänvisar till i vilken mån som studiens resultat går att överföra till andra miljöer. Denna studie inkluderar 15 informanter vilket har genererat ett rikt och fylligt datamaterial. Vår förhoppning är att läsaren ska finna resultatet, eller delar av resultatet, användbart och intresseväckande. Ett viktigt kvalitetskriterium inom kvalitativ forskning är vidare att författaren är transparent i fråga om hur forskningen är utförd för att läsaren ska ha möjlighet att bedöma studiens pålitlighet (Bryman, 2018). Vi har i denna uppsats försökt vara transparenta i fråga om att redovisa vår förförståelse. Vi har även haft som ambition att redovisa hur vägen fram till resultaten, det vill säga analysprocessen, har sett ut i syfte att läsaren ska kunna bedöma studiens kvalitet.

***Övriga styrkor och svagheter.*** Gällande genusperspektivet så identifierade sig samtliga informanter som kvinnor. Även om detta speglar verkligheten då majoriteten av ätstörda individer identifierar sig som kvinnor så är det viktigt att framtida forskning ta hänsyn till att andelen män med ätstörningar ökar (Qian et al., 2013). Detta diskuteras vidare under rubriken nedan som berör framtida forskning. Informanterna i denna studie hade ännu inte genomgått någon psykoterapeutisk behandling för sin ätstörning. Detta kan ses som en fördel med studien då de ännu inte har blivit påverkade av den behandlingsform de mottagit. De ätstörda informanterna i studien var även diagnostiserade med lindrig till svår depression, vilket kan ha inverkat på svaren de gav i intervjun. Dock är samsjukligheten med andra tillstånd hög (SBU, 2019) så detta bör ligga nära den kliniska verkligheten. Denna studie är sedan tidigare etikprövad vilket vi har redovisat i denna uppsats.

## Slutsatser

Denna studie bekräftar och kompletterar bilden av ätstörningar, i detta fall bulimia nervosa och angränsande tillstånd, som komplexa tillstånd där flertalet faktorer kopplade till det inre livet, den egna kroppen och andra människor både utlöser, påverkar samt vidmakthåller problematiken.

Tidigare forskning pekar på att ätstörda individer har en bristande mentaliseringsförmåga, främst gällande den egna personen, vilket även denna studie indikerar. Dessa mentaliseringsbrister kan leda till ett konkret fungerande med en tendens att använda ätstörda strategier för att hantera emotionella och relationella problem.

Studiens resultat bekräftar och kompletterar bilden av livet med en ätstörning som ett ensamt och passivt liv med olika interpersonella svårigheter. Svårigheterna består bland annat av konfliktfyllda relationer, en ambivalens att närma sig andra människor samt en tendens att vända sig till själva ätstörningen för trygghet, tröst och kontroll.

Denna studie diskuterar vikten av att ta hänsyn till interpersonella svårigheter och brister i mentalisering i psykoterapeutiska behandlingar med ätstörda individer i syfte att nå effektiva behandlingsresultat. Interpersonell psykoterapi (IPT) föreslås vara en lämplig behandlingsform vid vissa ätstörningsdiagnoser med tanke på dess mentaliseringsfrämjande samt relationsinriktade fokus.

Studiens resultat indikerar att dissociativa symtom, i detta fall somatoform dissociation, förekom hos informanterna. Det finns en risk att dissociativa symtom inte blir uppmärksammade i bedömningsfasen av ätstörda individer. Det kan därför vara viktigt att screena för dissociativa symtom inför behandling med ätstörda patienter, då dessa symtom i tidigare forskning har kopplats samman med ett negativt behandlingsutfall.

Studiens resultat visar på bristen av sociala sammanhang över tid. Ätstörda individer kan behöva stöd i att nyorientera sig i livet, då livet på många sätt har stått på paus under åren med en ätstörning. Denna studie lyfter fram betydelsen av att främja positiva och trygga relationer samt sociala sammanhang i syfte att underlätta ätstörda individers läkning och återhämtning.

### ***Kliniska implikationer***

- Förutom symtomreduktion bör ätstörningsbehandling fokusera på att främja mentaliseringsförmåga och relationella färdigheter.
- Uppmärksamma eventuella dissociativa symtom inför behandling med ätstörda individer.
- Överväg att involvera närstående i ätstörningsbehandling, även för vuxna patienter, samt uppmuntra till hälsofrämjande relationer och sociala sammanhang.
- Interpersonell Psykoterapi (IPT) är en lämplig behandling för vissa ätstörningsdiagnoser med tanke på dess relationsinriktade och mentaliseringsfrämjande ansats.

### ***Reflektioner kring framtida forskning***

Denna studie har väckt tankar gällande huruvida mentaliseringsfrämjande och relationsinriktade psykoterapier kan vara hjälpsamma vid olika typer av ätstörningsdiagnoser, detta med tanke på de mentaliseringsbrister och relationssvårigheter som verkar finnas hos individer med olika typer av ätstörningar. Med tanke på att IPT är en behandling där man fokuserar på relationer och där interventionerna verkar främja mentalisering, så vore det intressant om framtida forskning vidare undersöker om IPT kan vara en framgångsrik behandling vid olika typer av ätstörningsdiagnoser, förutom bulimia nervosa och hetsättningsstörning.

Det vore önskvärt om framtida forskning undersöker huruvida relationsfrämjande behandlingar, så som IPT, kan vara effektiva vid anorexia nervosa och andra mer restriktiva former av ätstörningar. Dock bör man ta hänsyn till vikt rehabiliterande insatser vid denna typ av problematik. Eventuellt kan IPT ges parallellt eller sekventiellt till dessa insatser.

Denna studie diskuterar att främjandet av mentalisering och fokuset på relationer i IPT kan vara en del i förklaringen till att IPT är en effektiv behandlingsmetod för vissa ätstörningsdiagnoser. Det vore intressant om framtida forskning vidare undersöker förändringsmekanismerna i IPT för ätstörningar.

Forskning har visat att dissociativa symtom är vanligare hos ätstörda individer i jämförelse med en icke-klinisk population. Forskningen gällande somatoform dissociation anses vara mindre beforskad än andra typer av dissociativa symtom. Med tanke på denna studies resultat så vore det intressant att med hjälp av

kvalitativ forskning få en ökad kunskap om somatoform dissociation hos ätstörda individer, för att på så sätt få fördjupad förståelse för fenomenet.

Gällande genusperspektivet så identifierar sig samtliga informanter i denna studie som kvinnor. Även om detta speglar verkligheten så visar forskning att antalet män med ätstörningar ökar. Det vore önskvärt om framtida forskning även undersöker hur ätstörda män och ätstörda individer med annan könstillhörighet relaterar till sitt inre liv, sin egen kropp och andra människor.

## Referenser

American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (3<sup>rd</sup> ed.). Hämtad 20 maj, 2022, från: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf)

Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156–167. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/j.cpr.2012.10.009>

Björk, T., & Ahlström, G. (2008). The patient's perception of having recovered from an eating disorder. *Health Care for Women International*, 29, 926–944. <https://doi.org/10.1080/07399330802269543>

Boon, S., Steele, K., & Hart, O.V.D. (2018). *Att hantera traumarelaterad dissociation: färdighetsträning för patienter och deras terapeuter*. (Andra upplagan). Vaxholm: Insidan.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. Los Angeles: SAGE.

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Tredje upplagan). Stockholm: Liber.

Bulik, C.M. (2013). *Midlife Eating Disorders. Your Journey to Recovery*. Walker & Company. New York.

Bäck, M., Gustafsson, S. A., & Holmqvist, R. (2017). Interpersonal psychotherapy for eating disorders with co-morbid depression: A pilot study. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 19(4), 378-395. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1080/13642537.2017.1386226>

Bäck, M., Falkenström, F., Gustafsson, S. A., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2020). Reduction in depressive symptoms predicts improvement in eating disorder symptoms in interpersonal psychotherapy: results from a naturalistic study. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–10. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1186/s40337-020-00308-1>

- Clinton, D., & Norring, C. (red.). (2012). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Clinton, D. & Isomaa, R. (red.). (2022). *Förstå och bemöta ätstörningar*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavioural therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G. (2017). *Att övervinna hetsätning. Ett vetenskapligt utvärderat behandlingsprogram*. Andra utgåvan: Natur och Kultur.
- Fonagy, P., Target, M., Steele H. & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, version 5, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2019). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 92(3), 379–393. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1111/papt.12184>
- Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). Insidious: The relationship patients have with their eating disorders and its impact on symptoms, duration of illness, and self-image. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 302-316. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1111/papt.12161>
- Gustafsson, S. A., Stenström, K., Olofsson, H., Pettersson, A., & Ramsay K. W. (2021). Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>
- Kenny, T. E., & Lewis, S. P. (2021). Reconceptualizing recovery: Integrating lived experience perspectives into traditional eating disorder recovery frameworks. *Psychiatric Services*, 72(8), 966–968. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1176/appi.ps.202000447>



- Käll, A., Bäck, M., Welin, C., Åman, H., Bjerkander, R., Wänman, M., Lindegaard, T., Berg, M., Moche, H., Shafran, R., & Andersson, G. (2021). Therapist-guided internet-based treatments for loneliness: A randomized controlled three-arm trial comparing cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *90*(5), 351–358. <https://doi.org/10.1159/000516989>
- Leonidas, C., & dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 915-927. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.2147/NDT.S60735>
- Levine Peaslee, M. (2012). Loneliness and Eating Disorders. *The Journal of Psychology, Interdisciplinary and Applied*, *146*(1/2), 243–257. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1080/00223980.2011.606435>
- Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2018). A life put on hold: adolescents' experiences of having an eating disorder in relation to social contexts outside the family. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *11*, 425–437. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S168133>
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1134–1147. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1016/j.cpr.2013.09.002>
- Longo, P., Panero, M., Amodeo, L., Demarchi, M., Abbate-Daga, G., & Marzola, E. (2021). Psychoform and somatoform dissociation in anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(2), 295–312. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1002/cpp.251>
- Markowitz, J. C., Milrod, B., Luyten, P., & Holmqvist, R. (2019). Mentalizing in Interpersonal Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *72*(4), 95–100. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1176/appi.psychotherapy.20190021>
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, *8*(9), 1–4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/10077.4828>
- NICE (2020). Eating disorders: recognition and treatment. Hämtad 20 maj, 2022, från: [www.nice.org.uk/guidance/NG69](http://www.nice.org.uk/guidance/NG69)
- Nilsson, D., Lejonclou, A., & Holmqvist, R. (2020). Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(1), 1–8. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1080/08039488.2019.1664631>
- Nordenboos, G. & Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eating Disorders*, *14*, 41–54

Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16(1), 10–21.

Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & kultur.

SBU. (2019). Ätstörningar. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv. SBU Bereder 259. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.. Hämtad 4 november 2022 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6439-bilaga-a.pdf>

Socialstyrelsen (2019). Vård av ätstörningar: Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso och sjukvården. Hämtad 2 november 2022 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6439.pdf>

Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Grøntved, S., & Kjaersdam Telléus, G. (2020). The mentalization profile in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(5), 311–322. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1080/08039488.2019.1707869>

Skårderud, F., Sommerfeldt, B., & Lech, B. *SRF-ED*. (2012). Ej publicerat material.

Skårderud, F. (2007a). Eating one's words, Part I: 'concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa - an interview study. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 163–174. <https://doi.org/10.1002/erv.777>

Skårderud F. (2007b). Eating one's words, part II: the embodied mind and reflective function in anorexia nervosa - Theory. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 243–252. <https://doi.org/10.1002/erv.778>

Skårderud F. (2007c). Eating one's words: part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa - an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323–339.

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardena, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1002/da.20874>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.

Wallin, U., Sandeberg, A.A., Nilsson, K. & Linné, Y. (2015). *Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. (2. uppl.) Sundsvall: Svenska psykiatriska föreningen.

Willig, C. (2019). What can qualitative psychology contribute to psychological knowledge? *Psychological methods* 24(6), 796-804.  
<https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1037/met0000218>

Qian, J., Hu Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry*. 25(4), 212-223.  
<https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003>

## *Appendix*

### *Bilaga 1. Intervjuguide*

#### **Intervjun**

1. Varför tror du att du har en ätstörning?

– Ser du något samband mellan dina problem och relationen med dina föräldrar, familj och uppväxt?

2. Har du någon gång märkt att det kan finnas ett samband mellan symptom som är relaterade till din ätstörning och tankar och känslor?

- Om ja, fråga vilka tankar och känslor?
- Om ja, fråga: Har du någon idé kring hur dessa tankar och känslor hänger ihop med dina ätstörningssymtom?
- Om nej, fråga: Kan du se något mönster på förbättring eller försämring av dina ätstörningssymtom?

3. Har du någon gång märkt att det kan finnas ett samband mellan dina ätstörningssymtom och vissa situationer? Exempel på situationer kan vara, att vara ensam, i skolan, på jobbet, hemma och på fritiden.

- Om ja, fråga i vilka situationer?
- Om ja, fråga: Har du någon idé kring hur dessa situationer kan vara kopplade till dina ätstörningssymtom?
- Om nej, gå vidare.

4. Har du någon gång märkt att det kan finnas ett samband mellan dina ätstörningssymtom och de personer du umgås med?

- Om ja, fråga vilka personer?
- Om ja, fråga: Har du någon idé kring hur dessa personer kan påverka dina ätstörningssymtom?
- Om nej, gå vidare.

5. Nu är jag intresserad att höra om dina upplevelser av din egen kropp. Frågorna liknar de frågor jag redan ställt:

- Vad har du för relation till din kropp?

– Finns det något samband mellan hur nöjd eller missnöjd du är med din kropp och ditt känsloläge, situationer och/eller personer?

- Om ja, be personen att utveckla sitt svar.

– Finns det något samband mellan hur du upplever din kropp (exempelvis, storlek, tyngd, lätthet, och kontakt med dina upplevelser såsom smärta, hunger och mättnad) och känslomässiga tillstånd, situationer och/eller personer?

– Om ja, be personen att utveckla sitt svar.

6. Om vi sammanfattar vad vi har frågat om, kan du ge ett eller flera konkreta exempel på situationer där dina problem med ätstörningen är minst framträdande? Alternativt: När tänker du minst kring dina problem kring mat, vikt och kropp?

7. Kan du ge ett eller flera konkreta exempel på situationer där dina problem med din ätstörning är som mest framträdande? Alternativt: När tänker du mest kring dina problem kring mat, vikt och kropp?

– På vilket sätt är tankar, känslor och kroppsliga upplevelser annorlunda då tecknen på ätstörning är som starkast jämfört med då de är som svagast?

8. Vilken inverkan har din ätstörning haft på ditt liv och på den person du är nu?

9. Har du några tankar kring huruvida ätstörningen haft en specifik funktion i ditt liv?

– Möjliga positiva funktioner?

– Möjliga negativa funktioner?

10. Har du några idéer om hur ditt liv skulle ha varit utan dina problem med mat, vikt och kropp?

11. Har dina tankar kring varför du har en ätstörning ändrats över tid?

12. Vilken betydelse har din ätstörning haft för andra personer i ditt liv?

13. Skulle någon av dina allra närmaste som känner till dina problem, ha en annan förståelse/uppfattning av din ätstörning än vad du själv har beskrivit i denna intervju?

– Om ingen känner till problemen: om de kände till dina problem, skulle de ha en annan förståelse/uppfattning av din ätstörning än vad du själv har beskrivit i denna intervju?

Skårderud, Sommerfeldt & Lech, 2012©Version 5