

**Master of Science  
Gestalt Psychotherapy**

**Att tillfriskna  
från  
Bulimia Nervosa**

**En fenomenologisk studie**

**Av**

**Kari Elise Slinning, T 36**

**Dissertation, 2006-02-01**

**Handledare: Docent Björn Wrangsjö**



## Abstract

Denna uppsats är en fenomenologisk studie utifrån Gunnar Karlsons Empirical Phenomenological Psychological method (EPP-metoden) gjord i form av intervjuer med 6 tillfrisknade bulimiker om deras tillfrisknandeprocess. Undersökningen syftar till att hitta en beskrivning av fenomenet *att tillfriskna från bulimi*. Undersökningen visar att fenomenet *att tillfriskna från bulimi* kan beskrivas som en process bestående av följande:

*En insikt om möjligheten att påverka den egna livssituationen samt viljan till att göra det;*

*Att nya relationer ingås med andra människor;*

*En upplevelse av att lyckas;*

*Ett arbete att ersätta bulimi med något annat;*

*En förändring när det gäller upplevelsen av - och relationen till - sig själv, livet och andra människor.*

Resultatet diskuteras och appliceras på terapeutisk praxis samt relateras till annan forskning.

---

This dissertation is a phenomenological study which applies Gunnar Karlsons Empirical Phenomenological Psychological method (the EPP-method) through interviews with 6 recovered bulimics regarding their process of recovery. The purpose of this study is to describe the phenomena *recovering from bulimia*. The study shows that the phenomena *recovering from bulimia* can be described as a process consisting of the following:

*An awareness of the possibility to influence ones own situation in life and the will to do that;*

*The establishment of new relations with other persons;*

*Work towards replacing bulimia with something else;*

*The experience of success;*

*A change in the experience of - and the relationship to - one self, life and others;*

The result is discussed and applied to clinical praxis as well as related to relevant research.

## **Författarens tack**

Tack till min klient L. som genom att dela med sig om sin egen process av att tillfriskna från bulimi inspirerat mig till att göra denna uppsats.

Tack till alla mina informanter som frikostigt delat med sig av sin unika kunskap.

Tack till mina klasskamrater Karin, Cina och Ava som givit mig stöd att genomföra denna uppsats.

Tack till min handledare Björn Wrangsjö som delat med sig av sitt stora kunnande.

Tack till mina lärare, handledare och terapeuter som bidragit i min utbildning till gestaltterapeut - och som gett mig möten i vilka jag har kunnat utvecklas som människa.

Tack till Ann och Ulf som inspirerade mig till att börja gå i gestaltterapi vilket fört till en omvälvande, underbar, förändring i mitt liv.

Slutligen tack till min man Fredrik, vars närvaro i mitt liv jag uppskattar och njuter av. Ditt generösa stöd i form av diskussioner, fackkunskap och datorkunskap har varit ovärderligt.

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund</b> .....	1
<b>2. Begreppsmässig och teoretisk bas</b> .....	3
<b>2.1 Att tillfriskna</b> .....	3
<b>2.2 Bulimia Nervosa</b> .....	4
2.2.1 Ätstörningar generellt enligt DSM-IV .....	5
2.2.2 Historik.....	6
2.2.3 Beskrivning av fenomenet bulimi .....	6
<b>2.3 Olika teorier om uppkomst och behandling av bulimi</b> .....	7
2.3.1 Intrapsykisk syn .....	7
2.3.2 Interpersonell syn.....	8
2.3.3 Beteendeorienterad syn .....	10
2.3.4 Sociokulturell syn .....	11
2.3.5 Biologisk syn.....	11
2.3.6 Förekomst och behandling .....	12
<b>2.4 Litteratur och relevanta forskningsstudier</b> .....	13
<b>3. Metod och material</b> .....	17
<b>3.1 Undersökningens syfte</b> .....	17
<b>3.2 Metod</b> .....	17
<b>3.3. Datainsamling</b> .....	18
3.3.1 Intervjun .....	18
3.3.2 Urval och beskrivning av intervjupersonerna .....	19
<b>3.4 Dataanalys enligt EPP-metoden</b> .....	20
<b>3.5 Reliabilitet och validitet</b> .....	24
<b>3.6 Etiska frågor</b> .....	26

<b>4. Resultat</b> .....	28
<b>4.1 Generella kännetecken som beskriver fenomenet att tillfriskna från bulimi</b> .....	28
4.1.1 En insikt om möjligheten att påverka den egna livssituationen samt viljan till att göra det .....	28
4.1.2 Att nya relationer ingås med andra människor .....	29
4.1.3 En upplevelse av att lyckas .....	30
4.1.4 Ett arbete att ersätta bulimi med något annat .....	30
4.1.5 En förändring när det gäller upplevelsen av - och relationen till – sig själv, livet och andra människor .....	33
<b>4.2 Generella känneteckens ordning</b> .....	34
<b>4.3 Andra resultat</b> .....	35
4.3.1. Sjuk .....	35
4.3.2 Kvantitativa fenomen .....	35
4.3.3 Frisk .....	35
<b>5. Diskussion</b> .....	36
<b>5.1 Diskussion av resultat</b> .....	36
<b>5.2 Jämförelse med annan relevant forskning</b> .....	43
<b>5.3 Förslag till vidare forskning</b> .....	46
<b>5.4 Slutsats</b> .....	47
<b>Referenser</b> .....	48
<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV .....	I
Bilaga 2: Inbjudan till intervju .....	II
Bilaga 3: Informerat samtycke .....	III
Bilaga 4: Transformerings till meningsenheter .....	IV
Bilaga 5: Situerad struktur .....	V

## 1. Bakgrund

Många människor söker i dag psykoterapi på grund av en ätstörning. Då jag som gestaltterapeut ofta arbetar med klienter som lider av anorexi eller bulimi är jag särskilt intresserad av hur jag kan hjälpa just dessa personer på bästa sätt. Att skriva en uppsats har jag sett som en möjlighet att utforska just detta ämne.

En naturlig väg att gå för att hitta kunskap och lära mig mer har varit att höra och läsa om hur andra gör. Det verkade därför som ett förnuftigt val att gå till andra gestaltterapeuter för att ta reda på *hur dessa arbetade* med denna klientgrupp. Ett sådant forskningsprojekt påbörjades och strandade. Mitt första problem gällde empirin. Hur skulle jag få tillgång till empirisk kunskap beträffande *hur* andra gjorde? Att intervjua dom om hur dom gjorde, skulle riskera att ta mig långt ifrån hur dom *faktiskt* gjorde, och istället ge mig information om vad dom *sade* att dom gjorde. Jag började även inse att projektet skulle kunna föra till ett insamlande av tekniker av rent hantverksmässig art. Dessa skulle sedan behöva testas av mig om dom skulle ge mig någon egentligen kunskap att ta med mig in i min praktik som terapeut. Efter att ha kämpat med projektet i ett och ett halvt år började tankar dyka upp om att det kanske fanns andra sätt att utforska mitt ämne.

Jag hade under en tid vågat erkänna för mig själv att jag kanske inte var så stor hjälp som jag skulle kunna vara för mina klienter på deras väg att bli av med sin ätstörning. Jag började fatta att jag genom att stirra mig blind på min teori om tillfrisknande utifrån gestaltteori kanske missade en del av det som faktiskt hände med mina klienter under terapin och att tillfrisknandeprocessen kanske kännetecknades av helt andra element än de jag var medveten om. Jag började igen fokusera på vad det var jag egentligen ville lära mig. Jag förstod att det handlade om mina klienters tillfrisknande. Frågor dök upp som: Hur kan jag veta om min klient är på väg att bli bättre? Kan det vara så att hon faktiskt är på väg att gå djupare in i sjukdomen? Hjälper jag henne att tillfriskna eller blir jag en del av ett system som gör att hennes sjukdom bevaras? Hur kan jag veta vart hon är på väg?

I ett terapisaamtal med en av mina klienter som i flera år har lidit av bulimi började jag inse *var* jag skulle kunna hämta min kunskap. Min klient berättade hur hon upplevt att hennes process sett ut, från att hon under flera år varit mycket sjuk i bulimi och mått jättedåligt, till att hon numera har ett helt annat liv och mår bra. Jag blev djup engagerad och berörd. Här satt min klient och gav mig sina svar på många av de frågor jag önskade svar på. Detta väckte tankar om möjligheten för ett nytt forskningsprojekt. I stället för att intervjua terapeuter skulle jag kunna gå till verkliga experter på upplevelsen av att tillfriskna för att söka kunskap. Genom att få tillgång till tillfrisknades värld över *hur det upplevdes* att tillfriskna från en ätstörning skulle jag kunna få kunskap som gav mig en ny bricka i pusslet om vilken roll jag som terapeut kan spela.

Allt efter som projektet började ta form utkristalliserades frågeställningen till att gälla: Finns det något som kännetecknar fenomenet eller processen *att tillfriskna* i detta sammanhang? För att begränsa projektet valde jag att endast undersöka *en* typ av ätstörning, bulimi.

I litteratur och i databaser påbörjades ett sökande efter andras studier om hur det är att tillfriskna från bulimi. Jag fann några intressanta studier som behandlade samma tema men som gick det till mötes utifrån lite olika frågeställningar. Till skillnad från de flesta undersökningar som är gjorda ville jag ta reda på hur det kan *upplevas* att tillfriskna och inte vad som gör att man blir frisk. Jag förstod att en egen undersökning skulle kunna ge ytterligare värdefull kunskap om ett något bristfälligt undersökt tema.

Då jag varit ute efter att ta reda på människors *upplevelse* av ett fenomen har jag valt att göra en fenomenologisk studie. Med utgångspunkt i frågeställningen ”Finns det något som kännetecknar det att tillfriskna från bulimi och vad är det i så fall?” och genom att intervjua tillfrisknade om deras upplevelse av att tillfriskna från bulimi har denna studie genomförts.

Jag hoppas och tror att jag med min undersökning inte bara kan ge mig mina svar utan även kan förmedla kunskap som kommer andra terapeuter, sjuka och anhöriga till godo.

## 2. Begreppsmässig och teoretisk bas

### 2.1 Att tillfriskna

Frisk är ett ord som ofta används inom den medicinska vården och mera sällan används när det gäller psykiatriska störningar. Anledningen kan enligt Alain Topor (2001) finnas i historien. Psykiatriska störningar har ofta setts som kroniska störningar.

”Själva intagningen i slutna psykiatrisk vård, fungerade länge som ett enkelt kriterium på kronicitet. Alla som var eller hade varit intagna i slutna psykiatrisk vård betraktades som kroniska patienter, även om de för tillfället kunde vara utskrivna.” (Topor, 2001, s. 40)

”En gång ätstörning alltid ätstörning” är ett begrepp som fortfarande uttrycks av många som en sanning. När man varit sjuk i influensa eller någon annan somatisk sjukdom säger man sedan att man blivit frisk från den. Har man däremot någon gång varit sjuk i t ex psykos och sedan insjuknar igen efter flera år klassas detta som ett återfall, underförstått att man har varit sjuk hela tiden. Denna allmänna syn kan enligt min mening ifrågasättas.

Begrepp som används mer och mer inom sjukvården är återanpassning, rehabilitering, förbättring och återhämtning. Som gestaltterapeut har jag själv blivit medveten om att jag sällan använt begreppet frisk eller tänkt i termer av att vara frisk från en psykisk sjukdom. Begrepp som att utvecklas som människa, eller att ta itu med problem och dylikt är ord jag använt. Anledningen för mig är kanske att motsatsordet till frisk, nämligen sjuk, har haft en så negativ klang och att jag inte velat sätta denna stämpel på någon. För mig kan det att utveckla ett sätt att leva som blir klassat som sjukt enligt DSM-IV, vara en frisk reaktion på en sjuk omgivning (Laing, 1967).

Det som fått mig på tankar att ändå använda ordet frisk är just mötet med personer som haft ätstörningar och som proklamerat att *dom har blivit friska*. Jag är övertygad om att ingen av dom tänker på att frisk betyder att dom inte längre uppfyller kraven för diagnos



enligt DSM-IV, utan att det handlar om en *subjektiv upplevelse* av att må bra, mot förut att inte ha mått bra.

Enligt Bonniers svenska ordbok (1986) betyder frisk att vara ”vid hälsa” och att vara sjuk att ”inte vara frisk”. WHO:s definition av hälsa kan låta idealistisk: ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och inte bara frånvaro av sjukdom eller handicap.” Nordenfelt (1996) anser att hälsa handlar om individens förmåga att realisera sina vitala mål, dom mål vars realiserande är nödvändiga villkor för individens minimala lycka.

Jag har aldrig hört av någon som blivit av med sin ätstörning att de skulle ha återfått hälsan, blivit rehabiliterade eller återhämtade. Mot bakgrund av detta väljer jag här att använda orden sjuk och frisk samt betecknar processen *mellan* sjuk i - och frisk från bulimi för att *tillfriskna* från bulimi. Jag väljer att använda uttrycket *att tillfriskna* och inte *tillfrisknande* då ordet *tillfrisknande* är en substantivering av verbet att *tillfriskna* och verbformen bättre beskriver att det är en process det faktiskt handlar om (Korzybski, 1994).

I begreppet *sjuk i bulimi* som behandlas i denna studie innefattas diagnosen bulimi enligt DSM-IV (se bilaga 1). Vad som är *friskt* är däremot en definition av mina informanter.

## **2.2 Bulimia Nervosa**

DSM-IV är en diagnostisk manual som klassificerar psykiska störningar/sjukdomar utifrån symptom. Manualen tar ingen hänsyn till patientens subjektiva upplevelse eller den mening hon ger sina symptom. Enligt DSM-IV räknas bulimi som en ätstörning. Den som har en ätstörning har ett ickefungerande förhållande till mat. Detta i sig leder ofta till ett stort lidande.

### **2.2.1 Ätstörningar generellt enligt DSM-IV**

Anorexia Nervosa drabbar främst flickor och unga kvinnor. En person som lider av anorexi svälter sig och kan gå ner så mycket i vikt att kroppen slutar fungera som den skall. Detta kan få dödlig utgång. Av unga kvinnor mellan 13-30 år i Sverige antas att ca 0, 2-0, 4 % av unga kvinnor lider av anorexi. (All statistik är hämtad från Kunskapscentrum för ätstörningar)

Bulimia Nervosa är vanligast hos kvinnor. Den som lider av bulimi vräker tvångsmässigt i sig stora mängder mat för att sedan göra sig av med den genom kräkning eller användande av laxermedel. Andra sätt att kompensera för hetsätningen kan vara extremt motionerande, fasta eller bantningsdiet. Den drabbade är ofta normalviktig. Av kvinnor i Sverige mellan 13-30 år antas att 1-2 % lider av bulimi.

Hetsätningsstörning, Binge Eating Disorder (BED), liknar bulimi, men den drabbade gör sig inte av med maten. Följden blir ofta att den drabbade blir överviktig. (Uppemot 30% av alla svårt överviktiga lider av BED.) Hetsätningsstörning är troligen lika vanligt som bulimi.

Ätstörning UNS (Utan Närmare Specifikation) är en relativt ny diagnos. När en person har en ätstörning men inte uppfyller kriterierna för någon av ovanstående ätstörningar får hon ofta diagnosen ätstörning UNS. En person som lider av ätstörning UNS har symptom som liknar symptomen för anorexi, bulimi eller hetsätningsstörning. Ätstörning UNS är troligen minst 3-4 gånger vanligare än anorexi/bulimi.

På senare tid har ett nytt begrepp dykt upp som har med ätande att göra men som inte förts in i DSM-IV, nämligen ortorexi. Den som har ortorexi har ett tvångsmässigt förhållande till mat när det gäller graden av nyttigheter i den. Endast det som anses som nyttigt för kroppen äts, allt annat undviks. Fenomenet finns särskilt bland män som håller på med kroppsbyggning.

Fler och fler försöker påverka sin vikt genom att äta piller, banta eller operera sig. Jag frågar mig själv om också detta kan räknas som en ätstörning.

### 2.2.2 Historik

Anorexia Nervosa är känt sedan 1600-talet och blev en psykiatrisk diagnos 1873. Bulimia Nervosa däremot blev först allmänt känt 1979 då Gerhard Russel i London beskrev syndromet för första gång och etablerade dess namn. (Från grekiskans: bus=tjur, limos=hunger). Ett år senare, 1980 inkluderades bulimi som egen diagnos i DSM-III i USA. Här i Sverige uppmärksammades fenomenet i och med att en kvinna i början på 1980-talet berättade i TV om hur hon hetsätit och kräkts.

1982 blev den första mottagningen för patienter med ätstörningar öppnad på Södersjukhuset i Stockholm och samma år började Folkhälsoinstitutet forska om möjligheter till att förebygga utbredningen och om behandling för de drabbade.

### 2.2.3 Beskrivning av fenomenet bulimi

Genom läsande av självbiografiska böcker och genom möten med olika personer som har bulimi erfar jag att samma symptom kan ha olika mening och fylla olika funktion för olika personer. Många som lider och har lidit av bulimi berättar dock historier som liknar varandra, bland annat följande:

Hon<sup>1</sup> hetsäter och kompenserar sedan för ätandet genom kräkning, användande av laxermedel, överdriven träning eller sträng diet. Hon lever som oftast mycket isolerad med sin ätstörning, åtminstone får inga andra bevittna hur hon äter eller kompenserar för maten. Hon vill gå ner i vikt och äter periodvis mycket litet. När hungern till slut tar över, tappar hon kontrollen och hetsäter. Ofta kan hon ha sitt missbruk i hemlighet under lång tid. Hon skäms och känner sig värdelös för att hon inte kan hantera en så "basal" sak som maten. Hon lider ofta av koncentrationssvårigheter, depression, självförakt, trötthet, försämrat minne och humörsvängningar. Fysiska symptom som hon ofta får är frätskador på tänder, kaliumbrist, muskelsvaghet, svullnad, mag- och tarmproblem, uttänjd magsäck och menstruationsstörningar. Hon tänker gång på gång att hon ska sluta att hetsäta men klarar det inte.

---

<sup>1</sup> I denna uppsats använder jag genomgående *hon* när jag talar om personer som har eller har haft bulimi. Detta då nästan alla bulimiker är kvinnor.

## 2.3 Olika teorier om uppkomst och behandling av bulimi

Får man en ätstörning för att man har en psykisk sjukdom i grunden, eller blir man psykiskt sjuk för att man slutar äta? Frågorna är många när det gäller ätstörningar och olika teorier om ätstörningar har presenterats genom åren. Enligt Folkhälsoinstitutet råder det samstämmighet bland forskare och praktiker om att orsakerna till ätstörningar är komplexa och olika för varje individ

Nedan presenteras några av de teorier som är mest utbredda när det gäller ätstörningar i allmänhet och anorexi och bulimi i synnerhet. Tonvikten kommer att ligga på hur symptomet uppstår och vad som behövs för att tillfriskna.

### 2.3.1 Intrapsykisk syn

Den amerikanska psykoanalytikern Hilde Bruch (1973, 1978, 1988) anser att omgivningens bristande förmåga att ge adekvata svar på barnets impulser och initiativ, t ex barnets kroppsliga sensationer som hunger och trötthet och känslomässiga behov av tröst och uppmuntran, är en grundorsak till att barnet senare utvecklar anorexi. Barnet slutar upp med att uttrycka egna behov för att istället anpassa sig efter omgivningens förväntningar. Detta leder till en omedveten konflikt inom barnet som gör att hon senare utvecklar symptomet. Hetsätning ses som en konsekvens av anorexin. Svälten ger i sig upphov till ett kraftigt behov av att vräka i sig stora mängder mat, vilket följs av kompensationsbeteenden för att motverka rädslan och ångesten för viktuppgång. Så småningom får hetsätningen och kompensationsbeteendet en annan innebörd. Beteendet blir i sig ett sätt att reducera psykisk spänning och obalans som blir självgående och alltmer dominerande. Utifrån detta synsätt är bulimi närmast en följd av anorexi och i princip inte skild från den egentliga anorektiska grundproblematiken.

*Att tillfriskna* enligt denna teori sker när en person med ätstörning får insikt i hur hon agerat utifrån gamla mönster som inte är adekvata idag och genom denna insikt förmår finna nya, adekvata, sätt att agera utifrån verkligheten som den är idag. Detta sker främst genom relationen mellan patient och terapeut i vilken överföringar uppkommer och sedan medvetandegörs.

### 2.3.2 Interpersonell syn

Grundantagandena inom familjeterapi är att ätstörningar är symptom som uppstår utifrån konflikter inom familjen och är ett sätt att försöka lösa dessa.

Salvador Minuchin (1978) anser att familjer där någon har en ätstörning kännetecknas av bl a känslomässig insnärjdhhet (enmeshment), överbeskydd och brister i förmåga att uttrycka känslor. Lösningen är då att ändra familjestrukturen genom att ta sig ur insnärjdhheten, dvs genom att upprätta adekvata gränser mellan familjmedlemmarna.

Jay Haley (1973) anser att symptom uppstår hos enskilda familjmedlemmar i och pga en osund familjhierarki. Upprättas en sund hierarki där föräldrarna bestämmer, kommer symptombärarens ställning inom familjen ändras och problemet försvinna.

Milanoskolan (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978) som arbetade med anorektiker och deras familjer var mycket påverkade av Haleys strategiska terapi. De ansåg att anorexin var ett lösningsförsök på en omöjlig situation – en paradox.

Lösningen blev då dels att identifiera paradoxen och symptomets funktion och sedan att utsätta familjen för en motparadox.

Michael White och David Epston (1990) med sin narrativa terapi anser att problem uppstår då personer och familjer exkluderar viktiga historier om sig själva. Lösningen blir att hjälpa familjer att skapa nya historier om sig själva och sina problem som *inkluderar* det som förut varit exkluderat. Detta gör de bland annat genom att externalisera problemen, t ex tala om "Anorexia" som något skilt från personen med problemet. Ett problem är löst när klienten inte upplever det som ett problem längre.

Sullivan, Meyer och Bowlbys (1973, 1988) teorier ligger till grund för terapiformen *Interpersonell psykoterapi (IPT)* En ätstörning ses i detta sammanhang som ett symptom på ett problem som hålls vid liv i och pga dysfunktionella relationer. Även om det kanske inte är interpersonella problem som orsakat symptomet är det interpersonella problem som *vidmakthåller* problematiken. Terapimodellen som utvecklades av Gerald

Klerman and Myrna Weissman på 1980-talet vilar på den biopsykosociala modellen<sup>2</sup> och ser förbättrade interpersonella kontakter som vägen till hälsa. IPT är en tidsbegränsad och manualbaserad korttidsterapi som bland annat utvecklats speciellt att gälla ätstörningar, med fokus på interpersonella problem här- och nu och inte så mycket på symptom och beteenden relaterade till symptomet.

*Gestaltterapi* är en integration av många infallsvinklar för att förstå det mänskliga psyket och beteendet. Dess teori kan uppfattas som en föregångare till den biopsykosociala modellen med sin helhetssyn på människan. Antagandet finns att människan är självreglerande. Blir hon ständigt stoppad i att reagera ut ifrån sig själv utvecklar hon alternativa strategier (kontaktstörningar) att förhålla sig till sig själv och till sin omvärld. Dessa alternativa sätt att relatera - som från början kan ses som den enda möjligheten - kan efterhand och i en annan kontext upplevas som ett problem. Ätstörningar ses som kontaktstörningar. Upplevs omvärlden som farlig, upplever man sig utan skydd eller möjlighet att försvara sig eller säga nej, kan det ses som en möjlig lösning att totalt stänga omvärlden ute. En annan lösning är att överanpassa sig till världen som den är och istället försöka göra sig av med obehaget man upplever av att göra det. En anorektiker har bokstavligen behövt ”stänga igen” kontakten med sig själv och det som omger henne och får därför inte i sig tillräckligt med föda, varken fysisk eller psykisk. En bulimiker ”tar in” för mycket av sin omgivning, vilket hon upplever som obehagligt. Hon spottar ut det hon ”sväljer” och kan därmed inte gottgöra sig födan.

Frederick Perls (1947) betonar i sin teori om mental och kroppslig metabolism vikten av att få i sig föda och vikten av att tugga allt intag av föda, både rent fysisk föda och mental föda. Sväljs (introjiceras) maten (eller intryck från omvärlden) utan att tuggas

---

<sup>2</sup> **The biopsychosocial model** of medicine, is a way of looking at the mind and body of a patient as two important systems that are interlinked. The model was proposed by psychiatrist George Engel in a 1977 article in Science. The biopsychosocial model treats the biological, psychological and social issues as *systems* of the body. The model draws a distinction between the actual pathological processes that cause *disease*, and the patient's perception of their health and the effects on it, called the *illness*. Illness and disease do not necessarily run together. As well as an separate existence of disease and illness, the biopsychosocial model states that the workings of the body can affect the mind, and the workings of the mind can affect the body. (Från Wikipedia).

går den kemiska reaktionen (assimilationen) långsamt, maten ligger kvar i magen och kan upplevas som en del av kroppen man inte vill ha och som man behöver göra sig av med.

Målet i gestaltterapi är att kontakten med sig själv och omvärlden återupprättas på ett för människan tillfredsställande sätt. När en person är i kontakt med sig själv och har förmåga till att vara det även i kontakt med andra kan hon ge sig det hon behöver och inga kontaktstörningar behövs. I gestaltterapi undersöks fenomenologiskt *vad* som händer i mötet mellan människan och hennes omgivning och *vilken* funktion eller mening symptomet ger i denna kontext. Terapeut och klient söker tillsammans efter *hur* klienten undviker eller skapar kontakt med omgivningen. När klienten ser hur hon gör och kanske förstår varför hon behövt göra det, kan hon ställas inför möjligheten att välja ett annat beteende som är relaterat till det verkliga livet och inte till det som en gång var.

Det har under senare år uppkommit en ökad fokusering på den terapeutiska *relationen* som den främsta *helande faktorn* i gestaltterapi (Jacobs, 1998). Genom att erbjuda ett dialogiskt möte i terapilokalen, där terapeuten är närvarande, bekräftande och är villig till att använda sig själv som *den hon är* i en öppen kommunikation, kan klientens ”awareness” om sig själv och hur hon relaterar till sig själv/andra/annat i sitt liv ökas.

### **2.3.3 Beteendeorienterad syn**

Inom *beteendeterapin* ses problem som ett resultat av felinlärning. En ätstörning ses alltså i detta sammanhang som ett symptom som uppstår hos personer som inte lärt sig äta rätt eller som lärt sig att förhålla sig till mat på ett dysfunktionellt sätt. Lär man sig att äta på ett annat sätt behöver inte symptomet finnas kvar. För att främja ett annat beteende används tekniker där omgivningen konsekvent uppmärksammar positivt (önskvärt) beteende hos personen och belönar detta. På samma sätt negligerar omgivningen det negativa, icke önskvärda beteendet.

Inom den *kognitiva psykoterapin* ses problem som dysfunktionella tankar som styr livet och behandling enligt denna modell inriktar sig främst på att förändra tänkandet. Man arbetar med patientens automatiska tankar (schema), föreställningar, uppfattningar och

tolkningar Ett sätt att ta itu med detta är att medvetandegöra dessa tankar för att sedan ifrågasätta dem och hitta alternativa tankar.

I *Kognitiv beteendeterapi* (KBT) integreras både en beteendeterapeutisk syn och en kognitiv syn på ätstörningar. Den biopsykosociala modellen utgör den teoretiska grunden för hur problem uppkommer. I KBT är fokus på *hur* problem kan lösas och inte på vad som orsakar problem. Redan tidigt på 80-talet utvecklade Christoffer Fairburn (1981) en strukturerad terapeutmanual för behandling av bulimi. Tillfrisknandet sker när det dysfunktionella beteendet ändras genom träning.

### **2.3.4 Sociokulturell syn**

”Lycka är att vara smal” är ett budskap som förmedlas till framför allt kvinnor i dagens kroppsfixerade samhälle. För den som känner sig osäker och otrygg kan sådana budskap bli ett sätt att minska den inre otryggheten. Detta kan bidra till en fixering vid tankar om att vara smal och en rädsla för att vara tjock, vilket i sin tur kan leda till bantning som kan gå över i en ätstörning. Många ser dagens skönhetsideal som en bidragande orsak till ätstörningar.

I Stockholm visades för en kort tid sen utställningen *Smal mot ett skönhetsideal*. Kvinnor som själva upplevt att de lidit av det skönhetsideal som råder i vårt samhälle visade genom utställningen sin protest mot detta. Fakta presenterades som konstaterade hur detta ideal och medias spridande av detta påverkat många unga kvinnor som utvecklat ätstörningar. En övertygelse finns hos dessa kvinnor om vikten av att gå ut och protestera mot rådande ideal och visa upp ett alternativt.

### **2.3.5 Biologisk syn**

I biomedicinsk teori ses symptom uppstå primärt utifrån biokemiska felreaktioner i kroppen. De kan uppkomma utifrån nedärvda defekter eller från utifrån kommande patogener. Russel pekade 1983 på genetiskt arv som en bakgrund till ätstörningar. Vid anorexi har man funnit att det verkar vara en förhöjd frekvens av anorexi bland syskon till drabbade. Gershon et al 1983 menar att förekomsten av bulimi och anorexi är större



hos barn vars föräldrar har någon form av ätstörning, (se Carlsson & Eriksson, 2001). Enligt denna syn kan medicinering vara hjälp för personen att bli frisk.

Det finns annat som tyder på att biologiska mekanismer utgör en viktig faktor vid uppkomsten och vidmakthållandet av bulimi (van der Ster, 2005). Kräkning och svält medför att bulimikern får i sig ytterst lite kolhydrater. Brist på kolhydrater har visat sig medföra en sänkning av serotoninhalten vilket i sig leder till ett kraftigt sug efter kolhydrater. Låga halter av serotonin i hjärnan förekommer ofta vid depressioner. Låg serotoninhalt är också kopplat till vissa personlighetsdrag, framförallt impulsivitet och behov av omväxling. Då det finns ett samband mellan låg serotoninhalt och svårigheter med att kontrollera impulser, kan detta leda till svårigheter med att stå emot suget efter kolhydrater, vilket i sin tur kan leda fram till ett hetsätande av stora mängder kolhydratrik mat. Hetsätningens beteendet är enligt detta synsätt helt enkelt kroppens sätt att kompensera viktnedgång och/eller brist på kolhydrater i födan. Enligt denna syn handlar tillfriskande om att börja äta annorlunda och ge kroppen det den behöver.

Teorierna om anorexia och bulimi är många. Tillsammans ger de olika synsätten en helhetsbild som tar hänsyn till psykologiska, interpersonella, beteendemässiga, biologiska och sociokulturella faktorer.

### **2.3.6 Förekomst och behandling**

Enligt RIKSÄTS årsrapport (2000) är ätstörningar vanliga, allvarliga och ökande hälsoproblem bland tonåringar och unga vuxna. Man räknar med att det i grova tal kan finnas mellan 75 000 och 100 000 tonårsflickor och unga kvinnor i Sverige som lider av någon form av ätstörning. Fallen konstateras även bland pojkar/män, samt yngre och äldre kvinnor.

Ätstörningar identifieras i många sammanhang som en av de psykiatriska diagnosgrupper som har högst mortalitet. Den har uppskattats till mellan 1 % och 18 %, med högre siffror från långtidsuppföljningar. Forskning från Danmark tyder på att risken för en patient med anorexi att gå en tidig död till mötes är 9 gånger högre än

förväntat för en person i samma ålder. De vanligaste dödsorsakerna är självmord och svältrelaterade orsaker. Motsvarande siffror för bulimi är osäkra, men troligen lägre.

De behandlingsenheter som finns i Sverige i dag bygger för det mesta sin behandling på en helhetsbild. Man kan ändå säga att den kliniska verksamheten domineras av en beteendeorienterad syn på förändring, med extra fokus på familjaspekten när det gäller just yngre personer (särskilt anorexi). Några enheter lägger störst vikt vid *ren* beteendeförändring medan andra även tar hänsyn till relationella och intrapsykiska aspekter.

Viktiga kliniker som finns på kartan när det gäller ätstörningar i Sverige i dag har utifrån olika, ovan nämnda, teorier skapat sina egna modeller att hjälpa människor att ta itu med som ätstörningsproblematik. Av dessa kan nämnas Rolf och Helena Glant, Göran Carlsson och Bengt Eriksson, Madeleine Mesterton samt Mia Andersson.

Wallin har i sin avhandling (Wallin, 2000) summerat den behandling som man genom forskning kommit fram till visat sig ha bäst effekt. Han skriver att det inte finns någon medicin som är effektiv mot anorexi, men att man däremot har funnit att t ex Fontex (fluoxetin), vilket är ett antidepressivt medel, har effekt på bulimi. Familjeterapi har visat sig vara verksamt för yngre patienter, medan individualterapi och här- och nu orienterad stödpsykoterapi har bättre effekt på äldre patienter. Sjukhusvistelse är nödvändig i situationer när patientens tillstånd är somatiskt dåligt, men det finns inget som tyder på att längre sjukhusvistelser ger effekt på tillfrisknandet.

## **2.4 Litteratur och relevanta forskningsstudier**

Mycket litteratur finns om anorexi och bulimi. Fackböcker som direkt beskriver problematiken finns tillgängliga av bland andra Bruch (1973, 1978, 1988), Clinton & Norring (2002), Fairburn (2002), Garner & Garfinkel (1985), Palmer (2000), Glant (1992).

Litteratur finns som beskriver behandlingsmodeller utifrån olika teorier. (Bl a Andersson, 1995; Glant, 1992, 2000; Carlsson och Eriksson, 2001; Maisel, Epston & Borden, 2004; Mesterton, 1994).

Ett antal självhjälpsböcker finns också på marknaden. (Heléne Glant, 1993, 1998; Fairburn, 2003, van der Ster 2000, 2005) Böcker som vänder sig till anhöriga har också dykt upp (Anorexi/Bulimi-Kontakt).

Utöver detta dyker det ofta upp självbiografiska böcker där författaren skriver om hur det varit att leva med en ätstörning och hur det gick till att bli frisk från den. (Bla. Brundin, 1995; Ehn, 1995; Martinez, 1996; Knapp, 2003). Ett viktigt arbete vore att undersöka den kunskap som finns i dessa berättelser. Jag finner dock att det faller utanför ramen för denna studie.

Det mesta av den *forskning* som finns om bulimi handlar om sjukdomens etiologi, utvecklandet av sjukdomen, resultat eller beskrivning av olika behandlingsmetoder och forskning på förekomst och utbredning. Få studier rör sig om hur människor själva upplever processen att tillfriskna från bulimi, men undantag finns. Genom databaserna PsycInfo och Medline har jag funnit forskning som på olika sätt behandlar temat *att tillfriskna från bulimi*. Nedan följer utdrag från olika studier baserade på tidigare bulimikers egna upplevelser av att tillfriskna från bulimi.

Rorty, Yager och Rossotto (1993) har undersökt *varför* och *hur* människor tillfrisknat från bulimi. De fann att deras informanternas beslut att bli friska växte fram genom att de var trötta på sjukdomen och önskade ett bättre liv; att empatiska och kärleksfulla relationer med terapeuter och andra var essentiellt; och att kognitiva mer än beteendemässiga komponenter av sjukdomen var det som var svårast att förändra.

En fallstudie presenterat av Colli och Beck (2003) beskriver hur en kvinna, efter att ha gjort ett självmordsförsök och varit genom en nära döden upplevelse, börjar tillfriskna. Författarna ser ett komplext posttraumatiskt stressyndrom resulterad av sexuellt förtryck under barndomen som bakgrund för att förstå hennes splittrade "loss of Self" och

hennes ständiga försök att återskapa sig och att reglera sina känslor genom bulimi. Hennes återupplevande av nära döden upplevelsen genom regressiv hypnos blir den viktigaste faktorn i tillfrisknandet. Upplevelsen ger henne lärdom om *friheten och ansvaret* att själv *välja* sitt liv. Författarna förespråkar regressiv hypnos som ett verktyg att behandla ätstörningsproblematik.

Reindl (2001) har kommit fram till att tillfrisknande handlar om en process som består av att utveckla en "självkänsla" (a Sense of Self), vilket betyder att lära sig relatera till subjektiva *fysiska, psykiska och sociala upplevelser av sig själv*. Kvinnors kärn-känsla av skam och deras svårighet att tolerera smärftulla känslor har lärt dom att undvika att vända sin uppmärksamhet inåt till sin egen upplevelse. I tillfrisknandet lär dom sig att uppleva sig själv ("come to their senses") och att lita på sina upplevelser, framför allt upplevelsen av "tillräcklighet" (enoughness). Dom lär sig också att stå ut med och acceptera de aggressiva, behövande sidorna hos sig själva som dom förut har förnekat och försökt hålla gömda av rädsla för att behöva komma i kontakt med sin skamkänsla.

Peters och Fallon (1994) kom i en undersökning fram till att tillfriskna från bulimi är en process av att utvecklas som människa och att skapa sig en identitet. Tre förändringar utmärkte sig för informanterna under processens gång: Det handlade om en utveckling från förnekelse till realitet, från alienation till samhörighet och från passivitet till makt. Teman relaterade till denna utveckling inkluderade ett skifte från att se på ätstörningen som en lösning till att se den som ett problem, att bli mer medveten om och acceptera sina känslor, att lära sig följa sina behov och preferenser och att urskilja sig från sin ursprungsfamilj.

Clausen (2004) har i en studie kommit fram till att dom fysiska symptomen försvinner före dom psykologiska vid återhämtning från ätstörningar. När det gäller bulimi försvinner hetsätandet och det kompensatoriska beteendet innan tvångstankarna kring vikt och kroppsform.

Morell (2000) finner att *helande från bulimi* är en dualistisk process som involverar helande relaterat till *självrensning* och helande relaterat till *hetsättning*. Enligt

kvinnorna i studien stammade självrensning från en *påtaglig missnöjdhet med kroppsform och storlek*. Helande i detta sammanhang innebar för kvinnorna ett förkastande av sitt aktuella fysiska ideal, vilket innebar inget mer bantande, och ett accepterande av den egna kroppen. Hetsätning var å andra sidan relaterad till flera *underliggande faktorer* som dålig självrespekt, undanträngda behov, tillbakahållna känslor, isolering, sexualitet, kontroll och en dysfunktionell familjdynamik. Ett helande i detta sammanhang innebar att dessa underliggande faktorer blev identifierade och tagna itu med. Det fanns en tydlighet i att professionell hjälp behövdes i detta. Författaren ser bulimi som ett resultat av att kvinnor i industriländerna behövt skapa sig ett falskt själv för att kunna passa in.

Woods (2004) har i sin retrospektiva studie forskat på upplevelsen av tillfrisknande från anorexi och bulimi *utan* professionell behandling. En öppen elektronisk undersökning bestående av 9 frågor låg ute på Internet i 4 månader. 16 kvinnor och 2 män rapporterade att dom blivit friska från anorexi eller bulimi efter att i vuxen ålder haft dessa störningar. Alla informanter tillskrev sociokulturella faktorer som orsak till sjukdomen. Samtligas tillfrisknande var från början *självpåverkad* och kunde klaras av genom empatiska ansträngningar av vänner eller föräldrar. De som rapporterade kortast sjukdomsförlopp och störst tillfrisknande var de som hade föräldrar som snabbt intervenerade i personens liv.

Keel med flera (2005) som i en studie försökt hitta vad som förutsäger eller orsakar återfall i ätstörningar har kommit fram till att en *stor störning i kroppsupplevelsen* ökar risken för återfall. När det gäller bulimi var den viktigaste faktorn en låg psykosocial funktionsnivå. Författarna menar att detta resultat förklarar varför IPT har visat sig ha långtidsverksam för bulimiker. De uppmanar behandlare till extra fokus på kroppsuppfattning.

Ett liknande resultat visades i Stewarts (2004) forskning. Hon visar att *upplevelsen av isolering och ensamhet* är medverkande faktorer till att patienter som är under behandling ibland får återfall.

Ovannämnda forskningsstudier berör temat tillfriskna från bulimi. Dessa forskningsresultat kommer att diskuteras i slutet på uppsatsen i en jämförelse med mina egna upptäckter.

### **3. Metod och material**

#### **3.1 Undersökningens syfte**

Syftet med denna studie är att undersöka hur det är att tillfriskna från bulimi. Meningen är att ta reda på vad som kännetecknar själva fenomenet att *tillfriskna från bulimi*. Studien syftar till att ta reda på vad detta fenomen består av och hur det visar sig.

Jag har för avsikt att utifrån ett fenomenologiskt perspektiv intervjua personer som tillfrisknat från bulimi om deras upplevelser av att tillfriskna, för att genom detta kunna upptäcka vilken mening dessa personer ger fenomenet. Genom att jämföra den mening olika informanter ger fenomenet och hitta vad som är gemensamt väntar jag mig att hitta kännetecknen som kan sägas ge mig en beskrivelse av fenomenet att tillfriskna från bulimi.

#### **3.2 Metod**

Den metod som jag finner bäst lämpad att undersöka fenomenet att tillfriskna från bulimi är en kvalitativ metod. En kvalitativ undersökning syftar till att nå empirisk kunskap genom att informanter får berätta utifrån sin egen livsvärld. Metoden stödjer ett kunskapsinhämtande vad gäller ”mening, innebörd eller betydelse av ett fenomen” (Allwood, s. 474).

En fenomenologisk studie görs då fenomenologin intresserar sig för att klargöra *vad* som framkommer i *upplevelsen* och *hur* det framträder utan att tolka upplevelsen.

Undersökningen är deskriptiv och empirisk. Jag försöker inte hitta någon ”dold sanning” om vad som fört till tillfrisknande som senare skulle kunna formuleras som en teori. Det skulle jag kunna göra om jag använde ”grounded theory” och t ex ställde frågan ”Vad är det som gör att man blir frisk från bulimi?”.

Istället fokuserar jag på att undersöka mina informanternas upplevelse av att tillfriskna så förutsättningslöst som möjligt utan varken deras eller min tolkning av den. Jag vill hitta den underliggande (implicita) mening informanten ger fenomenet att tillfriskna genom sina berättelser (som är explicita) om sitt eget tillfrisknande. Därefter kommer jag enligt den fenomenologiska EPP-metoden analysera materialet för att komma fram till en beskrivning av fenomenet att tillfriskna från bulimi.

### **3.3. Datainsamling**

#### **3.3.1 Intervjun**

För att undersöka ämnet att tillfriskna från bulimi utifrån hur olika människor upplevt detta har intervjuer gjorts. Jag försökte medvetet undvika att intervjun skulle bli en intervju baserad på en informants *tolkning* av sitt tillfrisknande och gav därför mina informanter stöd i att komma med exakta beskrivningar av *vad* som hände, och *hur* dom upplevde det när dom tillfrisknade.

För att i intervjun direkt fokusera på fenomenet ifråga, valde jag att från början ställa följande fråga till alla mina informanter: ”Kan du minnas när du började tillfriskna från din ätstörning?” Därefter en fölfråga: ”Hur såg ditt liv ut då?”

En timmes intervju blev gjord med varje informant. Intervjuerna spelades in på band och skrevs därefter ut ordagrant av mig. Jag skickade därefter den utskrivna intervjun tillbaka till varje informant för genomläsning för att hon skulle ha möjlighet att komma med korrigeringar om hon uppfattat sig fel citerat eller missförstådd.

### 3.3.2 Urval och beskrivning av intervjupersonerna:

Sex kvinnor intervjuades. Följande kriterier låg till grund för att kunna delta i undersökningen:

1. Informanten skulle under sin sjukdomsperiod ha uppfyllt kriterierna för diagnosen Bulimia Nervosa enligt DSM-IV. (Det var viktigt för mig att informanten någon gång fått diagnosen av en läkare eller terapeut för att undvika att intervjua någon med en ”lightvariant” av bulimi.)
2. Informanten skulle själv anse sig frisk sedan minst 2 år.
3. Informanten skulle vilja låta sig intervjuas om sin upplevelse av att tillfriskna från bulimi.

Genom den ideella föreningen Anorexi/Bulimi-Kontakt som bland annat arbetar för att sprida information om och att stödja personer med ätstörningar, kom jag i kontakt med en person som tillfrisknat från bulimi och som ville låta sig intervjua. Hon i sin tur hade många namn på medlemmar som varit sjuka och som numera anser sig friska. Jag skickade ut en *inbjudan till intervju* (bilaga 2) till flera personer. Följande sex personer som uppfyllde kriterierna och ville låta sig intervjuas hörde av sig.

1. Kvinna 32 år började tillfriskna vid 23-24 års ålder efter att ha varit sjuk i 10 år.
2. Kvinna 30 år, började tillfriskna vid 23 års ålder efter att ha varit sjuk i 7 år.
3. Kvinna 28 år, började tillfriskna vid 23-24 års ålder efter att ha varit sjuk i 11 år.
4. Kvinna 30 år, började tillfriskna vid 24 års ålder efter att ha varit sjuk i 8 år.
5. Kvinna 41 år, började tillfriskna vid 30 års ålder efter att ha varit sjuk i 13 år.
6. Kvinna 30 år, började tillfriskna vid 25 års ålder efter att ha varit sjuk i 10 år.



### 3.4 Dataanalys enligt EPP-metoden

Edmund Husserl (1950) skapade fenomenologin som en filosofisk riktning i Tyskland under början av 1900-talet. Fenomenologin var från början ett försök att analysera psykiska fenomen som medvetande, känsla, varseblivning, begreppsbildning och dylikt. Husserl, som var matematiker, ville pröva giltighetsgraden av de observationer och begrepp som användes inom naturvetenskaperna som beskrivningar på verkligheten. Han ifrågasatte positivismens syn på verkligheten som en beskrivning av materien eller ”tingen i sig”. I den fenomenologiska filosofin finns en grundläggande skillnad mellan det upplevde objektet, fenomenet och det ”transcendentala objektet” dvs materien. Husserl menar att medvetandet alltid har en intentionalitet, dvs att medvetandet alltid är *medvetet om något* (ett objekt). Han menade att tingen i sig (noema) inte är åtkomligt för det mänskliga medvetandet utan endast *upplevelsen* av dessa (noesis). Det som visar sig i upplevelsen, fenomenet, är det enda vi kan veta något om. Enligt Husserl måste att all kunskap handla om fenomen och vara frigjord från hypoteser rörande ”metafysiska källor”. Fenomenologin har intresserat sig för att hitta olika sätt att komma åt denna kunskap.

Gunnar Karlsson (1993) har utvecklat en egen fenomenologisk forskningsmetod som bygger på en *modifierad version* av Husserls fenomenologi och analysen av medvetandet som intentionalitet. The Empirical Phenomenological Psychological method (EPP) liknar den empirisk fenomenologiska metod som Giorgi (1975) utvecklade med sina kolleger på Duquesne University i USA på 70-talet men har i tillägg vissa hermeneutiska inslag. Syftet med EPP-metoden är att beskriva psykologiska fenomenens meningsstruktur. Då intentionen med min undersökning är att undersöka ett psykologiskt fenomen anser jag att EPP-metoden ger mig ett verktyg att göra det.

Det analyserade datamaterialet enligt EPP-metoden har en texts struktur och metoden ger deskriptiva resultat. Genom metoden ska det intentionala förhållandet mellan ett subjekt och ett objekt upptäckas. Detta betyder att man i texten söker hitta den mening en person ger ett visst fenomen. Det essentiella är inte objektet i sig. Det essentiella är

den mening subjektet ger objektet. Meningen hittas alltså i ett subjekts upplevelse av ett objekt. Som forskare använder man sig av en psykologisk reduktion, dvs att man sätter alla teorier, modeller, hypoteser eller system, som annars brukar användas för att beskriva fenomenet i fråga, inom parantes för att kunna söka den mening informanter ger fenomenet så förutsättningslöst som möjligt.

EPP-metoden innehåller hermeneutiska element. Ett element handlar om forskarens förförståelse av det studerade fenomenet. Forskaren hör själv med i en kulturell och historisk kontext. Hon kan redan mycket om ämnet som innehåller fenomenet hon vill undersöka, vilket är viktigt för att kunna genomföra studien. Ett spänningsförhållande uppstår då avsikten är att vara så öppen som möjligt mot det som studeras. Ett annat element utgörs av den hermeneutiska cirkeln. Textens delar behöver förstås utifrån textens helhet, som i sig består av textens delar.

Forskarens material består av den muntliga intervjuens (nerskrivna) text. Detta är viktigt då materialet ska analyseras av forskaren och skal kunna granskas av det vetenskapliga samhället. Subjektets (informantens) upplevelser som hon beskriver i intervjun behöver fixeras i texten. Ett gap kommer antagligen att finnas mellan subjektets upplevelse av fenomenet i sig och den nerskrivna texten. Detta kan skyllas på informantens glömska, att hon inte är medveten om alla element som ingår i hennes upplevelse när hon genomlever den eller att alla element omöjligt kan fixeras i texten. Forskarens uppgift är att spåra så många aspekter av mening som möjligt i textmaterialet. Hennes uppgift är dessutom att lyfta ur textens meningsstrukturer från de speciella platser och situationer som informantens upplevelse är förankrade i. Forskaren söker att hitta en mening som gäller generellt för en värld och inte för en specificerad situation.

Ett annat hermeneutiskt element gäller forskarens förståelse av *texten*. Karlsson delar denna in i forskarens empatiska förståelse (FEF) som består i att forskaren genom att läsa intervjun försöker förstå så mycket som möjligt av informantens ursprungliga, konkreta upplevelse, och i forskarens interpretativa förståelse (FIF) som består i att forskaren försöker förstå textens fenomenologiska psykologiska meningsstruktur och lyfta den ur den utpekade situationen. FEF syftar till att få ur så mycket information

som möjligt ur subjektets upplevelse, medan FIF syftar till att fördjupa förståelsen av fenomenet. Forskaren pendlar mellan FEF och FIF men FEF är slutligen underordnad FIF. Texten enligt FIF ses med andra ord som autonom. Den konkreta förståelsen av fenomenet enligt FEF går genom FIF över till att gälla en generell förståelse av det studerade fenomenet. Målet med detta är att frilägga ett möjligt sätt världen kan visa sig på.

EPP-metodens resultat består av det studerade fenomenets kännetecken. Om samma kännetecken upptäcks hos *alla* informanter benämns dessa som generella kännetecken. Om vissa kännetecken endast uppstår hos vissa informanter benämns dessa som typologiska kännetecken.

Forskaren kan enligt EPP-metoden använda sig av 5 moment för att uppnå detta resultat, vilket jag gjorde.

1. Forskaren läser igenom protokollet (texten) tills hon får ett bra grepp om innehållet i den. Protokollet läses förutsättningslöst, utan teoretiska tolkningar, och med forskarens förförståelse inom parantes. Forskarens empatiska förståelse (FEF) står i fokus.
2. Forskaren delar in protokollet i mindre bitar, såkallade meningsenheter (ME). Varje gång det upptäcks ett skifte av mening i texten görs en ny ME. Detta görs för att underlätta den vidare analysen och för att forskaren ska uppmärksamma allt som finns av mening i texten så att ingen information går förlorad.

*”Ja för det kändes ju jättekonstigt, för då, då tänkte jag att liksom att; det här är ju jag nu, ja... / så att, vi försökte väl prata ibland sådär men det gick inte speciellt bra, det gjorde det inte./Jag kände väl mest att det oftast he, det oftast var jag som försökte prata”. (Informant 5 ME 112, 113, 114)*

3. Forskaren transformerar informantens språk till ett neutralt forskarspråk samtidigt som hon gör en psykologisk tolkning av innebörden enligt FEF och FIF. (se bilaga 4) Alla detaljer om tid, rum och person tas bort. Tolkningen består i att lyfta fram det som informanterna kanske inte själv är medveten om eller uttalar. Forskarens pendlar mellan FEF och FIF genom att ständigt gå tillbaka till protokollet så att varje tolkning stämmer med helheten enligt den hermeneutiska cirkeln.

*”Så det första, det här med den väninnan som sa att hon kanske skulle dö, vad satte det i gång med dig? Ja det var ganska, det var väldigt starka känslor, det kändes att om jag ändå har mitt liv och då kom på nåt sätt det här värdefulla med mitt liv och, och att jag är ung och, hon var 20 år äldre än jag, och såna där saker, och eh det blev lite grann ja tankar”. (Informant 6, ME 16)*

I fick en känslomässig upplevelse av händelsen med väninnan som satte i gång tankar om att hon hade ett liv som var värdefullt.

4. Dom olika ME i ett protokoll syntetiseras till en situerad struktur i form av en synopsis. Forskaren kan utelämna eller byta plats mellan olika ME. Den situerade strukturen ger på neutralt forskarspråk information om *vad* och *hur* fenomenet är, dvs fenomenets struktur och process. Forskaren behöver även här använda sig av den hermeneutiska cirkeln samt gå tillbaka till protokollet ifall motsägelser skulle dyka upp i den situerade strukturen. (se bilaga 5)
5. Forskaren jämför de olika situerade strukturerna för att söka efter konstituenten (kännetecken) som visar sig i alla protokoll. Om detta visar sig kan dessa sägas vara generella kännetecken på fenomenets väsen. Dyker några konstituenten upp i endast vissa protokoll kan dom sägas vara typiska kännetecken (typologier) på fenomenets väsen. Dessa kännetecken presenteras i resultat av undersökningen som olika teman om strukturen, i en beskrivning av fenomenet.

### 3.5 Reliabilitet och validitet

Verifiering av studien kommer att diskuteras utifrån begreppen reliabilitet, validitet och generaliserbarhet. Enligt den kvalitativa forskningsstudiens tradition hänför sig reliabilitet till resultatets konsistens, dvs om den kunskap man kommit fram till har tagits fram på tillförlitligt sätt. Validitet visar om man i studien undersökt vad som var meningen att undersöka och om undersökningen ger värdefull kunskap.

Har kunskapen jag kommit fram till tagits fram på tillförlitligt sätt? Gunnar Karlsson (1993) har formulerat kriterier som underlag för att en analys enligt EPP-metoden är rätt gjord. Det ena gäller den psykologiska reduktionen - att forskaren sätter sin egen förförståelse inom parentes. Lyckades jag då med detta? Då jag var medveten om mina för-föreställningar och konstaterar att det råder en inkongruens mellan dessa och det föreliggande resultat anser jag att detta lyckats. En annan fråga är om mina informanter givit mig svar på det jag velat ha svar på. I intervjusituationen försökte jag hålla mig till *vad* som hände och *hur* det upplevdes, för att få forskningsunderlag för en beskrivelse av fenomenet. Jag försökte leda mina informanter till att dela med sig av minnen och undvek att följa dom i deras tolkningar av dessa. Utgångspunkten för den vidare analysen vilar på att upplevelserna som berättas i intervjuerna i sig är sanna.

Är utskriften rätt gjord? Svårigheter visade sig när jag skulle skriva ner den muntliga intervjun. Ibland var det omöjligt för mig att höra vad som sades och istället för att tolka mig fram till något lät jag detta vara öppet. Samtliga informanter fick anledning till att göra korrigeringar och samtliga godkände sedan intervjun att användas för vidare analys i min studie.

Är min analys rätt gjord? Karlssons kriterier när det gäller validitet gäller även om analysen är korrekt utförd. Ena kriteriet gäller om varje synopsis stämmer med varje protokoll. Det andra kriteriet gäller om analysstegen utförts på samma sätt hos alla informanter. Jag anser att detta stämmer och kan kontrolleras.

Allt som sagts i intervjun har gjorts om till ME för att sedan göras om till en synopsis. Samtliga ME som på något sätt beskrivit fenomenet tillfriskna har samlats. Jag har

medvetet rensat bort allt som liknat tolkningar av fenomenet. Ur detta material har det sedan dykt upp teman (kännetecken) som utmärkt sig. Materialet har genomgått flera gånger men det är endast jag som haft tillgång till det. Allt material finns dock tillgängligt om andra skulle kräva det och är kontrollerbart då samtliga kännetecken jag kommit fram till som beskrivning på fenomenet i fråga ska finnas i varje protokoll, alltså hos varje informant.

Representerar mitt urval alla som tillfrisknat från bulimi? Nej, och det var heller inte avsikten. En relativt liten studie är gjord med endast 6 informanter där avsikten varit att fördjupa förståelsen av ett visst fenomen. Endast kvinnor är representerade vilket *kan* ses som en svaghet i forskningen. Mina informanters ålder var inget kriterium för att vara med i studien och det visade sig att flera var ungefär lika gamla. Alla bor för tillfället i Stockholm och befann sig mer eller mindre där även under tillfrisknandet. Sociala och kulturella likheter hos mina informanter har därför antagligen funnits. Som jag uppfattar det är det en styrka i studien att jag intervjuat *personer* som tillfrisknat och inte *patienter* som genomgått *samma* behandling. En annan fråga är om jag fått tag på en speciell grupp av informanter. Samtliga informanter ville gärna vara med i undersökningen och samtliga arbetar frivilligt inom stödföreningen Anorexi/Bulimi-Kontakt. Skulle jag ha kommit fram till samma resultat om jag pratat med personer som *inte* skulle vilja låta sig intervjuas? Det finns en möjlighet att mina informanter hör till en grupp av speciellt medvetna människor som kommit långt i sin mänskliga utveckling.

Meningen i denna fenomenologiska studie har varit att undersöka hur det kan upplevas att tillfriskna från bulimi. Genom att intervjuva tidigare bulimiker om deras upplevelse av fenomenet har jag skaffat mig det datamaterial som ligger till grund för den analys jag gjort enligt EPP-metoden. Genom denna analys har jag kommit fram till en beskrivning av fenomenet att *tillfriskna från bulimi*. Då denna beskrivning säger mig något om hur det kan upplevas att tillfriskna anser jag att jag undersökt det jag avsåg att undersöka.

Då jag intervjuat personer om något som hände för mer än 2 år sedan kan tillförlitligheten i mina informanters berättelser diskuteras. Jag ser dock ingen anledning

för någon att medvetet ändra något för att t ex försköna berättelsen på något sätt. Mina informanternas upplevelser räknas därför som valida.

Ger undersökningen värdefull kunskap? Min undersökning är en undersökning av medvetandet och själva *upplevelsen* av något. Enligt Husserls fenomenologi ses *upplevelsen om något* som empirisk vetenskap och den enda sanning man kan veta något om (Moustakas, 1994). Då EPP-metoden har redskap att fokusera på upplevelsen i sig finner jag att den varit en bra metod att undersöka det jag velat undersöka. Utifrån dessa aspekter bedömer jag att undersökningen ger värdefull kunskap.

Jag anser att min studie genererat kunskap som i sig kan föra till vidare kunskap. En vidare forskning skulle vara att undersöka om denna studies beskrivning av fenomenet behöver finnas för att det skall kunna handla om att tillfriskna från bulimi. Består ett tillfrisknande från bulimi alltid av just dessa ingredienser?

### 3.6 Etiska frågor

Etiska frågor rör hela undersökningen och dom olika delarna som ingår i den. *Syftet* med undersökningen och vilka *konsekvenser* studien får för den som tar del av den som vetenskapligt material kräver ett etiskt ställningstagande. För mig har det varit viktigt att jag med studien får kunskap som kan vara med att ”förbättra människans situation och ge henne ökat värde” (Kvale, 1997). Jag anser att undersökningen i slutändan kan komma få positiv betydelse för personer som är sjuka i bulimi.

Genom sitt deltagande i min undersökning har deltagarna givit information från sin livsvärld som innehåller privata och förtroliga data. Flera åtgärder har gjorts både inför intervjun, under intervjun och efter intervjun för att säkra att studien inte får några som helst negativa konsekvenser för dom som deltagit i den.

1. Informanterna blev informerade först skriftligt och sedan muntligt vid intervjutillfället om studiens syfte, sekretess, och möjligheten att dra sig ur även

efter att intervjun gjorts. Innan intervjun skrev alla informanter under ett informerat samtycke. (se bilaga 3)

2. Efter intervjun uppmanades informanterna att ringa mig om dom på något sätt skulle känna någon negativ effekt eller obehag av att ha låtit sig intervjuas.
3. Informanterna fick själva korrigera och godkänna den nerskrivna intervjun innan någon vidare analys gjordes.

Fullständig anonymitet har varit viktig för mig då informanterna förmedlat flera personliga berättelser. Då alla på något sätt har eller har haft kontakt med föreningen Anorexi/Bulimi-Kontakt har jag låtit bli att säga något om deras yrke när jag presenterat informanterna.

Det har varit viktigt för mig att försöka förädla den kunskap mina informanter givit mig på ett så bra och ärligt sätt som möjligt.

En etisk fråga gäller även rapporteringen av resultatet. Kommer denna få några konsekvenser för deltagarna? Även om jag försökt göra mina informanter rättvisa så gott det går genom att vara lyhörd för vad som sagts och försökt få bekräftat under intervjun vad som menats, kan det vara att enskilda deltagare inte känner igen sig i resultatet. Analysen enligt EPP-metoden syftar till att hitta den underliggande, för-reflekterade (implicita) upplevelsen av ett fenomen. Det som på detta sätt framträder *gemensamt för alla* är det som beskriver fenomenet. Jag har inte givit mina informanter någon möjlighet att påverka analysen eller resultatet då jag anser att det inte skulle låta sig förena med dom krav EPP-metoden ställer på mig som forskare.



## 4. Resultat

### 4.1 Generella kännetecken som beskriver fenomenet att tillfriskna från bulimi

Följande kännetecken visade sig som tillsammans kan sägas *beskriva* fenomenet att tillfriskna från bulimi. Dessa säger något om vad processen att tillfriskna från bulimi kan innebära.

- *En insikt om möjligheten att påverka den egna livssituationen samt viljan till att göra det;*
- *Att nya relationer ingås med andra människor;*
- *En upplevelse av att lyckas;*
- *Ett arbete att ersätta bulimi med något annat;*
- *En förändring när det gäller upplevelsen av - och relationen till - sig själv, livet och andra människor.*

#### 4.1.1 En insikt om möjligheten att påverka den egna livssituationen samt viljan till att göra det

Viktiga möten med en annan människa eller andra människor sker där informanten upplever att hon blir känslomässigt berörd. Hennes fantasier om hur hon uppfattas av andra blir ifrågasatt. Detta efterföljs av att informanten inser sin möjlighet och sin vilja till att påverka den egna livssituationen.

Dessa viktiga möten inträffar i en period när informanten befinner sig i ett läge av:

Typologi 1 (4 personer): Har en längtan efter/önskan om något annat i livet.

*"...jag kände mig trygg hos honom, och jag kände att han, att han tyckte om mig för den jag var, och då kände jag att jag, verkligen seriöst ville, ville ta mig ur det här, på något sett."* (Informant 1, ME 4)

*”Jag sa någonting tillbaka till honom att; du, det där är ingenting att skoja om, för att jag... ja, vad jag nu sa [...] Ja, jag vart ju förbannad, jag vart arg.”* (Informant 1, ME 42)

Typologi 2 (2 personer): Befinner sig i en återvändsgränd. Hon mår så psykiskt dåligt att hon tvingas öppna upp för möten med andra.

*”och han, han blev också, han tog väldigt illa vid sig, och han hade aldrig, han har aldrig visat känslor för mig överhuvud taget, så när han såg så blev det riktigt såhär; det skar i mitt hjärta”* (Informant 3, ME 36)

*”...då var det så illa att jag kunde inte gå upp ur sängen och så där, så att det var mer fysiskt...men nu var det psykiskt, att jag inte orkade längre....jag såg ingen ljusning nån stans. Jag ville bara leva, fast jag ville dö samtidigt. Det går ju i vågor. Ena sekunden vill jag bara dö, eh och andra sekunden så ville jag bara kämpa emot sjukdomen, och bli fri från den, fast jag trodde nog aldrig att det skulle gå. Jag har känt så här att den här gången det får bli min sista, det är min sista chans”. (Informant 3, ME 51,52, 53)*

#### **4.1.2 Att nya relationer ingås med andra människor**

Efter dessa första viktiga möten fortsätter ett öppnande mot - eller insläppande av - andra människor, vilket så småningom för till att *en ny relation* ingås med en annan människa. Relationen utmärks genom att informanten vågar visa sig annorlunda än hon brukar och accepteras för detta.

Typologi 1: Relation ingås till terapeut (Informant: 2, 3, 5, 6)

*”Jag sa det till min terapeut också att, jag har ljugit hela mitt liv, och jag vill verkligen inte att vår relation ska bygga på att jag låtsas, eller att jag söker bekräftelse hos dig och så, för att jag är en väldigt bekräftelsesökande människa [...] Och han var med på allting, och, var ganska hård med mig.”* (Informant 3, ME 63, 65)

Typologi 2: Relation ingås till annan viktig person. (Informant: 1, 4)

*”...jag kände alltid mig konstig och fel och ful och... det måste va nåt fel på mig. (skratt) Tills du mötte den här tjejen? Ja, då blev det jätteroligt [...] Vi var lite mer, lika... eh vi stöttade varandra.”* (Informant 4, ME 41, 42)

#### **4.1.3 En upplevelse av att lyckas**

Upplevelsen är kopplad till att informanten lyckas göra något annorlunda. Det kan handla om att lyckas med att inte följa sina bulimiska tankar eller utföra sitt bulimiska beteende eller en känsla av att lyckas i ett socialt sammanhang med andra människor. Att förändra sitt beteende upplevs tungt och frustrerande och tillbakafall upplevs undervägs, men informanten klarar ändå att lyckas gå vidare.

*”Så det var en stor skillnad på det, och ditt liv förut? Precis. Jättestort. Så, så hur gick det? Det gick, det gick bra. (skratt) Det gick över förväntan.”* (Informant 3, ME 80)

*”Så, och ett av mina mål det var faktiskt, det kan ju låta lite löjligt, men det var att, att sätta på mig ett par byxor och stoppa in tröjan innanför byxorna [...] Och det, det var en stor seger för mig, att kunna göra det [...] Och det tror jag var en ut av dom första sakerna där jag kände att liksom, OK, det blir nog bra det här. Att liksom, våga göra det här, vad vågar jag inte göra sen och så.”* (Informant 5, ME 6-9)

*”Jag genomförde mål för första gången. Kunde genomföra någonting [...] jag började tro på mig själv och att jag klarade av saker [...] Sen så fick jag lite grann en ny kraft, känsla av att, att jag faktiskt ville prova i alla fall.”* (Informant 4, ME 4, 25)

#### **4.1.4 Ett arbete att ersätta bulimi med något annat**

Hjälp tas av andra människor i att hitta alternativa lösningar/strategier till bulimin och hjälp tas emot för att klara av att genomföra dessa. Efter att ha levt med ett destruktivt ät- och kompensationsbeteende i många år upplevs det som ett tungt arbete att försöka ändra detta. Alternativa lösningar som tas i bruk kan handla om att äta på fasta tider; att aldrig gå hungrig; att ge kroppen tillräckligt av det den behöver så att ingen brist i

näringsinnehåll för till hetsättning; att ta kontakt med andra människor i förbindelse med t ex måltider och att våga visa inför andra att det kan kännas jobbigt. I arbetet med att ersätta bulimin med annat visar sig följande:

1. Känslor dyker upp och behöver tas om hand i takt med att det destruktiva bulimiska beteendet försvinner.

Känslor av glädje kopplat till att informanten har klarat av något hon föresatt sig, eller känslor av t ex ilska eller sorg dyker upp i takt med att beteendet försvinner. Detta är känslor som tidigare inte behövs mötas och ett arbete inleds som handlar om att ta hand om dessa känslor. Det kan handla om att identifiera känslor, att stå ut med dom, att härbärgera dom och/eller att dela med sig av dom till andra. En tillvänjning börjar som handlar om att känslor så småningom ska få finnas som en naturlig del av livet. Känslor dyker upp och tas om hand i möte med *andra* människor, vilket medför att vissa relationer undviks eller avslutas och andra relationer ingås eller intensifieras.

*”Och jag sa det till J, att ”nu, jag mår jättedåligt, jag måste gå och spy”. Och vi satt och pratade, eller han liksom försökte att prata med mig och fråga varför, och så vidare. Och det slutade med att vi bara liksom, vi bara satt och prata och han bara peppade (?) mig och gav mig trygghet, och tala om för mig att... ja, att jag va, är, bra som jag är och att jag duger som jag är och det finaste som finns osv, osv. Och jag var ju naturligtvis, jag mådde jättedålig, hade jätteångest och var jätteledsen... och så där, men, men efter en stund så fick jag tillbaka liksom ett lugn. Så att det lutade med att jag, ja, jag behövde inte liksom, utan vi bara satt och pratade och... och jag kände trygghet ifrån honom och...” (Informant 1, ME 71)*

2. Tankar som inte längre får styra ett destruktivt beteende behöver nu mötas.

Tankarna upplevs för de flesta som tvångstankar kring kropp och mat; t ex tanken att man kommer att bli jättetjock om man ätit en viss maträtt. Att möta dessa tankar kan handla om att stå ut med att dom finns *utan* att agera på dom, eller att undersöka i vilka sammanhang dom ingår i samt att ta reda på vad det kan betyda att dom dyker upp just

då. Ett annat sätt kan vara att jobba med sin uppfattning av den egna kroppen, och upptäcka skillnaden på t ex vad som faktiskt ses och vad som tänkas.

*”Andra steget, det var, alla dom här tankarna liksom kring maten och, för att, nu fick jag ju inte utlopp för det genom kräkningen. Och det var ju naturligtvis jättejobbigt, men...”* (Informant 1, ME 82)

3. Ångest dyker upp och behöver tas om hand.

Ångest definieras och visar sig på flera sätt. Ångest beskrivs som obehagliga kroppssensationer som numera identifierats som något som tidigare skulle ha fört till hetsätning. En annan beskrivning av ångest är tankar som handlar om det att vara människa i förhållande till livet och till andra. Det finns en rädsla att inte bli accepterad eller älskad om hon visar sig som den hon är och *är* den hon är inför sig själv och andra. Å andra sidan finns en insikt om att hon gör sig själv illa om hon inte tar hand om sig själv på detta sätt.

*”Jag träffade, träffade en läkare för inte allt för länge sen [...] för att jag fick sånt här, [...] eh vad heter det, ångestsyndrom, eller så [...] Eh, det var det jag hade fått sen efter det här.”* (Informant 4, ME 63)

*”men då, då trodde jag att dom, dom människorna skulle lämna mig [...] Mm, så då vågade inte jag bli arg, för att om jag blev arg då skulle man antagligen lämna mig. Så att, man blir inte arg. Men jag var ju arg i alla fall men jag visade det inte”* (Informant 5, ME 147, 148)

*”Om man inte går och bär på massa ilska och liksom frustration hela tiden, då mår man ju mycket bättre. Det gör ju alla människor oavsett om man har ätstörningar eller inte, så behöver man ju liksom få, få utlopp för sina känslor. Alltså inte hur mycket som helst i vilken situation som helst, men det kan väl ingen göra förstås. Det beror ju på var man är, men i alla fall med sina nära och kära liksom, det är jätte viktigt, faktiskt”.* (Informant 5, ME 165, 166)

*”...jag trodde att bara jag slutar kräkas så blir det bra, men jag fattade att det hade börjat, det hade, i och med att det hade gått så lång tid, så påverkade det vem är jag, min identitet, eh relationer, eh jag hade svårt att sätta gränser, alla dom här sakerna och i och med att min, alltså vad tycker jag om mig själv, är jag värt att ha bra vänner och bli behandlat fel och så vidare, och dom sakerna, sen också det här existentiella frågor, som jag hade skjutit upp, och när jag sen blev frisk, därför tycker jag också att det tog ganska lång tid att bli frisk för att sen skulle jag ta itu med massa annat”.*

(Informant 6, ME 101, 102)

#### **4.1.5 En förändring när det gäller upplevelsen av - och relationen till - sig själv, livet och andra människor**

En förändring i upplevelsen av sig själv kan handla om att få tillgång till sina tankar och känslor, att uppleva en ökad självrespekt, att känna sig stolt över sig själv osv. En förändring när det gäller upplevelsen av livet kan handla om att börja lägga märke till allt som finns utanför en själv som förut missats, t ex att uppleva naturen. En förändring i upplevelsen av andra människor kan handla om att börja se andra som dom verkligen är och inte som man förut fantiserat om att dom är. Denna skillnad i upplevelsen gör att relationen till - sig själv, livet och andra människor - ändras. Man börjar önska saker för sig själv, man börjar begära saker för egen del, man vill göra något meningsfullt utav livet och man börjar kräva respekt av andra.

*”jag har bevisat för mig själv att jag, att jag inte är dum i huvet för att nu har jag kunnat, jag kom in på universitetet och högskola och pluggat där och det, jamen det är inte så ovanligt ändå , det är inte nåt speciellt med dom människorna,”*

(Informant 4, ME 133, 134)

*”Sen att jag vill, jag vill också vara med och leva. Jag vill använda mig själv, jag, jag finns faktiskt här för att jag ska, för att jag ska använda mig själv. Göra nånting.”*

(Informant 3, ME 154)

*”Ja men det är väl det på nåt sätt också att jag blev, att jag blev respekterad för den jag är, [...] på jobbet och så... Och... prova jag det ett par gånger och så fungerade det då,*

*då växer ju självkänslan. Och jamen jag kan ju det här och det går bra även om jag inte gör så där eller... Som? Att jag höjer tonen eller att jag att jag tar på mig allt i jobbet eller att jag gör, nej men jag gör det här, sitt ni och fika. Jag är lika omtyckt ändå, fast jag inte gör dom där 10 sakerna. Och det får mig nog känna, det blir en god självkänsla.”* (Informant 2, ME 133, 134)

#### **4.2 Generella känneteckens ordning**

TVå typologier visar sig när det gäller själva *ordningen* av dom olika *kännetecken* som dök upp som beskrivning på fenomenet tillfriskna från bulimi. Dom generella kännetecken som beskriver fenomenet fyller alltså båda typologier men *ordningen* visar sig annorlunda.

Typologi 1 (4 personer):

1. *En insikt om möjligheten att påverka den egna livssituationen samt viljan till att göra det;*
2. *Att nya relationer ingås med andra människor;*
3. *Ett arbete att ersätta bulimi med något annat;*
4. *En upplevelse av att lyckas;*
5. *En förändring i upplevelsen av - och relationen till - sig själv, livet och andra människor.*

Punkterna 1, 2 och 3 dyker för det mesta upp i den ordning som beskrivs. Punkt 4 och 5 dyker upp efter punkt 3 men löper sedan parallellt denna.

Typologi 2 (2 personer):

1. *En insikt om möjligheten att påverka den egna livssituationen samt viljan till att göra det;*
2. *Att nya relationer ingås med andra människor;*
3. *En upplevelse av att lyckas;*

4. *Ett arbete att ersätta bulimi med något annat;*
5. *En förändring i upplevelsen av - och relationen till - sig själv, livet och andra människor.*

Punkterna dyker för det mesta upp i den ordning som beskrivs.

### **4.3 Andra resultat**

Vissa fenomen visar sig i undersökningen som det inte var min avsikt att undersöka. Dessa kan ses som biprodukter av studien och jag väljer att ta med dom då jag anser att även dom kan kasta ljus över det undersökta fenomenet och diskuteras i förhållande till annan forskning. Även om det undersökta fenomenet i studien har varit att tillfriskna, har det visat sig tydliga beskrivningar av vad sjuk och frisk innebär.

#### **4.3.1 Sjuk**

Skillnad visade sig när det gällde informanternas upplevelse av bulimiska beteendets funktion under sjukdomstiden. Två typologier visade sig:

1. Bulimin var ett sätt att leva upp till självbilden att informanten endast dög om hon var på ett visst sätt, t ex smal.
2. Bulimin sågs som en god vän, trygghet eller som tidsfördriv.

#### **4.3.2 Kvantitativa fenomen**

Ingen ålder angavs som kriterium för att kunna delta i studien, dock visade det sig att 5 av 6 informanter började tillfriskna när dom var i 23-24-årsåldern.

#### **4.3.3 Frisk**

Förutom att ha fått ett sunt förhållande till mat och tid över till annat visade sig 3 kännetecknen på frisk som jag tycker det är värt att nämna:



*Att i relation till andra våga vara och tycka annorlunda;*

*Att ha en insikt om att problem/ångest/dåligt mående är en del av livet och ha förmågan att ta hand om detta;*

*Att kunna påverka sitt liv.*

## **5. Diskussion**

Min undersökning har givit en beskrivning på fenomenet att tillfriskna från bulimi. Undersökningen kan därmed sägas ha givit svar på vad det frågades efter. Flera olikheter finns mellan vad jag trodde att tillfrisknande handlade om och det jag i undersökningen kommit fram till. Jag kommer nedan att diskutera mina resultat utifrån vilka konsekvenser dessa kan komma att få i min egen praktik som terapeut för klienter som har en ätstörning. Därefter kommer en jämförelse med annan tillämpad forskning att göras. Slutligen kommer jag att diskutera förslag till vidare forskning.

### **5.1 Diskussion av resultat**

Innan jag började min undersökning tänkte jag att det att tillfriskna från just bulimi skulle handla om att lära sig äta och att lära sig stå ut med känslor. Jag hade också en tanke om att när anhöriga tror att den sjuka är på väg att bli ännu sämre pga av att hon förändras till någon dom inte känner igen, då är hon egentligen på väg att tillfriskna. Så vad har jag kommit fram till?

Jag var mycket nyfiken på vad som skulle vara *början* på processen att tillfriskna och blev rätt överraskad över det tydliga resultatet. Samtliga av informanterna befann sig i en situation där de hade behov av en förändring i sitt liv och det var *mötet* med en annan eller andra människor som gjorde att ”förändringsbollenbollen började rulla”.

Informanterna *lät sig påverkas* känslomässigt i detta möte.

Det kan verka som att det är en process som börjar *inom* bulimikern som gör att hon börjar öppna sig för påverkan *utifrån*. Informantens gamla uppfattning om sig själv

(självbild); *vem* hon är och *hur* hon bör vara börjar betvivlas av henne själv och möten med andra ger stöd åt detta tvivel.

När väl informantens självbild börjat få sprickor verkar det som om saker börjar hända av sig själv. Informanten öppnar sig för ytterligare kontakt med andra för att hon *vill* det och inte för att hon *böra* det.

Vad säger detta mig om hur det är att tillfriskna som jag kan ta med mig in i min praktik? Det säger mig att tillfrisknade antagligen innebär att klienten har fått en insikt om att det är *hon själv* som kan och *måste* göra nånting. Att tillfriskna handlar alltså inte om att *låta sig* behandlas. Fattas denna insikt hos min klient så har hon antagligen inte heller börjat tillfriskna. Innebär det att det är lönlöst att gå i terapi? Nej, men terapin behöver då antagligen ha som mål att leda klienten till detta stadium; att hon kan bli en person som inser att hon *kan* påverka sitt eget liv.

För samtliga informanter leder detta första möte med andra till att en ny långvarig relation med någon annan så småningom ingås. Det är inte så att man ingår en relation med den första och bästa. För flera tar det lite tid att hitta någon, men något egentligt arbete att bli av med symptomet börjar inte innan detta har hänt.

Detta säger mig att det att ingå i en relation med någon kanske är nödvändigt för att kunna tillfriskna. Det som blev något överraskande för mig var att det inte nödvändigtvis var någon relation till en terapeut. Det som var utmärkande för relationen var att informanten kände att hon inte behövde leva upp till sin gamla bild av hur hon borde vara, att hon fick vara på ett annat sätt.

Senare tids forskning har visat att det inte är terapins metod och teknik som är den viktigaste faktorn för en lyckad terapi, utan *relationen* mellan terapeut och klient (Miller, Duncan, Hubble, 1997). Mitt resultat bekräftar för mig att det att ingå i en bra relation med någon kan vara *helande i sig*.

Fokus på relationen mellan mig som terapeut och min klient är alltså av betydande vikt. Spädbarnsforskning utförd av ”The Process of Change Study Group” under ledning av Daniel Stern, där man studerat mamma och barns samspel genom videoinspelningar, visar att det nyfödda spädbarnet har förmåga till och *söker* relation. Forskningen utmanar den äldre psykoanalytiska teorin att barnet internaliserar mamman (objektet) genom att visa att barnet internaliserar *processen i den ömsesidiga anpassningen*. Ett autentiskt möte mellan mamman och barnet (Moments of Meeting) som plötsligt uppstår mellan dessa två kan skapa en helt ny situation som ger en helt ny upplevelse av att vara tillsammans. Stern efterlyser terapiformer där fokus är på mötet i nuet och processen istället för på tolkande verksamhet.

För mig betyder detta att jag utvecklas genom varje autentiskt möte med någon annan som jag upplever. På samma sätt kan jag ge mina klienter möjlighet att få en ny upplevelse av sig själva genom att erbjuda ett autentiskt möte i terapin.

Sterns forskning stöder det som filosofen Martin Buber uttalade redan 1923 i sin bok *Jag och Du* (Buber, 1990). Han menar att det finns två sätt att relatera till andra, antingen genom ett Jag-Det förhållande (subjekt-objekt) eller ett Jag-Du (subjekt-subjekt).

”Det finns inte något Jag för sig, utan endast Jaget i grundordet Jag-Du och Jaget i grundordet Jag-Det.” (Buber, 1990, s. 11)

”Grundordet Jag-Du kan endast uttalas med en människas hela väsen. Grundordet Jag-Det kan aldrig uttalas med en människas hela väsen.” (Buber, 1990, s. 11)

Martin Buber beskriver i *Jag och Du* mötet mellan Jag och Du som ett intensivt ögonblick av kontakt mellan två subjekt (= Moments of Meeting). I detta ögonblick bekräftar deltagarna varandra som unika. Det finns en ömsesidighet där båda blir berörda och ändras. När två människor hänger sig åt det som finns ”mellan dom” kan en Jag-Du relation skapas.

”Utan Det kan människan inte leva. Men den som lever endast därmed är inte en människa.” (Buber, 1990, s. 37 )

Det centrala för mig är Bubers ord om vikten av en Jag-Du-relation:

”Människan blir genom Duet till ett Jag”. (Buber, 1990, s. 32)

Genom att finnas i en relation med andra där man blir bekräftad för den man upplever att man är och inte för den man ger sig ut för att vara, utvecklas man som människa. En upplevelse av att finnas till som en unik och speciell människa är avgörande för att kunna förändras. Fokus på relationen i terapin blir då av största vikt oberoende av om klienten börjat tillfriskna eller inte.

Att relationen i sig till något annat eller till en annan människa är av vikt bekräftas av många historier om missbrukare som blivit av med sitt missbruk när dom hittat en livspartner, börjat jobba med något som känns meningsfullt, blivit ”frälsta”, etc. För mig verkar det som att relationen till drogen bytts ut med relationen till något annat/någon annan som gör livet värt att leva. En av mina lärare på Gestaltakademin sa en gång att ”Där terapin slutar, tar kärleken vid”. För mig kan terapi innebära en början till ett meningsfullt liv, och inte endast vara en behandling som eliminerar ett symptom.

Det som för en del av mina informanter dök upp som en del av tillfrisknandet redan innan något försök att bli av med symptomet påbörjats var upplevelsen av att vara *en människa som lyckas* med något, en lyckad människa. Jag tror att det för många finns en skillnad på det att ses som lyckad utifrån och den subjektiva upplevelsen av att känna sig lyckad. Många sliter livet av sig för att lyckas göra något eller bli något och verkar lyckas utomordentligt med detta. Resultatet av strävanden ger ändå inte en upplevelse av att vara lyckad. Andra kan känna sig lyckade utan att göra något speciellt. En av mina informanter berättar om hur hon lyckats hålla sig smal genom kräkningar och svält men ändå inte känt sig lyckad. Den gång hon däremot lyckades behålla 5 köttbullar utan att gå och kräkas kände hon en enorm lycka. För henne blev det viktigt att dela med sig till andra hur stolt hon var över sig själv. Jag tror att det är viktigt att uppleva sig *sedd*

som den man egentligen är. I senaste exemplet stämmer det informanten upplever inom sig med det hon låter andra se av henne. En annan tolkning kan vara att den tillfrisknade numera blivit en person som kan ta in upplevelsen av att lyckas.

Enligt gestaltterapiens ”Theory of Self” (Perls 1951) är personligheten en del av självet. Om jag ofta behövt ta till kontaktavbrott för att anpassa mig till omgivningen och på det sätt hindrats i min självreglering lär jag mig inget nytt om mig själv; min personlighet utvecklas inte. Jag kan t ex ha fastnat i identiteten att ”jag är en person som ständigt misslyckas”. Börjar det hända saker i mitt liv som jag låter mig påverkas av finns det möjlighet för att nya erfarenheter av mig själv kan skapas; min självbild förändras och min personlighet utvecklas.

I min studie föregås *arbetet med att ändra något* av att en ny relation ingåtts med en ny, annan människa där informanten upplever att hon får vara den hon är och inte den hon tycker att hon bör vara. Bollen har börjat rulla. Genom att själv sätta mål för sig, som numera *inte* handlar om att leva upp till en gammal självbild utan en ny bild som stämmer med informantens upplevelse av sig själv, ges möjligheter för personligheten att utvecklas. Varje litet steg som i detta skede tas utifrån informantens egen vilja att påverka sitt liv i en ny riktning och som *lyckas*, ger informanten bekräftelse.

Informanten går ifrån att vara en person som misslyckats leva upp till en gammal självbild om hur hon *bör* vara, till en person som lyckas leva upp till den person hon är och önskar vara. För varje litet steg hon lyckas med växer en ny självbild sig större. Detta bekräftas för mig genom flera av mina informanternas förkunnande av att det blev lättare och lättare att gå emot det gamla. När den nya självbilden växt sig stor nog utkonkurreras den gamla. Informanten har genom att lyckas med saker hon själv medvetet valt att försöka lyckas med, skapat sig en personlighet som är att vara lyckad och inte längre misslyckad. Frasen att ”bli den du är” kan synes klichéaktig, men jag tror att det är det det handlar om. När man är den man är inför sig själv och i möte med andra och får respekt för detta, behöver inte sträva efter att vara någon annan.

Faran som jag ser det är när någon med bulimi följer en behandling utan att ha nått någon medvetenhet om att själv vilja eller kunna påverka sitt liv. Om patienten då

skulle bli av med sitt symptom skulle det inte upplevas vara hennes förtjänst utan behandlarens. Att fortsätta leva upp till andras bild av hur man ska vara är inte det organismen vill och ett motarbetande av behandlingen skulle kunna ske. Detta skulle antagligen inte innebära något växande för patienten och inte heller föra till att hon för gott skulle bli av med sin ätstörning - men kanske för stunden.

En undersökning som jag tycker det är värt att beakta i detta sammanhang är den undersökning som Fairburn (2003), gjorde med sin forskargrupp i Oxford där IPT jämfördes med KBT och beteendeterapi vid behandling av bulimi. När behandlingen avslutades visade det sig att IPT var den minst verksamma av de tre metoderna. Vid uppföljningen ett år, respektive sex år senare visade det sig dock att de patienter som hade gått i IPT fortsatte att förbättras efter avslutad behandling. De patienter som hade fått beteendeterapi hade dock en större tendens av återfall. Fairburn gör bedömningen att: ”Detta resultat tyder på att interpersonell psykoterapi kan ha en fördröjd effekt som slutligen är lika god som den man ser vid KBT-behandling” (Fairburn, 2003, s. 155).

Jag tror att Fairburns resultat även kan tolkas som att för mycket fokus på ”symptomborttagning” kan leda till att människan inte ses i sin helhet och i sitt sammanhang. Den sjuka blir kanske för stunden av med ett symptom, men har ingen bättre grund i sin personlighet att stå på när hon avslutar behandlingen.

Jag inser vikten av att lära känna min klient innan någon beteendeförändring påbörjas. Detta för att ta reda på var hon befinner sig i sin utveckling. Börjar jag stödja en beteendeförändring utan att min klient är klar för det, är risken stor att vi börjar dra åt olika håll. Resultatet kan bli att klienten upplever mig som en dålig terapeut och ytterligare en person som inte kan hjälpa henne lösa hennes problem och att terapin avslutas.

Hos vissa av mina informanter föregås alltså det egentliga arbetet att ta itu med det bulimiska beteendet av en period där hon känner sig lyckad. Detta verkar i sig ge styrka att ta itu med andra saker. Hos andra dyker känslan av att lyckas upp som ett resultat av att informanterna faktiskt lyckats börja förändra sitt beteende.

Så kommer vi till den arbetsprocess som samtliga informanter beskriver som jobbig. Det är ett arbete som görs vilket upplevs som svårt och som i sig för med sig nya problem. Det är för mig påtagligt att behovet av att ta hand om jobbiga känslor, tankar och ångest dyker upp *efter* att själva bulimiska beteendet börjat försvinna. Det bulimiska beteendet har antagligen varit ett verktyg att hantera dessa känslor; en krycka som när den slängs bort man behöver klara sig utan, om än på ostadiga ben.

Detta säger mig att det att tillfriskna från bulimi handlar om att *ändra* ett dysfunktionellt beteende. Det är ett beteende informanten upplever att hon behöver bli av med. Som terapeut är det då viktigt för mig att faktiskt försöka hjälpa henne hitta strategier som gör att hon kan bli av med detta. För det andra lär jag mig att det att tillfriskna också handlar om att behöva möta sina känslor, sina tankar och sin ångest. För mig som terapeut gäller det att kunna stödja klienten i detta. Det allra viktigaste är att möta min klient *där hon är*. Att börja ta itu med klientens känslor - för att det ingår i min behandlingsmodell - skulle vara ganska lönlöst om informanten inte ens har kommit till det stadium att dessa har dykt upp.

Att tillfriskna handlar enligt mitt resultat också om *förändring* som sker på flera plan. Den tillfrisknandes inställning till sig själv ändras, hon ändrar sitt ätstörningsbeteende och hon börjar uppleva sig själv genom att få tillgång till sina känslor, tankar och ångest. En följd av detta blir även att hennes förhållande till och beteende gentemot andra som finns runt henne ändras. Detta i sig kan få konsekvenser. Jag har hört många föräldrar till personer med ätstörningar berätta att dom vill ha tillbaks sin flicka som hon var förut. Studien visar att den som tillfrisknar *förändras* som en del i att tillfriskna. Anhöriga behöver stå ut med och respektera att deras dotter förändras och istället försöka lära känna henne som den hon är, vilket för dom kan vara att lära känna en ny person. Detta gäller även för mig som terapeut. Om klienten sett upp till mig som terapeut kommer hon antagligen börja se oss som mer jämlika. Hon är expert på sin situation och jag på min.

I mina *andra resultat* redovisar jag även vad mina informanter lägger i begreppet *frisk*. Det är påtagligt hur alla uttalar sig om att det handlar om att kunna *tycka* annorlunda

och *göra* annorlunda än andra och fortfarande befinna sig i en relation till dessa. För mig stämmer detta överens med gestaltterapiens syn på kontakt. Genuin kontakt är det som uppstår när olikheter möts.

Slutligen handlar det att tillfriskna från bulimi om att människans inställning till livet ändras. För alla mina informanter innebär det att vara frisk att vara medveten om att livet innehåller problem. Att leva innebär att man behöver möta vad som än händer och försöka ta itu med det på bästa sätt.

För mig som terapeut lär jag mig av detta att jag behöver inse mina begränsningar både vad det gäller vad jag *kan* påverka och vad jag *bör* påverka. Ibland är det kanske viktigast att jag som terapeut *inte* hjälper min klient utan endast finns bredvid ”att hålla i handen”, eller som ordspråket säger ”Det är bättre att lära en man att fiska än att ge honom mat för dagen”. Detta kan innebära för mig att jag inte känner mig vidare duktig i min roll som terapeut, men det är i så fall mitt problem som jag behöver ta itu med. Jag tror också att det är viktigt för mig som terapeut att klargöra och skilja på vad som är ett existentiellt problem för min klient och vad som är ett patologiskt. Livet är för mig inte ett problem som ska lösas utan ett liv som ska levas. Patologiska problem kan däremot lösas.

## 5.2 Jämförelse med annan relevant forskning

Är min forskning förenlig med annan tillämpad forskning? Jag anser att Rorty, Yager och Rossottos forskningsresultat stämmer mycket överens med mina egna. I båda undersökningarna betonas att processen att bli frisk utmärker sig genom att det finns en önskan om något annat och att det finns ett eget beslut att göra något åt sin situation. I båda undersökningarna betonas även vikten av bra relationer till andra. Rorty, Yager och Rossotto ser processen att tillfriskna som en förändringsprocess där beteendemässiga komponenter är lättare att förändra än kognitiva. Detta är också vad som visar sig i Clausens undersökning. I min undersökning försvinner beteendet som första del i förändringen *att ersätta bulimi med annat*. Att tillfriskna enligt mina resultat



visar dock att det sker en förändring på flera plan; ett beteendemässig, ett upplevelsemässigt och ett relationellt plan.

Colli och Becks undersökning bekräftar min när det gäller insikten om möjligheten, och det egna ansvaret, att välja sitt eget liv som en viktig beståndsdel i processen att tillfriskna från bulimi.

Reindls forskningsresultat både skiljer sig från och liknar mina egna. Å ena sidan bekräftas min forskning i att tillfrisknande handlar om en ändrad upplevelse av sig själv. Å andra sidan innehåller mina resultat många fler relationistiska aspekter. Jag anser att de två forskningsresultaten egentligen inte kan låta sig jämföras då olika metoder har använts. Reindl har i sin undersökning använt sig av grounded theory, vilken syftar till att hitta en dold sanning om det att tillfriskna, medan jag sökt en fenomenologisk beskrivning av fenomenet att tillfriskna. Reindl kommer från en intrapsykiskt orienterad tradition medan jag själv kommer från en gestaltterapeutisk, med stort fokus på hela fältet. Även om båda har haft ett fenomenologiskt förhållningssätt tror jag att även vår bakgrund kan ha påverkat vad vi ser.

Peters och Fallons aspekter om att tillfrisknande handlar om att utvecklas och är ett sätt att skapa sig en identitet motsägs inte av min undersökning. Från att ha varit på ett sätt som man trott varit rätt, sker det en förändring hos informanterna till att bli personer som dom upplever stämmer med den dom egentligen är. Peters och Fallons resultat kan förstås som tillfrisknandes resa från en hållplats till en annan, från sjuk till frisk, med realitet, samhörighet och makt som ingredienser vid sluthållplatsen. Min undersökning ger en beskrivning av processen som pågår mellan sjuk och frisk. Enligt mina resultat finns ingredienserna samhörighet, makt och realitet redan vid tillfrisknandets början. Har man väl börjat tillfriskna är man inte längre passiv, isolerad eller alienerad.

Keel med flera och Stewarts forskning visar att människor får återfall in i sjukdomen pga isolation och svårigheter att fungera socialt. Detta bekräftar igen min undersöknings resultat att det att ingå i relationer till andra människor är en viktig beståndsdel i att tillfriskna.

Woods elektroniska undersökning som bygger på människors upplevelse av att tillfriskna utan någon behandling tar endast hänsyn till människor som insjuknat i vuxen ålder och är därmed inte helt relevant att göra en jämförelse med. Likheter finns dock med min forskning när det gäller att tillfriskna som en process som består av att den tillfrisknande själv tar initiativ till att ändra sitt liv, och att den tillfrisknade tar hjälp av andra i detta.

Morells undersökning påpekar att bulimins två olika beteenden, hetsätning och självrensning, innebär att tillfriskna från bulimi är en dualistisk process som handlar om att lära sig acceptera sin kropp som den är samt att ta itu med andra underliggande faktorer som ligger bakom symptomet. Om man accepterar sin kropp så behöver man inte kräkas och om man tar itu med olika problem så behöver man inte hetsäta. Min undersökning upplever jag som ganska annorlunda då den fokuserat på den fenomenologiska upplevelsen av att tillfriskna. Jag ifrågasätter ändå Morells resultat. Enligt mina *andra resultat* finns det två typologier när det gäller upplevelsen av det *bulimiska beteendets* funktion under sjukdomsperioden. Ena typologin visade att det upplevdes som en tröst att hetsäta och kräkas. Något större fokus på den egna kroppen fanns inte i detta sammanhang. Kräkningen i sig kunde även upplevas som ångestlindrande.

Den aspekt som ingår i min beskrivning av fenomenet att tillfriskna och som inte berörs av annan forskning är upplevelsen av att lyckas. Jag har själv förundrats över detta. Ur ett fält av frustration, tillfälliga återfall och ångest framträder detta som en tydlig figur. Jag har en hypotes om vad detta kan handla om. Mitt antagande är att många är kvar i sjukdomen så länge då dom tror att det skulle upplevas som ett misslyckande att inse att den väg dom ”valt” varit fel. Att börja tillfriskna handlar då om att inse att det kan finnas en annan väg som är bättre. Man börjar vandra på en helt ny väg som man inte gått på förut och har inget att försvara. Man så att säga vänder blad till ett nytt oskrivet kapitel i sitt liv. Livet kan inte bli sämre, endast bättre. Varje steg på den nya vägen är ett steg mot att bli frisk och kan upplevas som en seger.

Vad säger mitt resultat i förhållande till de i uppsatsen presenterade teorierna om etiologi och tillfrisknande? Enligt min studie verkar tillfrisknande bestå av existentiella, relationistiska, intrapsykiska, beteendemässiga och biologiska faktorer. Olika teorier ger differentierad kunskap om fenomenet. Jag är övertygad om att terapeuter har mycket att lära av att gå över gränserna till andra teorier för ett inhämtande av ytterligare kunskap.

Behandlingen för bulimiker i Sverige är i dag oftast beteendeorienterad. Enligt mina resultat ingår beteendeförändring som endast *en* del i tillfrisknandet. Det verkar som att relationer till andra varit essentiellt för mina informanternas tillfrisknande. Jag anser det därför som väsentligt att denna aspekt ingår i behandling för människor med bulimi.

Ett existentiellt val verkar utgöra början på själva tillfrisknandet från bulimi. Inom gestaltterapi finns ett stort fokus på att ställa människor inför eget ansvar och existentiella val. Jag ser det som viktigt att detta perspektiv finns med i all behandling.

### **5.3 Förslag till vidare forskning**

Vilka frågor har min forskning lett fram till? Jag har forskat på den delen som finns mellan sjuk och frisk och fått en beskrivning av den process som denna del utgör. Det vore även intressant att fenomenologiskt undersöka den del som föregår starten av processen att tillfriskna. Då menar jag inte att undersöka sjukdomen, men att se om det är möjligt att påvisa vad som leder fram till den vändpunkten då tillfrisknande börjar. Det skulle vara intressant att se om det är möjligt att hitta kriterier som ligger till grund för att olika människor går åt olika håll när det gäller att stanna kvar i sjukdomen eller att tillfriskna. Hur kommer man dit att man börjar tillfriskna?

I mina *andra resultat* skriver jag om mina informanternas ålder *när* dom börjar tillfriskna. Det visade sig att 5 av 6 informanter började tillfriskna när dom var i mitten av 20-års åldern. Frågor dyker upp om detta är en ren tillfällighet eller om det handlar om något annat. Det vore intressant att göra en kvantitativ studie för att ta reda på hur gamla bulimiker är när dom börjar tillfriskna. Jag tror att ett eventuellt påvisande av detta skulle kunna få konsekvenser för framtida forskning om - och behandling av bulimiker.

Behandling *kanske* skulle gå i riktning av att handla mera om att stödja en ung människa i hennes utvecklingskris än att fokusera på att hjälpa henne att ändra sitt beteende.

#### 5.4 Slutsats

Syftet med denna undersökning har varit att ta reda på om det finns något som kännetecknar olika personers tillfrisknande från bulimi och att ta reda på vad detta i så fall består av. Anledningen för mig att ta reda på detta har varit att jag vill ha mer kunskap om vad mina klienter eventuellt behöver gå igenom på sin väg mot att bli friska från bulimi. Efter att ha genomfört undersökningen upplever jag att jag fått kunskap som jag tar med mig i min vidare verksamhet som terapeut. Jag har fått en möjlig karta som kan säga mig något om *var* mina klienter befinner sig. Jag tror att studien kan ha värde för andra terapeuter att ta med sig in i sina förståelser av att tillfriskna utifrån sina egna teorier. Jag hoppas och tror att anhöriga även kan ta del av materialet för att göra sig en egen uppfattning om vilken roll de kan spela, dock först *efter* att den sjuka börjat tillfriskna. Kan undersökningen vara viktig för personer som själva är sjuka? De som ställt upp i min studie ville göra detta för att kunna berätta för andra *att det lönar sig* att kämpa. Man kan bli frisk. Arbetet att ta itu med beteendet beskrivs av mina informanter som mycket jobbigt i början, men ett jobb som blir lättare och lättare. Begreppet misslyckad anorektiker kan ersättas med lyckad ex-bulimiker.

Jag tror att samtliga av mina informanter skulle instämma i att tillfrisknande handlar om utveckling. Enligt en gammal japansk kampkonsts maxim sker utveckling enligt dessa steg: Su (att följa), Ha (att utveckla) och Ri (att separera).

Från att först ha *följt* det andra lärt henne som rätt har hon genom sjukdomen *utvecklats* och behövt *separera* för att kunna gå sin egen väg. Fler än en informant har uttalat att hon nog inte vore den samma utan att ha genomlevt sin sjukdom och att hon inte skulle vilja ha varit utan den, då den i slutändan lett till att hon numera har ett lyckligt och bra liv.

## Referenser

- Allwood, C. & Erikson, M (1999). *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, Mia (1995). "Mother-Daughter Connection: The Healing Force in the Treatment of Eating Disorders". *Journal of Feminist Family Therapy*. 3/31/1995 V.6; N.4 s. 3.
- Bonniers Svenska Ordbok (1986). Otava, Keuruu: Bonniers.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Health in Human Development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachments and Loss*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York, Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1988). *Conversations with Anorexics*. New York: Basic Books.
- Brundin, A. L. (1995). *Nej tack, jag åt nyss*. Stockholm, Wahlström & Widstrand.
- Buber, Martin (1990). *Jag och Du*. Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Carlsson, Göran & Eriksson, Bengt (2001). *Ätstörningar – en strategisk behandlingsmodell*. Lund: Studentlitteratur.
- Clausen, L. (2004). Time Course of Symptom Remission in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2004 Nov, 36(3), s. 296-309.
- Clinton, D. & Norring, C, red. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Colli, J. E. & Beck, T. E. (2003). Recovery from Bulimia Nervosa through Near Death Experience: A Case Study. Publicerad i *The Journal of Near Death Studies*, Vol. 22(1) Fall 2003, s. 33-55.
- Ehn, A. (1995). *Vårfrost*. Stockholm: Norstedts.
- Epston, D., Morris, F. and Maisel, R. (1995). A narrative approach to so-called anorexia/bulimia. *Journal of Feminist Family Therapy* 7: 69-96.
- Fairburn, C. G. (1981). *A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia*. *Psychological Medicine* 11, s. 707-711.

- Fairburn, C. G. & Brownell, K. D., Eds. (2002). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2nd edition. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2003). *Att övervinna hetsätning. Ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram*. Stockholm: Cura bokförlag och utbildning AB.
- Garner, D. M. och P. E. Garfinkel (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: The Guilford Press.
- Giorgi, A. (1975). "An application of phenomenological method in psychology". I A Giorgi, C. Fischer & E. Murray (Eds.) *Duquesne studies in phenomenological psychology*, II. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Glant, Heléne och Rolf (1992). *Bulimia nervosa - när bara maten existerar*. LIC-förlag.
- Glant, Heléne (1993). *Sluta hetsäta. Handbok för dig som vågar försöka själv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Glant, Heléne (1998). *Sluta svälta. Handbok för dig som kämpar mot anorexi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Glant, Heléne (2000). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar. Handbok för behandlare, skolpersonal, föräldrar och vänner*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Haley J (1973). *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*. New York: WW Norton.
- Husserl, Edmund (1950). *Die idee der phänomenologie. Fünf vorlesungen*. (red. W. Biemel.) Husserliana Band II. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Jacobs, Lynne (1998). *Transcript of a lecture-discussion with Lynn Jacobs, Ph.D., captured at the Portland Gestalt Therapy Training Institute, March 7, 1998*.
- Karlsson, Gunnar (1993). *Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Keel et al (2005). Postremission Predictors of Relapse in Women With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 2263-2268.
- Knapp, Caroline (2004). *Hunger – Varför kvinnor vill ha för mycket*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Korzybski, Alfred (1994). *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. Fifth Edition. Engelwood: International Non-Aristotelian Library Institute of General Semantics.
- Kunskapscentrum för ätstörningar, URL: <http://www.kunskapscentrum.com>

- Kvale, Steinar. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Hwang, Philip & Nilsson Björn (1998). *Utvecklingspsykologi – från foster till vuxen*. Stockholm: Natur och Kultur 1:a utgåvan, 3:e tryckningen.
- Laing, Ronald D. (1967). *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin.
- Martinez, A. (1996). *Trösta mig aldrig med en karmell*. Stockholm, Mån Pocket.
- Mesterton, Madeleine (1994), i Mannerstråle, Inger (red.) *Gestaltterapi på svenska*. Stockholm: Wahlström&Widstrand.
- Maisel, R., Epston, D. Borden, A (2004). *Biting the Hand that Starves You: Inspiring Resistance to Anorexia/Bulimia*. New York; London: W.W. Norton.
- Miller, Scott D., Duncan, Barry L., & Hubble, Mark A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying Language for Psychotherapy Practice*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morrell-Bellai, T-L (1997). *The process of healing in bulimia as described by women who have experienced this process*. PhD thesis, University of Toronto.
- Moustakas, Clark E. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Nordenfelt, L. (1996). *Samtal om hälsan. En dialog om hälsans natur*. Falköping: Almqvist & Wiksell Medicin.
- Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1978). *Paradox and Counter Paradox*. New York: Jason Aronson.
- Palmer, R. (2000). *Helping People with Eating Disorders: A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Perls, Fredrick (1969). *Ego, Hunger and Aggression*. New York: Vintage Books.
- Perls, F., Goodman, P. & Hefferline, R. F. (1989). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. London: Souvenir Press.
- Peters, L. & Fallon, P.(1994). The journey of recovery: Dimensions of Change. In P. Fallon, M. A. Katzman, S.C. Wooley, eds., *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: Guilford.
- Reindl Sheila M. (2001). *Sensing the Self: Women's Recovery from Bulimia*. Cambridge: Harvard University Press.

RIKSÄT, Årsrapport (2000). URL:

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/6E04064E-82AE-4549-8A1E->

Rorty, M., Yager., och Rossotto, E. (1993). *Why and How do Women Recover from Bulimi? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more.*

*International Journal of Eating Disorders*, 14, 249-260.

van der Ster, Gisela (2000). *Ät allt! Hellre nästan rätt än exakt fel.* Stockholm: Alfabeta.

van der Ster, Gisela (2005). *Mattillåtet.* Uddevalla: Forum.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.

C., Bruschiweiler-Stern, N., Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. The Process of Change Study Group. Publicerat i *The International Journal of Psychoanalysis*. 1998 Oct; 79 ( Pt 5):903-21.

Stewart, W. (2004). The Role of Perceived Loneliness and Isolation in the Relapse from Recovery in Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. Publicerad i *The Clinical Social Work Journal*, Vol. 32(2), Sum 2004, s. 185-196.

Topor, Alain (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar.* Stockholm: Natur och kultur

Wallin, Ulf (2000). *Anorexia nervosa in adolescence – Course, treatment and family function.* Lund: Department of Child and Youth Psychiatry, Lund University.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

Wikipedia URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Main\\_Page](http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page)

Woods, S. (2004). Untreated Recovery from Eating Disorders. In the journal *Adolescence*, Vol. 39(154) Sum 2004, s. 361-371.



## **Bilaga 1.**

### ***Diagnostiska kriterier enl DSM-IV***

#### ***BULIMIA NERVOSA***

A. Återkommande episoder av **hetsätning**. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):

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

#### ***Undertyper***

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

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

## **Bilaga 2. Inbjudan till intervju**

### **Vill du delta i en intervju-undersökning om hur det är att bli frisk från bulimi?**

Jag är auktoriserad gestaltterapeut och arbetar bl a med klienter som har eller har haft en ätstörning och med deras anhöriga. Min utbildning har jag ifrån Gestalt-Akademien i Skandinavien och University of Derby i Storbritannien.

Jag söker dig som tidigare haft bulimi och vill låta dig intervjuas om dina erfarenheter. Intervjuerna kommer jag att använda som underlag i min magisteruppsats som jag tänker skriva under hösten. Kriteriet för att kunna delta i undersökningen är att du haft diagnosen bulimia nervosa och att du numera anser dig själv som frisk från ätstörning sedan åtminstone 2 år.

#### **Studiens syfte**

Med intervjuerna tänker jag undersöka hur personer som haft bulimi har upplevt processen att bli frisk från sin ätstörning. Genom tillgång till denna kunskap hoppas jag kunna medverka till en ökad förståelse för hur omgivningen kan bemöta en person som håller på att tillfriskna från sin ätstörning - och för hur en bra behandling kan se ut.

#### **Intervjun**

Intervjun kommer att ta ca 60 minuter och jag kommer att be dig berätta om dina egna erfarenheter. Jag kommer att spela in intervjun. Bandet kommer att avlyssnas av mig och jag kommer att skriva ner intervjun. Så snart jag skrivit ut intervjun kommer bandet att raderas. Du kommer sedan ha möjlighet att kontrollera att utskriften stämmer med vad du berättat. I den slutliga uppsatsen garanterar jag din anonymitet.

#### **Kontakta mig**

Jag skulle uppskatta om du vill delta i min undersökning. Du har möjlighet att ångra dig, även efter att intervjun genomförts.

Med vänliga hälsningar,

Kari Elise Slinning

08-511 742 42

070-604 46 34

karislin@spray.se

### **Bilaga 3. Informerat samtycke**

## **Intervju-undersökning om hur det är att bli frisk från bulimia nervosa**

Med denna undersökning vill jag ta reda på hur personer som haft bulimi har upplevt processen att bli frisk från sin ätstörning. Intervjuerna kommer jag att använda som underlag för min magisteruppsats i gestaltpsykoterapi vid University of Derby och GestaltAkademin i Skandinavien.

Jag önskar ta del av din erfarenhet för att genom min uppsats kunna bidra till ökad förståelse för hur omgivningen kan bemöta en person som håller på att tillfriskna från sin ätstörning –och för hur en bra behandling kan se ut.

Intervjun kommer att spelas in och jag kommer att göra en utskrift av den. Det inspelade bandet kommer att avlyssnas endast av mig för sedan att raderas när uppsatsen är klar och godkänd. Du kommer att erbjudas att läsa igenom den nerskrivna intervjun för att kunna kontrollera att utskriften stämmer med vad du berättat.

Du har möjlighet att dra dig ur undersökningen även efter att intervjun genomförts. I den slutliga uppsatsen garanterar jag din anonymitet.

Kari Elise Slinning  
08-511 74242  
070-604 46 34  
karislin@spray.se

Jag har tagit del av ovanstående och ger mitt medgivande till att delta i undersökningen

.....

## Bilaga 4.

### Transformerering till meningsenheter

<p>KS: Kommer du ihåg när du började tillfriskna från ätstörning?                  I: Ehm, Ja, alltså , det har ju gått i perioder                  KS: Mm. Minns du en gång då du kände att nu...                  I: Ja, det gör jag, en gång som det verkligen var, nu är det...</p>	<p>1</p>	<p>För I har tillfrisknandet gått i perioder men I minns när hon började tillfriskna.</p>
<p>KS: OK. Vill du berätta lite om hur ditt liv såg ut då                  I: Mm.                  KS: Liksom, innan det här hände                  I: Händ, ja. Eh, jag... Jag, jag hade haft en period där jag... hade jättemycket i skolan, och det hände massa saker runt omkring i mitt liv, eh, och jag hade väl börjat ta mig själv lite på allvar, och börjat ta sjukdomen på allvar, och inse hur illa det var,</p>	<p>2</p>	<p>Innan I började tillfriskna hade hon en period av mycket skolarbete och mycket saker som hände i livet och hon hade börjat inse hur illa sjuk hon var.</p>
<p>KS: Och hur illa var det?                  I: Eh, jag var bulimisk då, jag var fortfarande underviktig, men, jag kräktes kanske 40 gånger om dagen, och kunde inte va ensam en sekund, och allt, alla tankar, all energi går åt till att, till maten och tankar på mat och kropp och sådär.</p>	<p>3</p>	<p>I var då underviktig och hade ett mycket bulimiskt beteende och kunde inte vara ensam.</p>
<p>KS: Men du studerade?                  I: Samtidigt så studerade jag. Vilket också var tror jag, det var, jag tror inte jag studerade för min egen skull då... ?... för att uppfylla, eh mina föräldrars drömmar och mina kompisar, som tyckte att jag var duktig, för det var på det planet som man upplever att man är nånting. Så...</p>	<p>4</p>	<p>I upplevde att hon hade ett värde genom att visa upp att hon var duktig i sina studier.</p>
<p>KS: Bodde du själv eller? I: Ja, ja jag bodde själv Jag hade precis gjort slut med min pojkvän sedan 5 år tillbaka,</p>	<p>5</p>	<p>I bodde i denna period ensam efter att ett långt förhållande tagit slut.</p>
<p>och det tog slut på grund av att jag var sjuk. För han orkade inte längre och jag orkade inte längre. Men vi älskade varandra fortfarande men det gick inte,</p>	<p>6</p>	<p>I anser att förhållandet tog slut för att ingen orkade mer pga Is sjukdom.</p>

## **Bilaga 5.**

### **Situerad struktur**

#### **Sjuk**

I är 23 år, bor hemma med sin mamma och jobbar inom vården. I fyller sitt liv med att träna, att äta väldigt lite och att jobba mycket och är mycket underviktig. I dominerar och styr familjen när det gäller mat. Får inte I som hon vill låter hon all sin ilska gå ut över sin familj.

I äter för mycket och kräks dagligen upp till 7 gånger per dag och mera när hon är ensam hemma. Det bulimiska beteendet är en vana för I. I blir slut i kroppen av att kräkas och trött av att träna men pressar sig ändå att göra det då hon tycker att det är det pris hon får betala för att bli smal och därmed vara värd någonting.

I har pojkvän som har ett tvångsmässigt förhållande till mat och träning. I sitter ofta framför teven och äter utan att uppleva maten och får sedan ångest över att maten plötsligt försvunnit. I känner sig knuten till sin pappa som är periodare och tar hand om honom när han är full.

Då I gör som andra vill och inte vågar inte säga nej för det till att hon blir mycket osams med människor.

#### **Att tillfriskna**

I har varit sjuk i 7 år och börjar bli medveten om att hon kanske är sjuk när hennes bror en dag säger att han tycker att hon ser ful ut och att hon bör ändra på sitt sätt att leva. I som har blivit smalare och själv tycker att hon är fin blir arg på sin bror men förstår sin brors kommentar då hon är medveten om att hon har gått ner väl mycket i vikt. I känner sig sedd och börjar fundera.

I har en längtan efter att kunna äta men vågar inte. Av vänner som haft ätstörningar och blivit friska hör hon att det är möjligt att äta och ändå vara fin. I börjar förstå att det kanske är möjligt att leva ett normalt liv och att hon kanske skall testa detta.

När I inser att hon är sjuk och förstår att hon med sin ätstörning antagligen kommer få problem att skaffa barn, känner hon att hon ville ta tag i sin problematik. I vill ha ett liv som även består av man och barn. I börjar även tänka på andra. Då I vet att hennes föräldrar och bror är ledsna bestämmer hon sig för att om hon inte skall bli frisk för sin egen skull så skall hon bli det för sin familjs och för en framtida familjs skull.

Även om I börjar bli medveten om att något är fel är det svårt att börja ändra på saker. I går först i samtal inom psykiatrien vilket inte ger henne något. När I önskar komma till ett behandlingshem får hon inte då landstinget inte har pengar och inte tycker att hon ärr smal nog. I upplever denna början på sitt tillfrisknande som en förvirrande period då hon å ena sidan vill vara kvar i sin ätstörning då det är bekvämt, och hon å andra sidan vill leva ett normalt liv och kunna äta.

När I flyttar till Stockholm och börjar hon i samtal på en ätstörningsklinik har hon kommit till insikt om att hon inte har något liv, utan endast lever för mat och träning, och att hon vill bli frisk. Det blir slut mellan I och hennes pojkvän och I lever numera ensam. I har blivit medveten om att hon förlorat makten över sin egen kropp och att hon inte har makt att kunna göra nånting åt sin situation själv utan behöver hjälp.

I terapi får I hjälp med hur hon skulle göra med maten och med sina känslor och beteende. När I bestämt sig att ge ätandet en chans försöker hon börja äta vilket inte går så bra. Först försöker I att låta bli att kräkas när hon ätit. Processen med ätandet går hackigt uppåt. I äter oftast själv I stänger numera av teven och försöker tänka på vad hon äter. När det är jobbigt ringer I hem och pratar om allmänna saker eller skriver dagbok. I börjar säga till när hon mår dåligt. Efter att I ätit utan att kräkas blir hon ofta arg på sig själv att hon inte presterat tillräckligt. I upplever att hon släpper tryggheten och vågar gå in i det okända vilket gör att hon får panik, känner sig otrygg, blir på dåligt humör och mår mycket dåligt.

I terapin lär sig I hur hon skall kunna hantera sina känslor och lösa sina problem på ett annat sätt än genom maten. Hon lär sig också att hon duger utan att vara perfekt, att vara snällare mot sig själv, hon lär känna sig själv bättre när det gäller vad hon vill med livet istället för att bara göra som hon lärt sig och som alla andra gör. I går i terapi i 2 år, tycker att hon kommer rätt långt och anser sedan att hon är frisk.

I upplever det som jobbigt att låta bli sitt gamla beteende när det gäller träning, jobbigt att börja äta, jobbigt att bli bortbjuden på mat och jobbigt att diskutera mat utan att bli ilsken.

Samtidigt som I börjar äta och börjar gå i terapi startar hon även en hälsopedagogutbildning. I känner sig frustrerad när hon ser att hennes medstudenter har ett sjukt ätbeteende och I själv samtidigt gör annorlunda då hon vill bli frisk. I tycker dock att det är skönt att börja se skillnad på vad som är ett friskt beteende och vad som var ett sjukt. I upplever det svårt att vara i en grupp då hon ännu inte vet hur hon skulle handskas med sina känslor eller beteende. I har svårt att kontrollera sitt temperament vilket för till att det ofta blev fel mellan henna och andra. Av en kompis som själv hade haft ätstörning får I stöd att klara sig i det för henne ätstörda miljö hon lever i. När I slutar skolan I känner hon sig då fri från alla måsten som hon upplever präglat miljön på skolan och är numera ännu mer medveten om att hon inte vill vara en del av den värld där endast träning och mat är intressen.

Is pappa som varit periodare slutar dricka när I börjar bli frisk och tänker I att nu behöver hon inte längre ha koll på honom utan kan koncentrera på att bli frisk.

I provar numera på att vara den hon är, utan att ta till åtgärder som att höja rösten eller prestera mer än andra och får respekt för det vilket ökar hennes självkänsla.

I upplever att det känns lättare och lättare att gå mot frisk efter som tiden går. Även om det finns bakslag märker I att hon mår bättre och bättre.

## **Frisk**

I anser att det att vara frisk från ätstörning handlar om att kunna tänka på mat på ett friskt sätt och äta utan problem, och att kunna ta itu med sina problem och motgångar.

I anser att hon numera har kontroll på sitt ätande på ett annat sätt än den tvångsmässighet hon hade runt mat när hon var sjuk. Numera kan I tacka ja och tack nej till mat, och äter inte för andras skull I tycker det är skönt att numera kunna säga nej eller ja när hon vill det.

När I numera möter andra som är sjuka i ätstörning och som pratar om mat och träning inser hon att hon är frisk. I vet att om hon håller aggression inom sig kommer hon må sämre när den äntligen kommer ut. I vet att hon kan bli utagerande och säga saker hon sedan ångrar om hon väntar för länge med att vädra sin aggression.

I kan i dag prata med sin familj om det som varit. I anser att hon numera har ett mycket bättre förhållande till sin pappa. I tänker att hon står rätt nära sin mamma vilket hon alltid gjort. I kommer numera mera överens med sin bror och är tacksam att han såg henne den gång då hon var sjuk.

I tänker att hon inte kan göra något ogjort men att hon kan göra något bra utav dom år som kommer framöver. I tänker att hon är stark i sig själv nu och att saker som rör vardagslivet inte kan rubba henne. I inser att livet inte är perfekt och att om något går fel kan man göra om det. I kan numera ta hand om sig när hon mår dåligt och komma ut starkare av att ha klarat av saker.

I tycker att hon blivit en starkare människa av att komma ur ätstörningen. I upplever att det är skönt att ha få vetskap om vem hon är och att hon kan stå för den hon är.