

VÄGEN TILLBAKA TILL HÄLSA VID ORTOREXI

En kvalitativ studie om upplevelser kring tillfrisknandet

Magisteravhandling

VÅRDVETENSKAP

Författare: Frida Norrén

Handledare: Anna K. Forsman

Åbo Akademi

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Hälsovetenskaper

Enheten för vårdvetenskap, 2018

ABSTRAKT
ÅBO AKADEMI

Fakulteten för pedagogik och välfärd
Institutionen för vårdvetenskap

Författare:
Handledare:

Frida Norrén
Akademilektor, Anna K. Forsman

Magisteravhandling

Vägen tillbaka till hälsa vid ortorexi –
En kvalitativ studie om upplevelser kring
tillfrisknandet

VÅRDVETENSKAP

Sökord:

Ortorexi, orthorexia nervosa, tillfrisknande,
ätstörning och upplevelse

Semptember 2018

Sidoantal: 72

Bilagor: 4

Syftet med den här studien inom vårdvetenskap är att undersöka hur personer som har haft ortorexi beskriver sina egna upplevelser kring tillfrisknandet och vad de anser kan vara avgörande faktorer för tillfrisknandet. Forskningsfrågorna är: Hur kan tillfrisknande från ortorexi upplevas? Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi? Totalt fem personer från Finland och Sverige har intervjuats och datamaterialet har analyserats med metoden kvalitativ innehållsanalys.

Analysen resulterade i fyra kategorier och två teman. Kategorierna "bristfällig förståelse av ortorexi" och "svårighet att bedöma tillfrisknandet" skapade temat "en utmanande psykisk process" och kategorierna "resurser för tillfrisknandet" och "hälsoförändringar" skapade temat "förbättrad hälsa". Kategorin "resurser för tillfrisknandet" ger svar på studiens andra frågeställning. En sammanvävd förståelse har skapats med spegling mot begreppen "hälsa" och "ohälsa" och gränsdragningen mellan dessa samt mot Erikssons hälsoteori och kärleks- och barmhärtighetstanken (caritas). Slutsatsen av studien är att tillfrisknande från ortorexi kan upplevas med blandade känslor, dels eftersom tillfrisknandet är en utmanande psykisk process som ger upphov till negativa känslor och dels eftersom tillfrisknandet medför en förbättrad hälsa i form av bland annat känslor av välbefinnande, frihet och njutning.

ABSTRACT
ÅBO AKADEMI UNIVERSITY

Faculty of Education and Welfare Studies
Department of Caring Science

Author:
Supervisor:

Frida Norrén
Senior lecturer, Anna K. Forsman

Master's thesis

The way back to health after orthorexia –
A qualitative study about recovery experiences

CARING SCIENCE

Keywords:

Orthorexia, orthorexia nervosa, recovery, eating disorder and experience

September 2018

Number of pages: 72 Appendices: 4

The aim of this study in Caring Science is to investigate how people who have had orthorexia describes their own experiences of recovery and what they consider could be determining factors for recovery. The research questions are: How can recovery from orthorexia be experienced? Which factors could be determining for recovery from orthorexia? A total of five people from Finland och Sweden have been interviewed and the data has been analyzed by the qualitative content analysis method.

The analysis resulted in four categories and two themes. The categories "inadequate understanding of orthorexia" and "difficulty in assessing the recovery" created the theme "a challenging mental process" and the categories "recovery resources" and "health changes" created the theme "improved health". The category "recovery resources" provides answers to the second question of the study. A coherent understanding has been created with a reflection on the concepts of "health" and "ill health" and the boundaries between them and against Eriksson's health-theory and the love- and mercy thought (caritas). The conclusion of the study is that recovery from orthorexia can be experienced with mixed emotions, partly because recovery is a challenging mental process that gives rise to negative emotions and partly because recovery contributes to improved health in terms of, for example, feelings of well-being, freedom and pleasure.

FÖRORD

För ungefär två år sedan påbörjade jag min utbildning vid Institutionen för vårdvetenskap vid Åbo Akademi. Under denna studietid har min förståelse av vårdandet fördjupats, jag har fått nya insikter och studierna har vidgat mitt intresse för människans hälsa.

Det blev i ett tidigt skede klart att ämnet för min magisteravhandling ska beröra det vårdvetenskapliga kärnbegreppet ”hälsa” och med tiden växte fenomenet ortorexi som avhandlingens intresseområde fram. Jag kände att detta är ett ämne som jag vill studera och som bör uppmärksammas i dagens samhälle. Trots att avhandlingsprocessen har varit lång och händelserik har den varit mycket givande. Jag hoppas att avhandlingen väcker tankar, känslor och att den är ett led i utvecklandet av kunskapen om ortorexi och dess tillfrisknande-process.

Jag vill börja med att rikta ett speciellt stort tack till deltagarna i studien. Utan er hade denna avhandling inte varit möjlig! Tack även till alla som hjälpte mig att informera om studien och tack till alla som uppmuntrat och stöttat mig under denna tid. Slutligen är jag oerhört tacksam för de råd och det stöd som min handledare, akademilektor Anna K. Forsman har gett mig. Annas sakkunniga och vänliga handledning har väglett och inspirerat mig i mitt skrivande.

Vasa, september 2018

Frida Norrén

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Abstrakt

Abstract

Förord

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING.....	3
2.1	Vad är ortorexi?.....	3
2.2	Diagnostisering och förekomst	4
2.3	Riskgrupper och riskfaktorer.....	10
2.4	Symptom och behandling.....	13
2.5	Tillfrisknande	15
2.5.1	Tillfrisknande från psykisk ohälsa	15
2.5.2	Tillfrisknande från en ätstörning.....	16
2.5.3	Tillfrisknande från ortorexi	19
2.5.4	Tillfrisknande från en ätstörning ur patientperspektiv	20
2.6	Motiv för studien.....	24
3	TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	26
3.1	Perspektiv på hälsa och ohälsa.....	26
3.1.1	Den biomedicinska hälsosynen	28
3.1.2	Den humanistiska hälsosynen	29
3.1.3	Den ontologiska hälsosynen.....	30
3.2	Gränsdragning mellan hälsa och sjukdom	33
3.3	Caritasmotivet	35
4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	37
5	STUDIENS FORSKNINGSPROCESS	38
5.1	Studiens design	38
5.2	Urval och deltagare	38
5.3	Datainsamlingsmetod.....	40
5.4	Analysmetod	42
6	ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR	44

7	RESULTAT	45
7.1	En utmanande psykisk process.....	45
7.1.1	Bristfällig förståelse av ortorexi.....	47
7.1.2	Svårighet att bedöma tillfrisknandet	49
7.2	Förbättrad hälsa.....	50
7.2.1	Resurser för tillfrisknandet.....	51
7.2.2	Hälsförändringar	54
8	DISKUSSION	58
8.1	En utmanande psykisk process.....	58
8.2	Förbättrad hälsa.....	62
9	KRITISK GRANSKNING.....	68
10	SLUTSATS.....	72

Litteraturförteckning

Förteckning över bilagor

Bilaga 1 Informationsbrev

Bilaga 2 Samtyckesformulär

Bilaga 3 Intervjuguide på svenska

Bilaga 4 Intervjuguide på finska

Förteckning över tabeller och figurer

Tabell 1 Studiens kategorier och teman

Figur 1 Upplevelser av att tillfriskna från ortorexi. Sammanfattning av studiens resultat.

1 INLEDNING

I dagens samhälle prioriteras att vara mån om sin hälsa och överallt kan vi se och läsa hur vi ska äta, träna och leva för att må bra. På sociala medier är en stor del av bilderna mat- eller kropps bilder, ofta med budskapet om hur vi borde äta eller hur dagens kroppsideal ser ut. Olika hälsotrender som skapas påverkar människor och för en del kan det ha negativa följder, i form av exempelvis utvecklandet av en ätstörning.

Psykisk ohälsa räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen. I den nationella folkhälsoenkäten av Socialstyrelsen år 2013 uppgav 20 % av kvinnorna och 14 % av männen att de upplevde ett nedsatt psykiskt välbefinnande. I synnerhet yngre kvinnor i åldern 16-29 rapporterade en hög grad av psykisk ohälsa. (Skärsäter, 2014.) Ätstörningar är ett exempel på psykisk ohälsa som i de flesta fall utvecklas under ungdomsåren speciellt bland kvinnor. Olika former av ätstörningar och träningsberoende är också vanligt inom idrotten. Ätstörningar är allvarliga störningar och de vanligaste ätstörningarna är anorexi, bulimi och hetsätstörning. Ofta lyfts även andra former av ätstörningar eller psykiska problem som inte utgör en självständig diagnos fram i medier. (Charpentier, Viljanen, Relander & Keski-Rahkonen, 2011; Isomaa, 2011.) Ortorexi är ett sådant samhällsfenomen som har blivit allt vanligare i västvärlden med kopplingar till rådande hälsorelaterade trender och värderingar, i en tid när jakten på perfekta kroppar, evig ungdom och topprestationer är vanligt förekommande (Lin & Grigorenko, 2014). Enligt Bratman (1997) innebär begreppet ”ortorexi” en besatthet av hälsosamt ätande för att uppnå ”optimal” hälsa och för att undvika sjukdom. I Finland och Sverige används ofta begreppet som en beteckning på strikt kosthållning i kombination med överdriven träning (t.ex. Rantschukoff, 2017). En person med ortorexi har ett tvångsmässigt behov av att vara överdrivet hälsosam och de hälsosamma livsstilsvalen är kopplade till kost och fysisk träning.

I den här avhandlingen är ortorexi intresseområdet, med en utgångspunkt i att ortorexi kan förstås som både en ät- och träningsstörning. Mitt personliga intresse för detta ämne har väckts i och med bland annat den rådande träningskulturen och det förändrade kroppsidealet. Förut var idealet inriktat på att vara smal, medan det idag är fokus på att vara vältränad. Jag upplever därför att många idag tränar mycket och äter hälsosamt för att ge intryck av att leva

hälsosamt och vara vältränad. Håman et al. (2017) påstår att gym är populära hälsofrämjande platser men att träningsrelaterade problem, ätstörningar och ortorektiska beteenden ökar.

Att leva hälsosamt är vanligtvis till fördel, men vad händer om det går till överdrift? Vad händer om fixeringen blir så extrem att kost och träning är det enda man tänker på och att det styr livet? Vad händer ifall man ständigt belastar kroppen med högintensiv träning och begränsar kosten till endast kalorisnåla födoämnen? Konsekvensen kan bli att det som egentligen var tänkt att skulle främja hälsa istället blir mera skadligt för hälsan. När en person inte kan finna ett balanserat förhållningssätt till sin livsstil gällande kost och motion kan det leda till en ohälsosam fixering och det benämns ortorexi. Symptomen vid ortorexi kan vara kroppslig belastning, stark oro, sömnproblem, tvångsmässigt beteende och självbestraffning. Symptomen leder på sikt till försämrade fysisk prestationsförmåga, skador, minskat psykiskt välbefinnande och försämrade livskvalitet. I likhet med andra beroenden ökar toleransgraden vid ortorexi, vilket leder till att kraven på nyttiga livsmedel och en allt högre träningsdos ökar, bland annat för att kunna dämpa ångest och uppleva välbehag. (Lin & Grigorenko, 2014.)

Att hitta tillbaka till en balans i beteendet och ens levnadsvanor kan vara en utmaning. Med den här avhandlingen vill jag därför undersöka och beskriva hur personer som har tillfrisknat från ortorexi upplevde sitt tillfrisknande, och vilka faktorer de anser kan vara avgörande för tillfrisknandet. Avhandlingen fokuserar inte på symptom vid ortorexi och hur de kan behandlas, utan på att förstå människan som försöker tillfriskna från ortorexi. Liknande symptom och situationer kan innebära olika saker för olika personer, och ge upphov till en rad olika känslor och tankar (Wiklund-Gustin, 2014).

2 BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING

I det här kapitlet ges en översikt över tidigare forskning som berör ämnet ortorexi, utifrån olika vetenskapliga områden. Den vetenskapliga forskning som hittas utgår från Bratmans (1997) definition enligt vilken ortorexi innebär en besatthet av hälsosamt ätande och renlevnad. En del forskning har studerat sambandet mellan ortorexi och fysisk träning och den presenteras i avsnitt 2.3. Eftersom forskning om ortorexi är begränsad och fenomenet kan vara okänt för många beskrivs inledande bakgrundsinformation om ortorexi (vad ortorexi innebär, diagnostisering, förekomst, riskgrupper, riskfaktorer, symptom och behandling) för att ge en helhetsbild över fenomenet. Därefter beskrivs begreppet tillfrisknande och forskning om tillfrisknande från en ätstörning.

Sökning av artiklar gjordes elektroniskt under september-december 2017 i Finna-portalen och mera specifikt i databaserna PubMed, PsycArticles (Ovid), Academic Search Premier och Cinahl (EBSCOHost). En kompletterande sökning gjordes i september 2018. Sökorden "orthorexia", "orthorexia nervosa", "recovery", "eating disorder" och "experience" i olika kombinationer användes. Via en del av artiklarnas referenslistor hittades användbara artiklar. Litteratursökningen gjordes på engelska, svenska och finska. Inkluderingskriterierna för artiklarna var att de är skrivna på finska, svenska eller engelska, att de är referee-granskade och att de är tillgängliga i databaserna med ett abstrakt eller i fulltext. Vid en sökning i Finna-portalen 9.9.2018 gav exempelvis sökordet "orthorexia" 174 referentgranskade träffar medan sökorden "orthorexia" AND "experience" AND "recovery" gav 13 referentgranskade träffar, varav ingen av artiklarna undersökte personers upplevelser av att tillfriskna från ortorexi.

2.1 Vad är ortorexi?

Begreppet "orthorexia nervosa", förkortat "ortorexi" myntades 1996 av en amerikansk läkare vid namn Steven Bratman. "Orthorexia nervosa" kommer från det grekiska ordet "ortho" som betyder 'rak' eller 'korrekt' och 'orexi' som betyder 'aptit' (Bratman, 1997). Bratman definierar ortorexi som en besatthet av att äta hälsosamt för att uppnå "optimal" hälsa och undvika sjukdom. Personer som har ortorexi följer en strikt diet och bestämda kostvanor för att undvika livsmedel som anses vara osunda eller orena. Dieter som vegansk kost, icke processade livsmedel och fettsnål mat är exempel på hälsosamma kosthållningar (Bratman, 2017). Hälsosam kost kan även relateras till hemlagat och användning av ekologiska

produkter (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2004). Nationalencyklopedin (2017) beskriver ortorexi som en tvångsmässig upptagenhet av opåverkbara föreställningar om ”naturlig” och hälsofrämjande föda, med åtföljande strikta kostvanor med många förbud. En fixering vid träning och låg kroppsvikt ingår ofta. Nationalencyklopedin (2017) påpekar att ortorexi inte är en medicinsk diagnos utan ingår i tillståndet ätstörningar och kan betraktas som en variant av anorexi.

Den första vetenskapliga artikeln om ortorexi publicerades år 2004 av Donini et al. Forskning om ortorexi är fortfarande begränsad men ämnesområdet har uppmärksammats. Enligt Missbach och Barthels (2017) hittades endast 47 publicerade artiklar vid en sökning 17.1.2017 och 70 % av artiklarna hade publicerats inom de fem senaste åren. Fenomenet har trots det spridit sig över världen via bland annat sociala medier, tidningar och böcker (Koven & Abry, 2015). Egna uppfattningar om vad ortorexi innebär har utvecklats, vilket Håman (2016) i Sverige har studerat i sin doktorsavhandling. Resultatet av hennes studier visar två versioner av vad ortorexi innefattar: en vetenskaplig version som innefattar hälsosamt ätande och en svensk populärversion som innefattar både hälsosamt ätande och överdriven fysisk träning. Det innebär att den kunskap som människor får via bland annat medier är olik den vetenskapliga kunskapen som finns om ortorexi. Båda versionerna kan dock förstås som en konsekvens av att vara extremt hälsosam. I avsnitt 2.3 beskrivs detta mera ingående.

2.2 Diagnostisering och förekomst

Ortorexi är inte en medicinsk diagnos enligt de internationella klassifikationerna som finns av sjukdomar och hälsoproblem. I ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)” är ätstörningarna anorexi, bulimi, hetsätning och andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom klassificerade med en egen diagnos inklusive diagnostiska kriterier. (American Psychiatric Association, 2013.)

Ätstörningar hör till gruppen psykosomatiska störningar och de tar sig i uttryck i ett stört ätbeteende med ett onormalt förhållande till mat, vikt och ofta också till motion. Den drabbade får ett förändrat psykiskt och fysiskt mående och vanligtvis en förvrängd uppfattning om den egna kroppen och sig själv. Personer med ätstörningar har ofta också andra psykiska problem, t.ex. depression, ångest, tvång och social isolering. Ett stört

ätbeteende kan vara utmanade att skilja från ett normalt ätbeteende men det är frågan om en störning i fall att symptomen visar sig i sådan omfattning att den drabbades hälsa, dagliga aktiviteter, studier och arbete blir lidande. En person med ätstörningar ägnar mycket tankeverksamhet till kost så att det stör vardagen. Problemen brukar anses som allvarliga när störningen tar upp merparten av individens tankar och när symptomen börjar styra viktiga val i livet. (Charpentier et al., 2011.)

Diagnosen ”anorexia nervosa” (aptitlöshet) innebär avsiktlig självsvält. Den drabbade upplever sig som överviktig och försöker på olika sätt minska sin vikt genom att svälta sig och undvika kalorier eller genom kräkningar, laxermedel eller överdriven motion. Med diagnosen ”bulimia nervosa” (bulimi) menas episoder med hetsätning av stora mängder mat, ofta i hemlighet, följt av kräkningar, missbruk av laxermedel och känslor av ångest, skuld och avsky inför sig själv. Precis som vid anorexi är personer med bulimi fixerade vid mat, vikt och utseende och de har en stark rädsla för att gå upp i vikt. Tillståndet bulimi kan följa efter en fas med anorexi. (American Psychiatric Association, 2013; Eriksson & Carlsson, 2001.)

En övergripande utmaning är att en stor andel av personer som söker hjälp för en ätstörning inte passar in i någon av de vanliga diagnostiska kriterierna i DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). För dessa patienter har man därför skapat kategorin ”ätstörning utan närmare specifikation” (ätstörning UNS). Ätstörning UNS saknar diagnostiska kriterier men till kategorin hör ätstörningar som är kliniskt tillräckligt allvarliga för att motivera sjukvård. Till kategorin hör bland annat patienter som uppfyller samtliga kriterier för anorexi, men som har kvar sin menstruation (atypisk anorexi) samt patienter som uppfyller alla kriterier för bulimi, men som hetsäter och kräks mindre än i genomsnitt två gånger per vecka. De ätstörningar som med jämna mellanrum lanseras av exempelvis medier, men som inte utgör en självständig ätstörningsdiagnos brukar också hänföras till denna kategori. Dessa är t.ex. muskeldysmorf (upplevelse att musklerna är mindre än vad de är), kroppsdysmorfisk störning (överdriven upplevelse av att det är något fel på kroppens utseende) och ortorexi. (Charpentier et al., 2011.) Michalska, Szejko, Jakubczyk och Wojnar (2016) anser att många som får diagnosen ätstörning UNS kan lida av ortorexi.

Enligt Varga, Dukay-Szabó, Túry och Van Furth (2013) och Håman (2016) har forskning om ortorexi hittills mest varit inriktad på studier som bland annat undersöker ortorexins förekomst, validerar mätinstrument samt identifierar ortorexi och riskgrupper. För att undersöka förekomsten av ortorexi har olika frågeformulär och instrument använts (Koven & Abry, 2015). I "Health Food Junkies" (Bratman & Knight, 2000) presenteras testet "the orthorexia self-test" (Bratmans ortorexitest, BOT). Det är ett enkelt test bestående av tio frågor med ja eller nej svarsalternativ för att kartlägga när tvånget att äta korrekt övergår i en störning. De som svarar ja på mer än fyra till fem av frågorna behöver sannolikt få en mer avslappnad attityd till kost och de som svarar ja på alla frågor har ett tydligt tvångsmässigt förhållande till hälsosamma kostvanor (Bratman & Knight, 2000; Rössner, 2004). Bratmans frågeformulär är inte ett validerat instrument och det har använts i ett begränsat antal studier (Varga et al., 2013). Donini, Marsili, Graziani, Imbriale och Cannella (2005) har utvecklat ett validerat diagnostiskt mätinstrument, ORTO-15, som har använts i de flesta studierna om ortorexi. ORTO-15 är en modifierad version av det första frågeformuläret, med totalt 15 frågor som avser undersöka ett tvångsmässigt förhållningssätt till att välja, inhandla, förbereda och äta mat som betraktas som hälsosamma (Donini et al., 2005). Därtill har det gjorts försök att öka frågeformulärets reliabilitet, genom att utveckla och översätta ORTO-15 för vissa populationer i specifika länder. Översättningen har motiverats utifrån kulturella skillnader. (Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry & Van Furth, 2014.) Utformningen och användningen av olika frågeformulär för diagnostisering av ortorexi har kritiserats inom forskningen eftersom det försvårar jämförandet av olika resultat (Koven & Abry, 2015; Alvarenga, Martins, Sato, Vargas, Philippi, & Scagliusi, 2012). Koven och Abry (2015) betonar att frågeformulären inte är tillförlitliga instrument för diagnostisering av ortorexi eftersom de inte fångar de tvångsmässiga aspekterna. Vidare menar Dunn och Bratman (2016) att det saknas mätinstrument som kan konstatera störningar i det dagliga funktionssättet eller hälsoproblem på grund av kost. Dunn och Bratman (2016) påpekar att det kan vara utmanande att bestämma när ett visst beteende kan beskrivas som extremt eller atypiskt men ännu inte patologiskt. Roncero, Barrada och Perpiñá (2017) menar att ORTO-15 kan konstatera personer som följer dieter men att det inte är effektivt för att upptäcka svårighetsgraden av ortorektiska beteenden eller attityder. Samtliga forskare ser vikten av ett fungerande mätverktyg för att enklare kunna förstå risker och konsekvenser med ortorexi. Forskarna är eniga om att bättre instrument behövs för fortsatt forskning.

Trots avsaknad av tillräckligt tillförlitliga mätinstrument samt diagnostiska kriterier för att påvisa förekomsten av ortorexi har det gjorts försök att få en bild av förekomsten. Enligt Dunn och Bratman (2016) varierar förekomsten av ortorexi kraftigt från 6 % i en italiensk studie till 88,7 % i en studie där kvinnliga dietister i Brasilien var urvalet. Dunn och Bratman (2016) menar att de flesta studier regelbundet rapporterar mellan 30 % och 70 % när förekomsten av ortorexi undersöks. Den italienska och brasilianska studien är gjord på specifika grupper och förekomsten av ortorexi är mer sällsynt bland befolkningen i allmänhet. Dunn, Gibbs, Whitney och Starosta (2017) har till exempel undersökt prevalensen bland amerikanska studenter och i deras studie var förekomsten av ortorexi endast 1 %. Den höga prevalensen i vissa studier och variationen i prevalensstudierna förklarar att det fortfarande saknas tillförlitliga och fungerande mätinstrument för att ge en tydlig bild av förekomsten (Dunn & Bratman, 2016; Bundros, Clifford, Silliman & Neyman Morris, 2016; Roncero et al., 2017).

På grund av avsaknad av enhetliga diagnostiska kriterier och en enhetlig definition för ortorexi samt eftersom forskningen är begränsad (Chaki, Pal & Bandyopadhyay, 2013; Koven & Abry, 2015) har man inte kunnat fastställa ortorexi som ett unikt fenomen med en egen diagnos. Forskning och klinisk verksamhet har ifrågasatt om ortorexi borde betraktas som en ätstörning (Rössner, 2004), ett beteende missbruk (Marazziti, Presta, Baroni, Silvestri & Dell'Osso, 2014), en form av social trend (Håman, 2016) eller endast en extrem kostvana (Varga et al., 2013). Enligt Koven och Abry (2015) är ortorexi i litteraturen känd som en ätstörning eller ett tvångssyndrom. Ett tvångssyndrom, förkortat OCD (Obsessive Compulsive Disorder), är enligt American Psychiatric Association (2013) en psykiatrisk diagnos som kännetecknas av tvångstankar och tvångshandlingar. Koven och Abry (2015) anser att överlappningar och relationer mellan ortorexi, diagnostiska ätstörningar och tvångssyndrom (OCD) behöver studeras mer ingående för att ortorexi i framtiden ska betraktas som ett unikt fenomen (se figur över överlappande kännetecken mellan ortorexi, anorexi och OCD enligt Koven & Abry, 2015). En studie gjord av Segura-Garcia, Ramacciotti, Rania, Aloï, Caroleo, Bruni, Gazzarrini, Sinopoli och De Fazio (2015) visar exempelvis att att höga poäng av ORTO-15 kan vara vanligt förekommande bland patienter med anorexi och bulimi och att poängen dessutom kan öka efter behandling. Segura-Garcia et al. (2015) menar att ortorexi verkar vara sammankopplad både med den kliniska förbättringen av anorexi och bulimi och migrering mot mindre allvarliga former av

ätstörningar. De anser det nödvändigt att klargöra om kvarstående ortorektiska symptom kan leda till ett större antal återfall och återkommande ätstörningar. En annan studie visade ett utmärkande samband mellan högre poäng av ORTO-15 och högre poäng vid instrument som mäter ätstörningssymptom och symptom på tvångssyndrom (Asil & Sürücüoğlu, 2015). Barthels, Meyer, Huber och Pietrowsky (2017) har också studerat förhållandet mellan anorektiskt och ortorektiskt ätbeteende och deras studie visar att personer med ortorektiskt ätbeteende är mer benägna att äta hälsosam mat utan att tänka på kaloriinnehåll. Vidare drar forskarna slutsatsen att ett ortorektiskt ätbeteende hos anorektiska personer kan fungera som en strategi för att handskas med sina besvär. Varga et al. (2013) anser att då det finns överlappningar föreslås ortorexi som en samsjuklighet till anorexi, bulimi och ätstörning UNS. Det första kännetecknet och det mest centrala vid ortorexi är fokus på matkvalitet och inte specifikt på viktnedgång. Forskare menar å andra sidan att fokus på livsmedelskvalitet också kan ses bland personer med exempelvis anorexi. (Varga et al., 2013.)

Trots överlappningar mellan ortorexi och diagnostiska ätstörningar anser Bratman (2014), Nevin och Vartanian (2017) och Missbach och Barthels (2017) att ortorexi bör särskiljas från anorexi eftersom ortorexi används för att benämna en person som har en besatthet av rena livsmedel med hög kvalitet. Personer med ortorexi förändrar sina ätmönster för att förbättra sin hälsa och för att känna sig rena. Vidare anser personer med ortorexi att deras kostvanor är dygdiga och hälsosamma, med hänvisning till etiska skäl, och de kan till och med stolt diskutera sina dieter eftersom de tror att ätbeteendet symboliserar moralisk överlägsenhet. I motsats till ortorexi begränsar personer som har anorexi sitt kostintag eftersom de är rädda för att gå upp i vikt och de döljer även ofta sitt begränsade kostintag. Enligt Dunn och Bratman (2016) finns det vetenskapligt bevis på att ortorexi förekommer och att skillnader kan ses mellan exempelvis anorexi och ortorexi. Zamora, Bonaecha, Sanchez och Rial (2005), Park, Kim, Go, Jeon, Pyo och Kwon (2011), Saddichha, Babu och Chandra, (2012), Moroze, Dunn, Holland, Yager & Weintraub (2015) och Nauta, Toxopeus och EEkhoffs (2016) fallstudier beskriver personer som har ett ohälsosamt förhållande till kost för att främja hälsa. Forskarna i studierna anser att personerna lider av ortorexi. Personerna önskade inte gå ner i vikt och ingen av dem hade typiska anorexibeteenden eller förvrängd kroppsbild. (Dunn & Bratman, 2016.)

Zamora et al. (2005) beskriver en 28-årig kvinna med undernäring, hypoproteinemi, vitamin B12-underskott och ett BMI på 10,7. Kvinnan saknade typiska anorexibeteenden eftersom hon varken önskade vara smal eller hade en förvrängd kroppsbild. Kvinnans obsessiva tankar kretsade inte kring vikten, utan snarare om livsmedlen är hälsosamma enligt hennes kriterier. Hon varken kräktes eller var hyperaktiv. Hon ansåg att olika typer av proteiner eller näringsämnen i samma måltid bildade toxiner som skulle undvikas. Hon ansåg vidare att "raw food- dieten" var lämplig eftersom frön faller till jorden på ett naturligt sätt. Park et al. (2011) berättar om en 30-årig man som begränsade sin diet till 3-4 skedar brunt ris och färska grönsaker för att behandla tics vilket resulterade i allvarliga medicinska konsekvenser, såsom metabolisk acidosis, pneumothorax och pancytopeni. Han hade inte heller förvrängd kroppsbild eller oro över att vara överviktig. Saddichha et al. (2012) beskriver en 33-årig kvinna som i åtta år hade försökt upprätthålla en diet av endast färsk frukt, råa grönsaker och råa ägg. Patienten rapporterade inte bekymmer om kroppstyp eller vikt, men att hon blivit besatt av hälsosamt ätande. Hon trodde att näringen försvinner när livsmedel tillreds. Kvinnan sade upp kontakten med vänner och familj och utvecklade ett BMI på 14,5 som krävde medicinsk behandling. I Moroze et al:s (2015) studie beskrivs en 28-årig man som endast åt egengjorda "proteinshakes" innehållande rena aminopulver. Han undvek att köpa färdiga "shakes" eftersom de hade onödiga tillsatser. Mannes kostbegränsning ledde till allvarlig undernäring med ett BMI på 12,3. Han ansåg att hans kropp var ett "tempel" och att hans kost var utformad för att ge honom de "rena byggstenarna" som han behövde för att vara frisk. Patienten var diagnostiserad med ätstörningen UNS (utan närmare specifikation) trots att han inte hade förvrängd kroppsbild eller oro över sin vikt (Michalska et al., 2016). Nauta et al.'s (2016) studie beskriver en 71-årig man som hade tagits in på sjukhus med hjärtsvikt, kakexi och biokemiska störningar på grund av att hans kost endast bestod av grönsaker, olja och vatten. Mannens diet var en följd av en överdriven betoning på hälsa och patienten uppfyllde inte kriterier för en ätstörning eller annan psykisk störning i DSM-5. Nauta et al. (2016) anser att undernäring på grund av fixerade hälsodietter är ett underskattat medicinskt problem och att det inte finns någon specifik psykopatologisk störning som täcker beteendet.

2.3 Riskgrupper och riskfaktorer

Enligt Håman (2016) har förekomsten av ortorexi främst undersökts i specifika områden, framförallt inom medicin och näringslära. En studie gjord av Brytek-Matera, Rogoza, Gramaglia och Zappugno (2015) visar att kvinnliga studenter inom pedagogik, psykologi och näringslära fick höga poäng i frågeformuläret ORTO-15. Andra studier visar också att individer som kommer i kontakt med näring och hälsa via yrket eller fritidsaktiviteterna löper större risk att utveckla ortorexi (t.ex. Tremelling, Sandron, Vega & Mcadams, 2017; Aksoydan & Camci, 2009; Segura-Garcia, Papaiani, Caglioti, Procopio, Nisticò, Bombardiere, Ammendolia, Rizza, Fazio & Caprancia, 2012; Herranz Valera, Acuña Ruiz, Romero Valdespino & Visoli, 2014, Asil & Sürücüoğlu, 2015; Bo, Zoccali, Ponzo, Soldati, De Carli, Benso, Fea, Rainoldi, Durazzo, Fassino & Abbate-Daga, 2014). Grupperna i studierna är bland annat sjukvårdspersonal, dietister, studenter som läser medicin eller näringslära, scenkonstnärer och idrottsutövare. Aksoydan och Camci (2009) menar att dessa individer kan vara särskilt känsliga för problem som rör hälsa och näring, de kan känna press på att vara förebilder för en hälsosam livsstil och de kan ha tendenser till perfektionism.

Under de senaste åren har det gjorts forskningar om sambandet mellan ortorexi och personlighet för att lyfta fram riskgrupper. Til exempel Oberle, Samaghabidi och Hughes (2017) har bland 459 studenter i USA studerat om ortorexi har ett samband med självkänsla, narcissism och perfektionism. Studien visar att narcissism och perfektionism har samband med flera ortorexisymptom hos både män och kvinnor. Barnes och Caltabiano (2017) har också studerat om perfektionism, kroppsuppfattning och självkänsla är prediktorer för ortorexi bland 220 deltagare i Australien. Studien visar att ortorexi liknar anorexi och bulimi i fråga om perfektionism och kroppsuppfattning, men studien visar inget samband mellan ortorexi och självkänsla. Studien visar också att en långvarig ätstörning kan leda till ortorexi. Forskarna i studien menar att dessa resultat tyder på att anorexi, bulimi och ortorexi kan vara i samma spektrum av stört ätbeteende. En annan studie visar också ett samband mellan ortorexi och oro över den egna kroppen hos kvinnor (Brytek-Matera, Fonte, Poggiogalle, Donini & Cena, 2017). Turner och Lefevre (2017) har undersökt Instagrams negativa effekter på kroppsbild, social jämförelse och ortorexi. Studien visar att mer Instagramanvändning var sammankopplad med en större tendens till ortorexi, vilket innebär att sociala medier kan ha en negativ påverkan på det psykiska välbefinnandet. På grund av olika resultat i studier om

ortorexi menar Koven och Abry (2015) att det inte går att presentera en tydlig bild av förekomsten av ortorexi utifrån kön och ålder. I de flesta studier finns det inte heller något samband mellan BMI (kroppsmasseindex) och ortorexi.

Sambandet mellan fysisk träning och ortorexi har fått begränsad uppmärksamhet inom forskningen (Håman, Barker-Ruchti, Patriksson och Lindgren, 2015). Ett fåtal studier har studerat denna relation. Eriksson, Baigi, Marklund och Lindgrens (2008) studie med 251 gymdeltagare visar att högre poäng av BOT (Bratmans ortorexitest) uppgavs bland män som strävar efter en muskulös kropp och hos kvinnor med högre träningsfrekvens, social fysisk ångest och strävan efter en smal kropp. Andra studier visar också att idrottsutövare kan ha förhöjd risk att utveckla ortorexi. Till exempel i studien av Aksoydan och Camsi (2009) är förekomsten av ortorexi 32.1 % bland balettdansare och Herranz Valera et al.'s (2014) studie rapporterade hela 86 % bland yogautövare. Herranz Valera et al. (2014) menar att hög prevalens av ortorexi bland yogautövare i studien beror på att en strikt och hälsosam kosthållning kan vara en naturlig del av den livsstil som hör samman med yoga. I studien gjord av Varga et al. (2014) var höga poäng av ORTO-15 förknippad med mera sportaktivitet. Varga et al. (2014) anser att personer med ortorexi inte endast äter hälsosammare utan att det också är vanligt att personen har andra hälsosamma livsstilsvanor, såsom mera sportaktivitet och mindre alkoholintag. Segura-Garcia et al. (2012) menar att många idrottare har strikta kostvanor för att förbättra prestationsförmågan. Forskarna har därför studerat och jämfört förekomsten av ortorexi mellan idrottsutövare och stillasittande personer. Studien rapporterar att idrottsutövare löper större risk att få höga poäng i ortorexifrågeformulär. Studier av Bo et al. (2014) och Malmborg, Bremander, Olsson och Bergman (2017) visar att personer som studerar idrott också lättare kan utveckla ortorexi. Förekomsten av ortorexi i en skola inriktad på idrott var 26,5% (Bo et al., 2014) och studeranden i idrottsvetenskap fick högre poäng av ORTO-15 jämfört med ekonomistuderanden (Malmborg et al. 2017). Ortorexi i kombination med hög nivå av fysisk aktivitet förekom mest hos män som studerade idrott medan ortorexi förekom minst hos kvinnliga ekonomistuderanden (Malmborg et al., 2017).

Eftersom forskning om samband mellan ortorexi och fysisk träning är begränsad menar Håman et al. (2015) att det är oklart om sport och motion ska relateras till ortorexi samt vilken roll motion kan ha i samband med ortorexi. Forskarna anser att det finns behov av att granska motionens roll i relation till ortorexi och att redogöra för problematisering av ortorektiska

beteenden i sportsammanhang. Bratman (2015) anser å andra sidan att människor som anses ha ortorexi kan vara motionsentusiaster och träningsberoende men att fysisk träning inte utgör en slutgiltig del av ortorexi. Bratman menar att termen ”orthorexia nervosa” hänvisar till besatthet av hälsosam diet, inte till motion. Håman, Barker-Ruchti, Patriksson och Lingren (2016) uppmärksammar att det finns olika uppfattningar mellan Sverige och övriga världen kring vad begreppet ortorexi innefattar. De påstår att i svenska medier har överdriven fysisk träning en central roll i förhållande till ortorexi. Forskarna har genom att analysera 166 artiklar mellan åren 1998 och 2013 i media i Sverige undersökt vad ortorexi innefattar. Två trendskiten kunde identifieras i artiklarna, år 2004 blev fysisk träning en del av fenomenet ortorexi och år 2013 beskrevs extrema träningstrender påverka ökningen av ortorexi. Resultaten i studien visar att svenska medier utökar Bratmans definition och avbildar ortorexi för att beskriva flera olika beteendemässiga egenskaper. Vidare har Håman, Lindgren och Prell (2017) i Sverige undersökt personliga tränares förståelse av hälsosam och ohälsosam fysisk träning och ätbeteende i relation till ortorexi. Studien visar att personliga tränare anser att ortorexi inkluderar överdriven och obsessivt tillvägagångssätt för kost och ätande, ohälsosam och överdriven motion samt en extrem strävan efter en tränad kropp. De personliga tränarna bekräftar att extrema beteenden är en förklaring av den extrema träningsutvecklingen i samhället. Utgående från artiklarna Eriksson et al. (2008), Håman et al. (2015), Håman et al. (2016) och Håman et al. (2017) har Håman (2016) skrivit en doktorsavhandling i syfte att belysa, utforska och problematisera hur ortorexi beskrivs, förstås och rapporteras. Resultaten visar två versioner av förståelse för ortorexi: en vetenskaplig version som innefattar hälsosamt ätande och en svensk populärversion som innefattar både hälsosamt ätande och överdriven fysisk träning.

Att förstå ortorexi som både en ät- och träningsstörning innebär att den drabbade också är träningsberoende. Fenomenet träningsberoende saknar en giltig diagnos inom sjukvården men många studier har bekräftat fenomenet. Tvångsträningsbeteende beskrivs ofta hos personer med traditionella ätstörningar och symptomen för tvångsmässig träning och ätstörningar beskrivs ofta tillsammans eftersom de ofta uppkommer gemensamt. Personer som är beroende av fysisk träning tränar mer och mer men presterar och mår allt sämre, samtidigt som träningsstopp upplevs mycket ångestframkallande. Den fysiska träningen går från det sunda till det osunda och ett starkt driv att träna uppvisas oavsett trötthetsgrad (Lin & Grigorenko, 2014). Personer som är träningsberoende tränar överlag hårdare än individer

som inte är träningsberoende och för hård träning kan i slutändan leda till överträning (Adams & Kirkby, 2001). Överträning uppkommer när kroppen utsätts för en för hög belastning kombinerat med för lite återhämtning (Kenttä, Hassmén & Raglin, 2001). Träningsberoende har likhet med andra beroenden en återfallsrisk (Lin & Grigorenko, 2014). Rudolph (2017) har bland 559 män och 449 kvinnor som är aktiva medlemmar på gym i Tyskland studerat kopplingen mellan träningsberoende och ortorexi. Av hela urvalet visar 10,2 % träningsberoende, 3,4 % uppvisar ortorexi och 2,3 % är drabbade av båda. Således tyder Rudolphs resultat på ett samband mellan ortorexi och träningsberoende och de kvinnliga deltagarna uppvisar en högre korrelation jämfört med de manliga deltagarna. Rudolph (2017) påpekar att både träningsberoende och ortorexi verkar vara allvarliga fenomen och att det krävs ytterligare forskning.

2.4 Symptom och behandling

Trots avsaknad av långsiktiga empiriska studier om ortorexi menar Moroze et al. (2015), Bratman och Knight (2000) och Park et al. (2011) att det finns bevis på att denna extrema diet kan leda till liknande problematik som vid anorexi, det vill säga bland annat osteopeni, anemi, hyponatremi, metabolisk acidosis, panytopeni, testosteronbrist och bradykardi. Koven och Abry (2015) och Bratman (1997) påstår att ett beroende av strikt diet kan leda till näringsbrister, medicinska komplikationer och sämre livskvalitet. I extrema fall kan en ortorektiker föredra att svälta sig istället för att äta mat som de anser orena, ohälsosamma och skadliga för hälsan (Bratman & Knight, 2000). Personer med ortorexi upplever stark frustration när deras kostvanor störs, avsky när de inte äter ”rent” och skuld och självförakt när de inte håller sig till dieten (Mathieu, 2005). Personer med ortorexi koncentrerar sig på kvaliteten på livsmedlen, i motsats till mängden (Bratman, 1997) och mycket tid spenderas på att granska kostens innehållsförteckning, förpackning, ursprung och bearbetning (Donini et al. 2005). Bratman och Knight (2000) menar att ortorektiker önskar maximera sin fysiska hälsa och sitt välbefinnande snarare än på grund av religiösa övertygelser eller oro för miljö- eller djurskydd. Förutom måltiden spenderas mycket tid på att undersöka och väga mat, planera framtida måltider och fundera på kostrelaterade frågor. Beteendet blir restriktivt när det börjar störa personens livskvalitet och slutligen blir beteendet något som styr dem, i stället för något som de i början endast kontrollerade (Chaki et al., 2013). Sådan tvångsmässig besatthet påverkar inte bara den psykiska och fysiska hälsan hos den drabbade utan också

den sociala hälsan. Den förvrängda uppfattningen kan påverka de drabbades syn på andra och få dem att se ner på alla som inte har samma självdisciplin gällande kostvanor. En person som lider av ortorexi kan bli socialt isolerad eftersom de inte har samma kostvanor som andra och de har med sig egen mat vart de än går (Bratman & Knight, 2000).

Enligt Koven och Abry (2015) saknas vetenskapliga bevis för hur behandling av ortorexi kan genomföras på bästa sätt men att det finns förslag på vem och vad som borde ingå i behandlingen. Teamet skulle vara ett tvärvetenskapligt team bestående av läkare, psykoterapeuter och dietister (Borgida, 2011) med en kombination av medicinering, kognitiv beteendeterapi och psykoutbildning i noggrann övervakning inom öppenvården (Mathieu, 2005). Vid märkbar viktnedgång och undernäring kan personen behöva vårdas på sjukhus (Morozé et al., 2015). Gällande medicinering är serotoninåterupptagshämmare till hjälp vid ortorexi, med tanke på bevis för dess effektivitet vid både anorexi och OCD (Mathieu, 2005). Antipsykotika, såsom olanzapin har också framgångsrikt använts för att minska tvångstankar kring ätandet (Morozé et al., 2015). Man bör dock notera att personer med ortorexi kan förkasta läkemedel eftersom de anser de icke-naturliga (Mathieu, 2005). När psykoterapi övervägs bör terapin vara baserad på de symptom som är framträdande för den givna personen (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal & Merdol, 2008) och att fokus inte endast läggs på vad personen äter utan också på hur personen köper mat, förbereder måltider och vilka tankar som väcks kring den kost som intas (Boringa, 2011). Reaktionsförebyggande, eventuellt i samband med försök att ändra på personens vanor, kan vara mest framgångsrikt vid behandling av de obsessiva och tvångsmässiga aspekterna av ortorexi (Koven & Abry, 2015). Ätbeteendet kan förändras genom att personen äter med andra och deltar i fritidsaktiviteter som inte är relaterade till kost. Koven och Abry (2015) menar att avslappningsövningar för att lindra ångest kan vara till hjälp och att psykopedagogik om empirisk validerad dietvetenskap kan hjälpa personen att förstå felaktig kostuppfattning. För att kunna ge patientrådgivning behövs medvetenhet om de djupt emotionella aspekterna av kostuppfattning och livsmedelsval. Det kan exempelvis vara en utmaning för den drabbade att överge sina kostvanor när det har blivit en ideologi för personen.

2.5 Tillfrisknande

Tillfrisknande är ett centralt begrepp i den här avhandlingen. Olika definitioner av begreppet tillfrisknande förekommer och det kan innefatta och ha olika innebörd beroende på vem som definierar begreppet och vad man tillfrisknar ifrån. Amering och Schmolke (2009) lyfter fram olika definitioner på tillfrisknande. Tillfrisknande kan ses som en återvändning till ett normalt tillstånd, som något som har övervunnits eller återställts, som en handling, insats, process eller period av tillfrisknande eller som en process varifrån något användbart kan hämtas från i grunden värdelösa källor. Inom olika vetenskapliga discipliner kan olika begrepp också användas. Inom psykologin används till exempel ofta begreppet återhämtning. I denna studie har begreppet tillfrisknande valts eftersom svenskspråkig litteratur (t.ex. Norring & Clinton, 2009) ofta använder det begreppet i samband med ätstörningar.

I detta kapitel beskrivs inledande tillfrisknande från psykisk ohälsa eftersom ortorexi kan förstås som en psykisk sjukdom eller störning. Ortorexi kan också mera specifikt förstås som en ätstörning (Koven & Abry, 2015). Därför beskrivs tillfrisknande från ätstörningar mera ingående, och hur detta beskrivs ur patientperspektiv. Enligt min kännedom finns inga vetenskapliga forskningar om tillfrisknande från ortorexi. I Bratman och Knights (2000) litteratur (utan vetenskapliga referenser) lyfts dock ett avsnitt om tillfrisknande från ortorexi fram, vilket presenteras i avsnitt 2.5.3.

2.5.1 Tillfrisknande från psykisk ohälsa

Enligt Amering och Schmolke (2009) är Anthony's (1993) definition av tillfrisknande inom psykiatri välkänd. Anthony definierar tillfrisknande som en djupt personlig och unik process för att ändra attityder, värderingar, känslor, mål, färdigheter och roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och bidragande liv, även med begränsningar som orsakas av sjukdom. Tillfrisknande innebär utveckling av ny mening och syfte i sitt liv. Att tillfriskna från psykisk ohälsa betyder nödvändigtvis inte ett symptomfritt liv utan det kan innebära att kunna hantera symptom och leva ett accepterat liv. Tillfrisknande kan ses som en process med upp- och nedgångar. Tillfrisknande innebär ofta en omvandling av jaget, där ens begränsning accepteras och en ny värld av möjlighet upptäcks. En del symptom och svårigheter kan kvarstå men de överskuggar inte längre tillvaron. I detta sammanhang talas det om ett socialt tillfrisknande och en fortsatt kontakt med psykiatri kan upprätthållas.

Tillfrisknande kan också ses som ett tillstånd. Många personer som får en psykiatrisk diagnos går vidare i sina liv. Personerna har inte längre besvärande symtom och de lever ett vanligt liv utan kontakt med psykiatri, vilket kan ses som ett totalt tillfrisknande. (Amering & Schmolke 2009.)

2.5.2 Tillfrisknande från en ätstörning

Enligt Dawson, Rohdes och Touyz (2014) har forskare använt sig av två olika modeller vid undersökning av tillfrisknande från psykisk ohälsa. Den medicinska modellen har använts mest när det gäller ätstörningar. Den medicinska modellen ser tillfrisknande som ett objektivet ”botemedel”, ett tillstånd som definieras av att symptom saknas och att tillfrisknande innebär återgång till normal funktion. Den andra modellen, tillfrisknandemodellen, förespåkas av patienten som ser tillfrisknande som en del av en personlig resa, en produkt av egenmakt och som resulterar i förbättring av livskvalitet.

På grund av avsaknad av en tydlig definition och mätning av tillfrisknande vid ätstörningar varierar siffrorna på de som tillfrisknat (Norrington & Clinton, 2009; Dawson et al., 2014). Beroende på vem som definierar begreppet har tillfrisknande från ätstörningar också olika innebörd (Charpentier et al. 2011). Charpentier et al. (2011) skriver att många ätstörda patienter beskriver sitt tillfrisknade med ett vidare begrepp. Patienterna hoppas att sjukdomen för alltid är förbi, att deras studier, arbete och nära relationer har stabiliserats samt att ätande, kroppsvikt och tankar om den egna kroppen inte längre är av stor betydelse. Enligt Dawson et al. (2014) varierar också definitionskriterier mellan olika studier. I resultat- och behandlingsstudier definieras ofta tillfrisknande som att de drabbade inte längre uppfyller erkända diagnostiska kriterier i DSM. Teoretiskt sätt är gränsen mellan frisk och sjuk från en ätstörning därför tydlig. Om en person uppfyller alla kriterier för en ätstörningsdiagnos i DSM är personen drabbad av sjukdomen. Om personen inte längre uppfyller ett av kriterierna för diagnosen har personen inte diagnosen. Kriterier för tillfrisknande innehåller både krav på återställning av fysiologiska och psykologiska faktorer men en utmaning med DSM's kriterier är att det inte anges hur länge en individ ska ha varit symptomfri för att anses ”fullt tillfrisknad”. (Noordenbos, 2011.) En annan aspekt som problematiserar tillfrisknande från en ätstörning är att gränsen mellan att ha och att inte ha en ätstörning är otydlig. Den drabbade kan länge efter symptomreduktion fortfarande vara känslig för ätstörningar och ha psykiska problem, till exempel ångest och depression eller symptom som leder till kriterier för

ätstörning UNS. (Waller, 2008.) Enligt Charpentier et al. (2011) visar forskning gjord i Finland att när läkare anser någon symptomfri kan fortfarande en omfattande psykologisk och social återhämtningsprocess råda. De fysiska symptomen brukar oftast vara de första tecknen på förbättring, det vill säga att normalvikten stabiliseras och att menstruationen och de könshormonella funktionerna återställs. När de fysiska symptomen har avtagit upphör ofta den mest intensiva behandlingen på en specialistklinik. De psykiska symptomen, dvs. en förvrängd kroppsbild, en alltför sträng självkritik, ångest och problem med självkänslan är sällan fullständigt frånvarande när den egentliga behandlingen upphör. Charpentier et al. (2011) menar att ett viktigt mål med ätstörningsbehandling är att lära patienten fungera som sin egen terapeut eftersom många år kan gå innan en psykisk rehabilitering är avslutad. Tillfrisknande från en ätstörning är alltså ofta tidskrävande och symptom relaterade till ätstörningar varar genomsnittligt sammanlagt några år. Charpentier et al. (2011) påpekar vidare att i ett tidigt skede av tillfrisknandet är återfall även vanligt och att det är ovanligt att tillfriskna från en ätstörning utan återfall. Ett återfall innebär inte ett misslyckande utan det är en viktig del av tillfrisknandet. Återfall ska i stället ses som möjligheter att förstå vad som är fungerande för sig själv och som ett normalt led i tillfrisknandet (Hall & Ostroff, 1998). Vid återfall menar Charpentier et al. (2011) att det är viktigt att fort försöka förstå vad återfallet berodde på, att se framåt och så fort som möjligt återgå till metoder som varit fungerande före bakslaget. Symptom som tillfälligt återkommer betyder inte att utvecklingen går bakåt utan det är en fas av processen. När återfall inträffar är det viktigt att inte förlora hoppet och uppleva det som ett misslyckande, utan istället så fort som möjligt kämpa vidare. I allmänhet anses en person tillfrisknad när personen har återfått sin normalvikt, har regelbundna menstruationer och normal könshormonell funktion, som varken hetsätter eller regelbundet ägnar sig åt självrensning och som inte längre har en allvarlig förvriden syn på sin vikt och kropp (Charpentier et al., 2011). Noordenbos (2013) anser att för att kunna tillfriskna från en ätstörning behöver många aspekter i livsstilen ändras, inte endast ätbeteende och vikt, utan också personens självutveckling, kroppshållning, känslor och relationer med andra. Noordenbos (2013) menar också att för fullständigt tillfrisknande från en ätstörning bör inte bara symptomen minskas utan de underliggande faktorerna som har bidragit till utvecklingen av ätstörningen bör också lindras. Totalt tillfrisknande innebär att personen äter rätt mängd mat och upprätthåller en hälsosam vikt, samtidigt som personen har en positiv kroppsinställning, en ökad självkänsla och bättre känslomässiga och sociala

hanteringsstrategier. Dessutom behöver också sjukdomar som kan förekomma samtidigt minskas, såsom depression, personlighetsstörning eller alkoholmissbruk.

Enligt Noordenbos (2013) visar forskning att de flesta patienter kan tillfriskna från sin ätstörning och full återhämtning är möjlig för många patienter. I allmänhet tillfrisknar 50 % av patienterna med anorexi och bulimi, 30 % förbättras och 20 % förblir sjuka. Hos ungdomar är tillfrisknandeprocenten hela 85 %. Charpentier et al. (2011) menar att det enligt statistik är mer sannolikt att fullständigt tillfrisknande från en ätstörning är möjlig, än att sjukdomen blir långdragen eller bestående. Av ätstörningspatienter tillfrisknar 80 procent så väl att de kan leva ett vanligt liv. Norring och Clinton (2009) hävdar också att utfallet för de flesta patienter med ätstörningar är generellt gynnsamt, åtminstone på sikt. Även efter många år med en ätstörning är det möjligt att bli bättre. Ätstörningar kan dock också vara svårbehandlade problem med risk för förhöjd dödlighet eller långvarigt lidande. De fysiska, psykiska och sociala konsekvenserna av ätstörningen kan kvarstå även efter att symptomen har förbättrats. Norring och Clinton (2009) och Eriksson och Carlsson (2001) anser att tillfrisknandet framskrider varierande bland de som drabbas och att det är svårt att förutsäga hur tillfrisknandet framskrider i det enskilda fallet. Vilka personer som tillfrisknar och vem som kommer att leva hela livet med en ätstörning är därav omöjligt att förutspå. Det finns en del ätstörda som inte får rätt diagnos, till exempel när ätstörningen ses som en depression, somatiseringsstörning eller något annat. Det finns också personer som är ätstörda men som inte söker hjälp. Dessa personer blir eventuellt på grund av ett normalt yttre beteende inte heller upptäckta av vänner och anhöriga. (Eriksson & Carlsson, 2001). Alla patienter kan således tyvärr inte tillfriskna från sin ätstörning. Noordenbos (2013) anser att faktorer som hämmar tillfrisknande är bland annat en sen diagnos, sen och otillräcklig behandling som endast fokuserar på partiell återhämtning (såsom kost och viktökning), brist på eftervård och bristfälliga strategier för att förhindra återfall. Enligt Charpentier et al. (2011) får personer som tidigt söker vård och som får intensiv behandling en förbättrad prognos. Ju längre en person har haft en ätstörning, desto svårare är det att ändra kostvanor och minska de fysiska, psykologiska och sociala konsekvenserna (Noordenbos, 2013). Enligt Charpentier et al. (2011) kan en del personer som inte söker professionell vård ändå tillfriskna, till exempel efter en avgörande förändring. Ett nytt intresse, en ny relation, ett nytt arbete eller flytt till annan ort kan vara avgörande för tillfrisknande. För en del personer kan också hot om behandling kännas avskräckande att det leder till utveckling mot ett

tillfriskande. Hall och Ostroff (1998) menar att de som är uppriktiga i sin önskan om att bli friska och de som är motiverade att tillfriskna har en god chans att fullständigt återvinna anorexi, eller åtminstone förbättra sin nuvarande situation.

2.5.3 Tillfrisknande från ortorexi

Bratman och Knight (2000) beskriver olika steg som kan vara effektiva vid tillfrisknande från ortorexi. De ser ortorexi som en besatthet av hälsosamt ätande och därför lyfter det här avsnittet endast fram vad som kan vara till hjälp för att återfå en mer hälsosam livsstil gällande levnadsvanor som berör kost.

Bratman och Knight (2000) menar att första steget mot tillfrisknande vid ortorexi är att inse att ett ständigt tänkande på hälsosam kost nedsätter välbefinnandet och att besattheten skapar trötthet. Det behövs en förståelse för att den hälsosamma kosthållningen leder till sjukdom och att den inte är ett tecken på ens dygd. En planerad process kan vara till hjälp, till exempel genom att lista negativa följder som ortorexin skapat för en själv och för andra. Listan kan fungera som en påminnelse om att ortorexi inte är önskvärt i situationer när tvivel om det verkligen är värt att släppa taget om ens tidigare livsstil uppstår.

Det andra steget som Bratman och Knight (2000) beskriver, efter erkännande för sig själv att det är en sjukdom och att besatthet av hälsosam kost skapar trötthet, är att identifiera orsakerna till sjukdomen. Att förstå vad som håller en tillbaka gör det lättare att tillfriskna. Orsaken kan vara en önskan om att börja äta hälsosammare och att det hälsosamma ätandet ”gick för långt”, men ofta kan det också vara andra orsaker inblandade. Det kan bland annat vara en förvrängd syn på att sjukdom kan förhindras genom att äta hälsosamt, en tro på att ens liv är under fullständig kontroll genom att äta hälsosamt eller att ens hälsosamma diet är ett sätt att uppnå samhällets kroppsideal utan att man vill erkänna det för sig själv. Andra orsaker kan vara att skapa en avvikande identitet för att bli sedd i samhället, att uppnå andlig tillfredställelse eller att uppnå en form av asketisk livsstil. Enligt Bratman och Knight (2000) innebär en asketisk livsstil att man anser att man förtjänar att besraffas och att man därför njuter av att ha en sträng disciplin och självbehärskning.

Psykoterapi kan vara effektivt för att bättre förstå orsaken till beteendet. Efter att ha accepterat att det är frågan om ortorexi och när man har bestämt sig att ha en mer ”normal” livsstil gällande kostvanor behövs en förståelse för hurdana förändringar som fungerar. Att lära sig att följa en medelväg och att göra det naturligt kan vara utmanande, påpekar Bratman och Knight (2000). De lyfter fram, utgående från personliga erfarenheter, att det kan vara effektivt att försöka följa recept utan att göra egna ändringar, att be vänner om råd eller att äta hälsosamt men ibland kunna äta det som bjuds. Den viktigaste principen är att inte göra för drastiska förändringar på en gång, utan i stället långsamt och i små steg bryta det fixerade ätbeteendet. Exempelvis kan mycket skuld upplevas vid intag av endast ”skräpmat”. Avgörande för tillfrisknande från ortorexi är även en insikt om att ingen människa är perfekt och att nyckeln till hälsa är balans och inte extremism.

2.5.4 Tillfrisknande från en ätstörning ur patientperspektiv

Det är tydligt att tillfrisknande från ätstörningar är ett komplext fenomen och specifikt tillfrisknande från anorexi har undersökts utifrån en del olika tillvägagångssätt. Den största delen av forskningen inom området har gjorts inom psykologi och medicin. Dessa inriktningar följer i stor utsträckning en medicinsk modell för hur man kan tillfriskna. Mest kvantitativa studier har gjorts som fokuserar på sannolikheten för återhämtning och återfall, men också en del kvalitativa undersökningar har gjorts för att förstå patienternas erfarenheter och upplevelser. Dessa kvalitativa studier om tillfrisknande från anorexi har identifierat teman såsom stödjande relationer, familj, beslutsamhet, självförtroende, självkänedom, självacceptans, motivation att förändras och att bli förstodd (Dawson et al., 2014). Jenkins och Odgen (2012) påpekar att kvalitativa studier visar att tillfrisknande från en ätstörning är en unik och subjektiv process, som omfattar personens självkänsla och hur personen kan hantera och kontrollera sitt liv. Jenkins och Odgen (2012) menar vidare att kliniska verksamheter och forskare försöker identifiera och bedöma mera objektiva aspekter av tillfrisknande, medan patienters uppfattning är mer komplex och subjektiv till sin natur.

Hannon, Eunson och Munro (2017) har till exempel undersökt erfarenheter av förändring bland patienter med allvarlig anorexi för att förstå de processer som är involverade i förändring och vad som kan vara hinder för förändring. Fem personer deltog i studien, tre av dem var på olika stadier av tillfrisknande och två av dem gjorde ingen positiv förändring mot

ett tillfrisknande. De två deltagarna som inte gjorde en positiv förändring var självkritiska gällande sitt utseende, de kände sig ensamma och isolerade och de upplevde hopplöshet ju längre tid de fick behandling med liten eller ingen förändring. Vidare kände de sig instängda, rädda, i konflikt och de fruktade att släppa kontrollen. Det ledde till att det fortsatte så utan förändring. Att inte gå mot ett tillfrisknande upplevdes som extremt frustrerande och ibland som en plågende situation. Deltagarna som var på olika stadier av tillfrisknande reflekterar en resa från självberövande till självtillfredsställelse, från självkritik mot självacceptans, från isolering till samband, från kontroll av perfektionism till flexibilitet och från att inte möta behov till att möta behov. En resa från allvarlig anorexi till ett bättre liv är alltså möjlig, anser Hannon et al. (2017). En studie av Dawson et al. (2014) visar också att fullständigt tillfrisknande är möjligt och studiens resultat betonar vikten av hopp, motivation, tro på sin egen förmåga och stöd från andra i tillfrisknandeprocessen. Studien har undersökt tillfrisknandeprocessen över tiden utgående från åtta kvinnor som tillfrisknat fullständigt från kronisk anorexi. Deltagarna berättade sin historia om tillfrisknandeprocessen och processen identifierades som en lång och komplex process som sträckte sig över fyra faser: att vara oförmögen eller inte redo att förändras, att uppleva en vändpunkt när motivationen ökade och förändrades i kvalitet, att kvinnorna kunde vidta åtgärder mot anorexi och slutligen att de kunde reflektera och rehabilitera.

Chapentier et al. (2011) och Hall och Ostroff (1998) lyfter även fram att vägen mot förbättring vid ätstörningar inte är en enkel process och att hinder på vägen kan uppstå. Känslor av klivenhet är normalt under återhämtning. Nya beteenden och perspektiv kräver både ansträngning och tid och man bör känna sig bekväm med förändringarna. Att vända tillbaka till ätstörningen som fortfarande känns bekväm och bekant kan vara frestande. Chapentier et al. (2011) skriver att patienter kan uppleva att ett tillfrisknande är detsamma som ett ”dåligt liv”, där personen sviker sina värderingar och därför inte vill tillfriskna. Den drabbade kan också uppleva ätstörningssymptom som en central del av jaget, något som gör individen personlig och speciell. Viktökning under tillfrisknandet innebär för många att få en motbjudande kropp. Att överge sina symptom kan innebära en upplevelse av att bli ensam och förlora sitt värde och det kan därför kännas hotfullt att tillfriskna. I vissa fall kan en ätstörning också kännas som den bästa lösningen under svåra stressituationer samt under yttre press och förväntningar. Att bli frisk kan upplevas som främmande och skrämmande. (Chapentier et al., 2011; Paterson, 2008). Paterson (2008) menar att personer

med ätstörningar också kan anse att tillfrisknande inte är en fördel eftersom tillfrisknandet är en utmanande och lång process och att de drabbade därför ofta känner sig rädda och osäkra på att försöka. De kan uppleva att de har för mycket att förlora ifall de överger sin sjukdom. Paterson (2008) skriver utgående från egen erfarenhet att när hon slutligen valde att tillfriskna var det inte på grund av en enskild händelse utan på grund av att hon insåg hur ätstörningen höll henne tillbaka och förstörde hennes liv. Eftersom tillfrisknande från ätstörningar är utmanande behöver den drabbade stöd och hjälp. Enligt Dawson et al. (2014) och Jenkin och Ogden (2011) anser många att stöd från anhöriga under hela förloppet är en avgörande faktor för tillfrisknandet. Enligt Charpentier et al. (2011) är hjälp och stöd av anhöriga av stor vikt för att en ätstörd person ska lyckas överge sina symptom och kontrollera ångesten som är förknippad med tillfrisknandet. Andra avgörande faktorer för tillfrisknandet är att patienterna upplever det positivt att gradvis mogna och att kunna lämna ätstörningen och i stället börja leva. Samtidigt är det väsentligt att personen inser sin önskan om att bli frisk och lämna identiteten som präglats av ätstörningen, och att personen får professionell behandling och icke-professionell omsorg (Pettersen & Rosenvinge, 2002). Dock är det allmänt utbrett att inte ens god vård kan ha effekt förrän patienten själv är motiverad att tillfriskna. Många personer som har tillfriskat från en ätstörning beskriver sin förbättring som en medveten process av att gå genom eld och vatten, eftersom både besvärliga och lättare skeden ingår i bilden. (Charpentier et al., 2011.)

Enligt Charpentier et al. (2011) fortsätter livet som vanligt för de flesta personer som har tillfrisknat från en ätstörning. Björk och Ahlström (2008) har undersökt hur personer upplevde tillfrisknandet och att vara frisk från en ätstörning. Deltagarna i studien intervjuades 18–26 månader efter avslutad behandling och resultatet beskriver hur de har fått ett mer avslappnat och accepterat förhållningsätt till mat, kroppen, sig själva och den sociala miljön. De hade insett att de inte längre tänkte på samma sätt som när de var sjuka. Några av dem upplevde tillfrisknandet som att klara av känslor och några upplevde att de hade en hälsosammare livsstil än människor i allmänhet vad gäller kosthållning och vikt. Enligt Charpentier et al. (2011) upplever många personer som har tillfrisknat från en ätstörning att de kan njuta mer än förut och att de känner sig starkare i problemsituationer. De som tillfrisknar får ofta en större tro på sin egen förmåga att klara sig i livskriser. De kan även vara nöjdare med sitt liv och sin hälsa, jämfört med människor som inte har genomlidit en svår sjukdom. Under sjukdomstiden kan personen vara så upptagen av sina egna tankar att

omvärlden helt kopplas bort. Efter tillfrisknandet kan världen ses med nya ögon, som en återvändning från en lång resa. Deltagarna i Björk och Ahlströms (2008) studie ansåg att det är viktigt att äta varierat och att också kunna unna sig godsaker för att uppleva sig som frisk. Regelbundna måltider utan att avstå från måltider, att kunna äta tillsammans med andra och att vara i en social situation utan att ätandet påverkar situationen var också viktigt enligt deltagarna. Deltagarna upplevde det även viktigt att inte falla tillbaka i ätstörningen och att inte längre ha en identitet kopplad till ätstörningen. Andra viktiga upplevelser som deltagarna beskrev angående tillfrisknandet och att vara frisk från en ätstörning var en hälsosam relation till kropp och vikt, att acceptera sin kropp och att samarbeta med den. Några av deltagarna påpekade att en viktig del i att vara frisk innebär att kunna hantera känslor även om ätstörningstankar fortfarande kunde komma ibland. Charpentier et al. (2011) påpekar att hos flertalet som tillfrisknat från en ätstörning kan tanken på ätande och uppfattningen om den egna kroppen fortfarande vara svår. De lyckas å andra sidan bättre hålla sina tankar under kontroll och de omsätter dem inte längre i handlingar. Efter tillfrisknandet kan personen fortfarande beundra slankhet men han eller hon kan kontrollera sin önskan att bli smal och behåller kroppsvikten inom det som hälsorekommendationer anser normalt. I en studie av Pettersen och Rosenvinge (2002) framkommer det även att personer som har tillfrisknat från en ätstörning definierade sig som återställda trots att de behöll vissa ätstörningssymptom och störda ätmönster. Forskarna menar att symptomminskning kanske inte är ett mål i sig, utan snarare som ett medel för att uppnå mer fungerande personliga relationer, tänkande och problemlösande strategier. Enligt Jenkins och Ogden (2012) visar liknande forskning att patienter uppfattar de kliniska kriterierna för tillfrisknande underordnade vikten av psykologiska faktorer, såsom självacceptans och självmedvetenhet eller en känsla av värdighet och att man är tillräckligt bra som man är. Björk och Ahlström (2008) påpekar att så länge patienter uppfattar sig som återställda är det inte nödvändigt att de uppfyller alla tänkbara kriterier för tillfrisknande. Det viktiga är att patienten själv upplever sig som frisk och att patienten kan hantera känslor på ett sätt som inte gör att ätbeteendet påverkas.

Noordenbos (2011) uppmärksammar att det är viktigt att ta hänsyn till patienternas perspektiv i fortsatt forskning gällande vad tillfrisknande från ätstörningar innefattar. Dawson et al. (2014) anser också att definitionen av tillfrisknande bör utforskas och utvidgas för att ge en riktlinje till mer relevanta aspekter gällande behandling och tillfrisknande. Enligt Federici och Kaplan (2008) och Dawson et al. (2014) har endast ett fåtal studier

undersökt patienters egna tankar och upplevelser av tillfrisknande och kvalitativ forskning gällande behandling och tillfrisknande bör därför ges mer uppmärksamhet. Att studera patienternas egna åsikter gällande tillfrisknandet kan öka förståelsen för vad som behöver studeras för att kunna utveckla ett mer formellt kriterium för tillfrisknande från ätstörningar (Pettersen & Rosenvinge, 2002).

2.6 Motiv för studien

Tidigare forskning om ortorexi är alltså begränsad och det råder en begreppsförvirring angående vad ortorexi är, dels på grund av olika uppfattningar om vad ortorexi innebär och dels eftersom det kan vara svårt att särskilja ortorexi från andra störningar och tvångssyndrom. Under de senaste åren har därför forskningen främst fokuserat på att argumentera för att ortorexi bör ses som en egen diagnos genom att bland annat undersöka sambandet med andra ätstörningar. I och med att ortorexi inte är en diagnos har begreppet i hög grad försumrats i medicinsk litteratur, även fastän populärlitteratur uppmärksammar ortorexi och fastän ätstörningsspecialister ofta observerar detta beteende (Nauta et al., 2016). Nauta et al. (2016) anser därför att mer klinisk och vetenskaplig uppmärksamhet gällande ortorexi är nödvändigt.

Missbach och Barthels (2017) anser också att fenomenet ortorexi har blivit populariserad av medier, snarare än att ha varit ett diskuterat ämne inom forskning. Vidare lyfter de fram oron över att ortorexi inte är inkluderad i någon diagnostisk manual (DSM-5, ICD-10), även trots den ökande mängden informella fallrapporter av dietister som avslöjar hur många personer som har ortorektiska tendenser som orsakar allvarlig psykisk belastning. För att förbättra kunskapen om ortorexi föreslår forskarna till mera högkvalitativ forskning om ortorexi och till mera vetenskapliga diskussioner baserade på data som utforskar djupa perspektiv på ortorexi. I de fortsatta forskningsstudierna bör fokus vara på rapportering av relevanta fallstudier och utveckling av nya och giltiga diagnostiska verktyg. Håman et al. (2015) anser också utgående från sin litteraturstudie att mera empirisk holistisk forskning som använder tolkande kvalitativa metoder med ett socialt hälsoperspektiv behövs.

Med hänvisning till den tidigare redovisade forskningen som visar att kunskapen om ortorexi är bristfällig och att det inte finns särskilt mycket forskning om upplevelser av att tillfriskna

från en ätstörning anser jag det relevant att mer ingående undersöka hur tillfrisknande från ortorexi upplevs. Framtida forskning kunde fokusera på de mer ”ovanliga” ätstörningarna som saknar egen diagnos.

3 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Den här avhandlingen har sin teoretiska utgångspunkt i hälsa och ohälsa och gränsdragningen mellan dessa. Avhandlingen har speciellt sin grund i vårdvetenskapens caring-tradition, i den vårdvetenskapliga hälsosynen och kärleks- och barmhärtighetstanken (caritas), som har utvecklats vid enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi i Vasa.

Begreppet ”hälsa” är centralt i den här studien eftersom personer som har ortorexi ständigt strävar efter hälsa. Personer som insjuknar i ortorexi önskar uppnå ”optimal” hälsa för att undvika sjukdom (Bratman, 1997). Personen är fixerad av en hälsosam livsstil, innefattande hälsosam kost och ofta också stor träningsmängd. Med tiden kan kost och fysisk träning påverka och styra personens liv så mycket, att det leder till ett lidande och ett försämrat välbefinnande. Det hälsosamma livet som personen till en början strävade efter övergår i stället till ohälsa. När personen försöker bli frisk är målet att uppleva en bättre hälsa.

3.1 Perspektiv på hälsa och ohälsa

Hälsa som fenomen är svårdefinierat och det finns två övergripande förståelser av hälsa: en humanvetenskaplig och en biomedicinsk syn. Olika perspektiv på hälsa har samband med vilken människobilden är. Den biomedicinska inriktningen ger en snävare syn på hälsa och reducerar människan till kroppen, det vill säga hälsa ses som motsats till sjukdom. I den humanistiska synen betraktas människan som aktiv och skapande och som en del i ett större sammanhang. Den humanistiska människobilden bidrar till en mångdimensionell bild av hälsan. (Medin & Alexanderson, 2000; Brülde & Tengland, 2003; Nyström, 2014.)

”Motsatsen” till hälsa kan benämnas på olika sätt beroende på teoretiskt perspektiv och hälsosyn. Dessa är sjukdom, ohälsa eller lidande. Enligt Vilhelmsson (2014) råder en viss nyansskillnad mellan begreppen ”sjukdom” och ”ohälsa” och han påpekar att inom den biomedicinska inriktningen utgör ett sjukdomstillstånd ohälsa om det leder till att individens symtom är tillräckligt allvarliga för att nedsätta kapaciteten, och därmed inte är önskvärd hos individen. Tillståndet ger tillgång till speciell behandling, och är en acceptabel ursäkt för ett annars normalt beteende. Inom den humanistiska inriktningen skiljer man också mellan sjukdom och ohälsa, men skillnaden görs på ett annorlunda sätt. Enligt Nordenfelt (1995) är en sjukdom en form av en inre fysisk och psykisk process som tenderar att orsaka ohälsa. Det

finns dock även andra omständigheter som kan orsaka ohälsa, till exempel livskriser, och som inte innebär sjukdom. Det finns alltså ohälsa som inte behöver vara relaterad till sjukdom. Vilhelmsson (2014) menar att det är vanligt att begreppen ohälsa och sjukdom ses som besläktade och överlappande men inte identiska. Inom vårdvetenskapens caringtradition används inte begreppen sjukdom och ohälsa. Man pratar i stället om lidande. I avsnitt 3.1.3 beskrivs begreppet lidande i relation till hälsa mer ingående. Enligt Brülde och Tengland (2003) och Andersson (2018) förekommer orden "disease", "illness" och "sickness" på engelska när man försöker beskriva det svenska sjukdomsbegreppet som kan benämnas på många sätt, till exempel som skada, defekt, funktionsnedsättning, patologiskt tillstånd, störning, ohälsosamt tillstånd eller sjukligt tillstånd. Skillnaden brukar förstås genom att "disease" används när vi benämmer den objektiva sjukdomen och "illness" kan förstås i den subjektiva upplevelsen av att vara sjuk (symptomen), som vi ofta benämner ohälsa. Den uttrycks ofta som ett lidande eller upplevelse av funktionsnedsättning. En sjukdom kan diagnostiseras med hjälp av exempelvis blodprov och leda till att en person som inte tidigare känt sig sjuk med en gång upplever sig vara sjuk. En patient kan också betrakta sig som sjuk, trots att läkaren inte finner tecken på sjukdom och inte ställer en diagnos. Vidare kan en person betraktas som sjuk av omgivningen, och detta sjukdomsbegrepp "sickness" hänför sig då till den status eller den roll personen uppfattas ha i samhället, med hänvisning till att personen har en sjukdom eller upplever sig som sjuk. För att benämna alla dessa begrepp menar Brülde och Tengland (2003) att man kan prata om det vida sjukdomsbegreppet, som försöker avgränsa alla de tillstånd som på något sätt kan anses vara sjukliga från det som är friskt. De menar att det vida sjukdomsbegreppet beskriver att en individ lider ont. Att lida ont innebär att vara i ett tillstånd som innebär lidande eller funktionsnedsättning, eller ökad risk för lidande, funktionsnedsättning eller för tidig död. Denna definition gäller både fysisk och psykisk sjuklighet. Trots att definitionen gäller båda kan fysisk och psykisk sjukdom särskiljas. Brülde och Tengland (2003) föreslår tre olika sätt att skilja på dessa. På basis av den form av lidande som det sjukliga tillståndet ger upphov till, av vilka slags funktionsnedsättningar det handlar om eller av vilka sorters inre orsaker som ger upphov till dem. Exempelvis hör smärta, värk och irritationer typiskt till fysisk sjukdom, medan negativa sinnestillstånd utgör psykiska åkommor. Fysiska funktionsnedsättningar har ofta en lokalisering i kroppen och hindrar vanligen individen att röra sig medan psykisk funktionsnedsättning indirekt påverkar vissa mentala förmågor som är nödvändiga för att leva normalt. De är inte lokaliserad på samma specifika sätt och de har ofta något

meningsbärande som orsakskomponent, till exempel en tanke, ett upplevt behov eller en känsla. Fenomenet ortorexi kan således ses som en psykisk sjukdom eller störning eftersom speciellt negativa sinnestillstånd såsom tvångstankar och ångest ger upphov till ett lidande hos personen.

3.1.1 Den biomedicinska hälsosynen

Det biomedicinska synsättet på hälsa och sjukdom har ett patogent perspektiv, vilket innebär att det sjuka eller onormala är av intresse. Hälsa ses som motsatsen till det onormala eller sjuka, och definieras ofta som frånvaro av sjukdom. En individ är sjuk om funktionerna avviker från de normala, vilket får till följd att det sjuka är det intressanta att studera. Biomedicinska synsätt dominerar framförallt inom medicinvetenskapen och till viss del inom sjukvården, men ofta också i människors vardag (till exempel mätning av kroppstemperatur). (Medin & Alexanderson, 2000; Quennerstedt, 2006.)

Utgående från Qvarsell (2005) lyfter Quennerstedt (2006) fram ”hälsa som skönhetsideal” som är ett perspektiv med fokus på avvikelser från det som inte är normalt men som ändå inte fokuserar på sjukdom i medicinsk mening. Quennerstedt menar att den moderna konsumtionskulturen representerar ett patogent förhållningssätt till hälsa, där ett yttre perspektiv på kroppen är i fokus. Kroppens inre delar fungerar för att förbättra det yttre eller för att förhindra negativ påverkan på det yttre, och därmed ska kroppen bearbetas för att uppnå ett vackrare yttre. Det innebär att ett vackert ”hälsosamt” yttre och en smal och vacker kropp blir som en symbol för hälsa, och att det blir viktigare att kontrollera kroppen, än ett ökat välbefinnande i sig. Det unga och vackra idealet blir utgångspunkten för vad som värderas som hälsosamt och människans identitet blir kopplad till den idealkropp som exempelvis medier lyfter fram. Enligt Quennerstedt (2006) kan det skönhetsideala synsättet leda till stark kropps- och utseendefixering.

Konsekvensen av ett patogent synsätt med fokus på sjukdomar är en syn på människan som biologisk, där mycket annat kan bli förbisett. Att se människan som en kroppslig varelse får till följd att det är den inre kroppens optimala funktioner som är målet och att sjukdom och åldrande är hinder. Det innebär också att den mänskliga kroppen uppdelas i två separata delar, det vill säga som sjuk eller frisk eller som normal eller onormal. Kroppen kan ses som något

som kan förbättras och lagas. (Medin & Alexanderson, 2000; Quennerstedt, 2006.) Det biomedicinska synsättet på hälsa och sjukdom dominerade föreställningen om hälsa under 1900- talet och fortfarande idag har detta synsätt en stark position (Quennerstedt, 2006). Men hälsobegreppet utvecklades också parallellt och en humanistisk syn med ett mer totalt hälsobegrepp växte fram. I nästa avsnitt presenteras den humanistiska synen på hälsa och sjukdom.

3.1.2 Den humanistiska hälsosynen

Idag betonas ett humanistiskt hälsobegrepp och en helhetssyn på hälsa, det vill säga att hälsa är ett mångdimensionellt begrepp. Ett exempel är WHO's välkända hälsodefinition som betonar det friska och människans sociala liv, i stället för det sjuka. (Quennerstedt, 2006.) Enligt Medin och Alexanderson (2000) definerar WHO hälsa som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom. Denna definition innefattar inte bara en biologisk utan även en mental och social varelse, och alla aspekter påverkar människans hälsa. Definitionen har dock kritiserats eftersom hälsa knappast kan uppnås då det krävs fullkomligt välbefinnande och hälsan framställs även som ett mål i sig. Definitionen fördjupades först till att poängtera att hälsa är en resurs i det dagliga livet som skapas och utvecklas i relationen individ-omgivning och ytterligare genom att poängtera ännu tydligare att hälsa är en resurs och en process i ett livscykelperspektiv. Hälsa bör ses som en förutsättning för människans liv och som kan erövrats genom att kontrollera eller klara av livssituationen. Ansvaret för hälsa som en resurs är både hos individen och omgivningen eftersom individen ska ges möjlighet att kontrollera och bemästra sin livssituation. En central aspekt i WHO's definition är att hälsa ska ses som en grundläggande mänsklig rättighet, att alla människor bör ha tillgång till grundläggande resurser för hälsa. (Medin & Alexanderson, 2000; Wärnå-Furu, 2017.)

WHO's definition på hälsa har influerat till mera djupgående och holistiska hälsoteorier, där hälsa ses som en helhet, och att det alltid är hela hälsan som påverkas av exempelvis olika val som görs. Man kan därmed inte enbart påverka en individs fysiska hälsa utan den psykiska och sociala aspekten av hälsan påverkas också. Hälsa bör också förstås som ett begrepp som har olika innebörder för olika människor i olika situationer. (Quennerstedt, 2006.)

Exempel på djupgående humanistiska ansatser är en holistisk-, teleologisk-, behavioristisk-, psykosomatisk och salutogen ansats. Dessa ansatser definierar hälsa på olika sätt, beroende på vetenskaplig utgångspunkt och människosyn. Medin och Alexanderson (2000) menar att det finns tre huvuddrag i synen på hälsa inom dessa ansatser, det vill säga hälsa som ett tillstånd, hälsa som en upplevelse, hälsa som en resurs, respektive hälsa som en process. Enligt Nyström (2014) finns det utöver dessa ansatser även en ontologisk ansats som omfattar både ett holistiskt (hälsa beror på människans välbefinnande, handlingsförmåga, mål och möjligheter) och ett teleologiskt (hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande) tänkande men som sträcker sig bortom dessa två ansatser. Den ontologiska ansatsen på hälsa finner vi i Erikssons caritativa vårdteori. I nästa avsnitt beskrivs den ontologiska ansatsen på hälsa mer ingående.

3.1.3 Den ontologiska hälsosynen

Den ontologiska synen på hälsa har utvecklats inom vårdvetenskapens caring-tradition, där hälsan ses som mångdimensionell. En vårdvetenskaplig hälsobild fokuserar på människans hälsa och lidande snarare än sjukdomen (Wiklund, 2003). Denna hälsobild fokuserar även på hälsans och lidandets syfte eller mening och inkluderar därav en existentiell dimension i synen på hälsa. Helhetssynen inom denna ansats inkluderar alltså inte bara biologiska, psykologiska och sociala aspekter hos en individ i samspel med hennes omgivning, utan även andliga eller existensiella aspekter. (Medin & Alexanderson, 2000). Enligt Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm och Matilainen (1995) är hälsa i djupaste mening ett ontologiskt begrepp, eftersom hälsan hör ihop med helhet och helighet och relateras till meningen med livet. Hälsa är beroende av om människan uppfattar att verkligheten har ett syfte eller en mening. Med helighet menas människans djupare medvetenhet om unikheter och sitt ansvar som människa. Med helhet menas människans varande som kropp, själ och ande och som oskiljaktiga dimensioner.

Eriksson anser att hälsa kan beskrivas som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande och att hälsa innebär en integration av dessa egenskaper. Begreppet ”friskhet” anknyter till fysiska egenskaper hos individen och begreppet ”sundhet” hör ihop med att personen är psykiskt stabil, klok eller att hon handlar hälsosamt. Begreppet ”välbefinnande” är individens egen uppfattning om sin hälsa och uttrycks som en känsla inom honom eller

henne. Den subjektiva dimensionen ”välbefinnande” medför att hälsan bestäms utifrån människan själv och den kultur hon befinner sig i. Vad som uppfattas som hälsa varierar mellan olika personer, och också för samma person vid olika tidpunkter. (Eriksson, 1989; Wiklund, 2003; Medin & Alexanderson, 2000.) Erikssons hälsosyn har utvecklats och fördjupats ytterligare till den ontologiska hälsomodellen. Modellen tar avstamp i vårdvetenskapens bild av människan som mångdimensionell, en enhet av kropp, själ och ande. Modellen utgår från att det finns tre olika dimensioner i hälsan: hälsa som ”görande, varande och vardande”. Hälsa ses som ett vardande, en rörelse mellan de olika dimensionerna. Människan befinner sig inte på någon av nivåerna utan rör sig mellan dem och de olika dimensionerna kompletterar varandra. Rörelsen kan även gå i båda riktningarna och graden av integration kan öka eller minska. När integrationen ökar, tilltar också upplevelsen av enhet. Rörelsen mellan de olika nivåerna beror på människans upplevelse av problem, behov och begär. Vardandet är en tillblivelseprocess mot en djupare enhet (holiness) och det djupaste motivet finns i människans längtan efter värdighet och enhet, där hälsan är en integrerad del av människans liv. (Eriksson et al., 1995; Wiklund, 2003; Nyström, 2014.) Att hälsa är rörelse innebär dock inte att stillhet och hälsa är förenliga (Wiklund, 2003). Enligt Eriksson (1987) är pausen eller vilan tvärtom en förutsättning för integration eftersom människan i vila upplever sig älskad och bekräftad. I vila upplever människan också gemenskap med andra, frihet från bekymmer och tvång samt att hon är trygg i sitt värde som människa. När människan upplever värdighet kan hon vila och i vilan skapas förutsättningar för integration och utveckling. Wiklund (2003) lyfter fram att varje människa har unika hälsomotiv som utgår från en längtan efter det som uppfattas som gott och som ger riktning i hälsoprocessen. Hälsomotiven är relaterade till medvetenheten om de egna resurserna. Med resurser avses det som människan har tillgång till för att hantera lidande och ohälsa och främja sin egen hälsa. Resurserna är avgörande för hur hälsan formas, utvecklas och hur människan upplever sig som en helhet. Resurserna kan vara både inre och yttre resurser. Inre resurser är exempelvis förmågan att sätta ord på sitt lidande eller att reflektera över sina egna tankar och känslor medan yttre resurser kan vara en strukturerad tillvaro och stöd av anhöriga och bekanta.

Hälsa som görande är den yttre nivån eller dimensionen av hälsan. Hälsa som görande kännetecknas av ett tänkande i termer av att må bra och människan strävar efter att ”ha hälsa”. Hälsan bedöms utifrån yttre, ofta objektiva kriterier. Man följer till exempel normer och

rekommendationer om hur man för leva för att bevara en god hälsa. Handling och tanke är intriktade på att undvika sjukdom genom hälsosamma vanor och ohälsa upplevs som problem som måste åtgärdas och lösas. Hälsa som görande kännetecknas därför av att människan inte är förankrad i sig själv när yttre regler och normer styr. Personen blir främmande för sig själv, både för sina begär och sina möjligheter. Det görande som inte är i samklang med människans egentliga längtan är ett tomt och mekaniskt beteende. Om människan ser sin hälsa som enbart ett görande av hälsosamma vanor utan förankring i det som betyder något i hennes liv tappar hon fotfästet i sitt eget varande. (Eriksson et al., 1995; Wiklund, 2003; Nyström, 2014.) Nästa nivå, hälsa som varande, innebär ett tillstånd av hälsa när människan strävar efter att få uppleva välbefinnande, en form av balans eller harmoni. Människan förstår sambandet mellan både psykiska och fysiska faktorer, mellan kropp och själ och mellan yttre och inre faktorer. Att tillfredsställa upplevda behov blir centralt och tänkandet är inriktat på att uppleva balans och harmoni i livssituationer och relationer. På denna nivå är människan inte längre driven av yttre omständigheter och normer. (Eriksson, et al., 1995.) På vardande nivån finns slutligen anpassningen, individen strävar efter sin enhet där livsfrågor är centrala. Att finnas i ett vardande innebär att människan växer för att bli det som hon önskar vara. Människan är inte främmande för lidande men strävar efter att försona sig med livets utmaningar. Hälsa som vardande betyder alltså inte en befrielse från lidande, utan det innebär att kunna försona sig med sig själv och sin livssituation. Hälsa som vardande innebär att man i svåra stunder kan uppleva frihet och livskraft eftersom man lyckats integrera sina erfarenheter så att det goda överväger och att det därmed är möjligt att uppnå en känsla av inre enhet och erfara hälsa. Människan är i en ständig tillblivelseprocess och tar lärdom av både ljusa och mörka stunder i livet. På vardande nivån finns källan till tro, hopp och mod. För att kunna benämna hälsa som enhet behöver ett görande, varande och vardande föreligga. Det innebär ett aktivt förhållningssätt till den egna hälsan och en förståelse av att hälsan är en del av människan inre. Människan behöver ha mod att träda över görandets och varandets gränser in i den fullständiga friheten. (Eriksson et al., 1995; Eriksson, 2001.)

Hälsa är nära förknippat med en känsla av välbefinnande och livskvalitet samtidigt som hälsan är förenligt med ett uthärdigt lidande. Hälsa blir en enhet genom förening med lidande. Hälsa och lidande är en naturlig del i människans liv och det är möjligt att uppleva båda samtidigt. Lidandet kan i sin förening med hälsan ses som en kamp mellan det onda och det goda, där det goda behöver segra för att förnyelse ska kunna ske. Denna kamps syfte är

försoning och försoningen är en nygestaltning som för människan tillbaka från lidandet till upplevelsen av hälsa. Hälsans och lidandets rörelse påverkar människans helhet, och lidande förändrar hälsans förutsättningar. Hälsa och lidande förstås i sitt sammanhang, i det mänskliga livet eller tillvaron. (Eriksson et al., 1995.) Wiklund (2003) påpekar betydelsen av att uppleva äkta relationer och trygghet och förankring i sig själv för att erfara hälsa. I gemenskap med andra och med sig själv kan ny livsmening skapas.

Sammanfattningsvis förstås hälsa ur ett vårdvetenskapligt perspektiv i relation till livet och till den livssituation som människan befinner sig i. Hälsa är något som människan är snarare än något som människan har och är därför en del av livet. Hälsa finns i människan, som aktivt och medvetet påverkar sin hälsa genom hälsoval. Hälsa uttrycks genom känslor, attityder, handlande och prestationer. Hälsan ses som ett helhetsbegrepp med både en objektiv och en subjektiv dimension. (Wärnå-Furu, 2017.) Att en individ förstår och är medveten om hälsans djupare dimensioner kan vara avgörande för att undvika att avgränsa hälsa till ett beteende av goda hälsovanor (Wärnå-Furu, 2014). Av praktiska orsaker är det också väsentligt att ha en förståelse för vad hälsa och sjukdom är för att kunna särskilja vad som är normalt och vad som kan anses som avvikande. Till följande beskrivs olika konsekvenser av att skilja på hälsa och sjukdom.

3.2 Gränsdragning mellan hälsa och sjukdom

Huvudpoängen med att ha en genomtänkt uppfattning över vad hälsa och sjukdom innebär är praktisk. Våra föreställningar om var gränsen mellan det sjuka och det friska ska dras påverkar på olika sätt vårt handlande, våra verksamheter och våra institutioner, och det är därför praktiskt betydelsefullt var denna gräns dras. (Brülde & Tengland, 2003.) Dock är diskussioner om diagnostisering både etiskt och moraliskt problematiska, bland annat för de som betraktas ha en sjukdom och deras anhöriga, men också för hälso- och sjukvården. En del anser att diagnoser är negativa eftersom de bidrar till stigmatisering, medan andra anser dem nödvändiga för att kunna ge rätt behandling. En diagnos kan bidra till ett namn och synlighet till ett lidande, men också ge upphov till föreställningar om vad som ses som normala beteenden. (Håman, 2016.) För den drabbade kan en diagnos vara en lättnad genom att den drabbade bli bekräftad i sin livssituation, samtidigt som det finns hjälp att få. Att få en medicinsk diagnos kan också innebära att bli ”tagen på allvar”, att det lidande som upplevs

får ett slags legitimitet och att den drabbade får ett erkännande som gör det mera socialt accepterat att känna sig svag eller otillräcklig. Ytterligare kan det också vara en fördel att få en diagnos eftersom ett namn på ett diffust lidande uppstår, vilket kan göra situationen mer begriplig för den drabbade. Att få ett namn på ett lidande kan ibland till och med ha en identitetsskapande funktion. (Brülde & Tengland, 2003). Om det är tydligt att ortorexi är ett problem för många kan en diagnos vara meningsfull för hälso- och sjukvården för att den ska kunna utveckla och anpassa behandlingar (Håman, 2016).

Ortorexi har tillsammans med många andra ”nya” syndrom uppstått i en tid med ökad medikalisering, det vill säga i en tid då icke-medicinska eller sociala problem definieras och behandlas som medicinska problem (Vanderycken, 2011). Det innebär att ortorexi har beskrivits som en samtidsdiagnos, ett tillstånd eller en sjukdom som kännetecknas av hälsofixering och överdriven träning, i en tid av extremt fokus på hälsa. Trots att ortorexi inte är en medicinsk diagnos är det betydelsefullt att förhålla sig till dess problematik, eftersom det är oklart om tillståndet i framtiden kan bli en diagnos. Ortorexi kan uppfattas som att det inte existerar om det inte är en diagnos, oavsett om det betraktas som ett socialt eller medicinskt problem. Om ortorexi inte uppfattas existera kan det vara stigmatiserande för den drabbade och om ortorexi inte betraktas som ett medicinskt problem kan det få till följd att de som är drabbade inte får den hjälp de behöver, när kunskap om och resurser för problemet är bristfälliga inom sjukvården. Dessutom kan det vara utmanande för anhöriga, eftersom de inte får någon hjälp och måste hantera situationen på egen hand. (Håman, 2016.) Att det finns olika synsätt gällande vad ortorexi innebär kan försvåra problematiken ytterligare. Tankar såsom ”är det ortorexi jag har?” ,”är mitt beteende sjukt, friskt eller normalt?” och ”hur kommer jag att bemötas om jag söker hjälp?” kan uppstå hos den drabbade, vilket i sin tur kan få till följd att personen lider mycket länge, innan vändpunkten för tillfrisknande eventuellt uppstår. Att ett tillstånd uppfattas enligt medicinska termer kan få som konsekvens att tillståndet uppmärksammas i medicinska studier och att det behandlas med medicinska åtgärder, vilket därmed är oerhört viktigt för drabbade (Brülde & Tengland, 2003).

Enligt Håman (2016) är det också viktigt att ortorexi inte bara reduceras till ett individuellt problem, utan ortorexi behöver problematiseras utifrån både individuella och samhälleliga aspekter. Samhället och dess normer och ideal behöver också problematiseras, eftersom ortorexi uppstår i ett samhälle och en kultur. Då något klassificeras som avvikande ger det

en bild av var gränsen till det normala går. Begreppen ”hälsa” och ”hälsosamt” relateras till en normalitet, där till exempel samtida samhällsnormer påverkar vad som betraktas som hälsa, hälsosamt och sunda hälsobeteenden. Ibland kan den rådande synen på hälsa och ohälsa betraktas som både naturlig och sann. Föreställningarna om hälsa och ohälsa är dock inte oföränderlig utan de förändras över tid och ändras i olika sammanhang. Det medför att synen på ortorexi som diagnos är kontextuell och beroende av det samhälle som den existerar inom.

Diagnoser för olika problem tydliggör alltså gränsdragningen mellan hälsa och sjukdom. Det kan dock emellertid vara utmanande att avgöra var gränsen går och den försvåras ytterligare om ett tillstånd inte är en medicinsk diagnos med diagnostiska kriterier. Både hälsa och sjukdom är komplexa och svåröverskådliga problem, som i stor utsträckning avgörs av individen själv. På samma sätt som att gränsdragningen mellan hälsa och sjukdom kan vara otydlig, speciellt vid psykiska sjukdomar, är gränsen mellan sjuk och tillfrisknad inte heller självklar. Tankar såsom ”är jag helt frisk nu?” och ”kan jag ens bli helt frisk?” kan därför vanliga under tillfrisknande från ätstörningar.

3.3 Caritasmotivet

Etiken i den här studien utgår från människans absoluta värdighet. Den etiska kärnan är caritastanken som innebär att kärleks- och barmhärtighetsmotivet utgör den bärande idé som motiverar vårdandet (Eriksson, 2001). Det latinska ordet caritas betyder kärlek och barmhärtighet och utgör det verksamma i vårdandet, det vill säga det som gör vård till vård och som har en förmåga att lindra lidande. Caritas är det grundläggande motivet i Erikssons caritativa vårdteori. (Lindström, Lindholm, Nyström & Zetterlund, 2014.)

Caritasmotivet har sin grund i den omotiverande villkorslösa kärleken eller *apage*. Kärleken till medmänniskan ses som en förutsättning för medmänsklighet och barmhärtighet. Caritativt vårdande innebär det naturliga vårdandet och den mänskliga omsorgen, vilken är kärnan i den professionella vården. Genom den förverkligas människans värdighet och vårdandet framstår som genomgående etiskt. Den omotiverade kärleken har sin grund i vår vilja och kallelse till att vårda och vårt ansvar för den andra. Ansvar innebär i djupaste mening kärlek och en upplevelse av att stå i skuld att älska. (Eriksson, 2001.) Caritativt vårdande kan

ses som en speciell form av gemenskap där lidande lindras i en anda av tro, hopp och kärlek. Vårdandets avsikt är att lindra lidande, tjäna och kämpa med den lidande i lidandets kamp och befrämja hälsa. (Eriksson, 1987.) När en patient tar emot och personligt tillägnar sig det vårdande leder det till lindrat lidande och ett vardande. (Eriksson & Lindström, 2003.)

Kärlekens och barmhärtighetens inslag i vårdandet ses i avhandlingen som avgörande för att som medmänniska kunna stödja och förstå den drabbades situation vid tillfrisknande från ortorexi. Vikten av caritas förstärks vid sjukdomar eller tillstånd som inte är en klassificerad diagnos. Genom caritas uppstår vilja och kallelse till vårdande och omtanke, oavsett exempelvis diagnostiska kriterier eller hur omfattande och synliga symptom den drabbade har.

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med den här avhandlingen är att undersöka hur personer som har haft ortorexi beskriver sina egna upplevelser kring tillfrisknandet och vad de anser kan vara avgörande faktorer för tillfrisknandet.

Studiens frågeställningar är:

1. Hur kan tillfrisknande från ortorexi upplevas?
2. Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi?

5 STUDIENS FORSKNINGSPROCESS

Den här avhandlingen är en kvalitativ studie som grundar sig på en hermeneutisk forskningstradition. Den vårdvetenskapliga caring-traditionen vid Åbo Akademi i Vasa har sin grund i humanvetenskap och i en hermeneutisk forskningstradition (Nyström, 2015a). Metodologin är hermeneutisk när det som beskrivs tolkas (Nyström, 2015b). Enligt Henricson och Billhult (2017) är en studie kvalitativ när fokus är att beskriva upplevelser av något.

5.1 Studiens design

Studien börjar i min egen förförståelse, det vill säga hur jag tror det är att tillfriskna från ortorexi. Min förförståelse är att jag bland annat tror att tillfrisknande från ortorexi är en omfattande process som ger upphov till många känslor och tankar. Tidigare forskning och litteratur ger en inblick i den kunskap som finns om ortorexi och tillfrisknande från ätstörningar.

Syftet med studien är att undersöka hur personer som har haft ortorexi beskriver sina egna upplevelser kring tillfrisknandet och vad de anser kan vara avgörande faktorer för tillfrisknandet. Forskningsfrågorna är följande: 1. Hur upplevs tillfrisknande från ortorexi? 2. Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi? För att få svar på forskningsfrågorna söktes deltagare till studien via sociala medier. Deltagarna intervjuades därefter med hjälp av kvalitativ semistrukturerad forskningsintervju och intervjumaterialet bandades och transkriberades. Analysen och tolkningen av datamaterialet gjordes med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) metod.

5.2 Urval och deltagare

Eftersom ortorexi inte är en medicinsk diagnos och eftersom det inte finns någon entydig definition på vad ortorexi innebär, beslöt jag och handledaren att de som deltar i studien själva bör anse sig ha haft ortorexi. De som deltar ska också själva anse att de är tillfrisknade eller nästan tillfrisknade och att de till exempel inte längre får behandling. Ett annat inkluderingskriterium var att de som deltar kan ha haft ett osunt förhållande till enbart kost

eller både till kost och motion. Till studien söktes främst svenskspråkiga personer och personerna kunde vara av båda könen och i alla åldrar från både Finland och Sverige.

Rekryteringsprocessen i studien var utmanande. Ett svenskspråkigt informationsbrev användes vid rekryteringen av deltagare (bilaga 1). Informationsbrevet spreds på sociala medier, främst på Facebook. Två finländska kliniska instanser och en förening bidrog med att informera om studien via sina mediekanaler. Informationsbrevet spreds också av mig på två olika gym i Svenskfinland och på en svenskspråkig skola. Eftersom responsen inte var tillräcklig i Finland via dessa kanaler breddades rekryteringen till Sverige. Den genomfördes genom att ta kontakt med några medieprofiler som öppet berättat om att de har haft ortorexi. Tack vare denna metod hittades ytterligare två personer som ville delta. Det var slutligen fem personer som deltog i studien:

Deltagare 1: En 22-årig finlandssvensk kvinna. Hon började tillfriskna vid 18-19 års ålder, efter att ha varit sjuk sedan hon var 12-14 år. Vid intervjutillfället ansåg hon sig frisk.

Deltagare 2: En 27-årig finskspråkig kvinna. Hon började tillfriskna vid 21-22 års ålder, efter att ha varit sjuk sedan hon var 14 år. Hon hade samtidigt anorexi. Vid intervjutillfället ansåg hon sig frisk.

Deltagare 3: En 34-årig finlandssvensk kvinna. Hon började tillfriskna vid 25-26 års ålder, efter att ha varit sjuk sedan hon var 21-22 år. Vid intervjutillfället ansåg hon sig ännu inte fullständigt tillfrisknad.

Deltagare 4: En 35-årig svensk kvinna. Hon började tillfriskna vid 30 års ålder, efter att ha varit sjuk sedan hon var ungefär 19 år. Vid intervjutillfället ansåg hon sig frisk.

Deltagare 5: En 32-årig svensk kvinna. Hon började tillfriskna vid 22 års ålder, efter att ha varit sjuk sedan hon var 21 år. Hon hade haft anorexi tidigare, sedan 14 års ålder. Vid intervjutillfället ansåg hon sig ännu inte fullständigt tillfrisknad.

Alla personer som ville delta i studien inkluderades, trots att en person var finskspråkig med svenska som främmande språk. Samtliga deltagare hade haft ett komplicerat förhållningssätt till både kost och fysisk träning. Två av deltagarna hade också haft anorexi tidigare eller som samsjuklighet med ortorexi. Deltagarna var vid intervjutillfället tillfrisknande i olika grad,

tre av dem ansåg sig fullständigt friska och två av dem ansåg sig tillfrisknande men inte fullständigt tillfrisknade.

5.3 Datainsamlingsmetod

Den metod som tillämpats för att samla in material till studien är kvalitativ forskningsintervju med öppna frågor. Denna intervju kan också benämnas semistrukturerad intervju. Vid en semistrukturerad intervjumetod är frågorna i en intervjuguide formulerade i en viss struktur men de behöver inte tas i samma ordning vid intervjutillfället. Som stöd för frågorna kan intervjuguiden innehålla följdfrågor. (Danielson, 2017.)

Kvalitativ intervju med öppna frågor anser jag lämplig i den här studien med tanke på att studiens syfte är att undersöka hur personer som har haft ortorexi beskriver sina egna upplevelser kring tillfrisknandet och vad de anser kan vara avgörande faktorer för tillfrisknandet. Enligt Danielson (2017) ligger ofta syftet för studien som grund för den insamlingsmetod som väljs. Kvalitativ forskningsintervju med öppna frågor ger svar på personers upplevelser, erfarenheter, åsikter och uppfattningar. En annan orsak varför denna metod valdes i stället för exempelvis fokusgruppintervju är för att studiens ämne kan vara känsligt för deltagarna och att de därför ogärna eventuellt inte vill prata om det öppet med andra. Att intervjun skulle ha öppna frågor istället för strukturerade valde jag eftersom intervjuaren kan anpassa sig till vad som diskuteras vid en semistrukturerad intervju. Vid en strukturerad intervju används exakt samma frågor som ställs på samma sätt till intervjupersonerna. Deltagaren kan därför bli nervös om frågorna är många och för detaljerade och interaktionen i intervjusituationen kan också förstöras ifall intervjuaren är styrd av sina intervjufrågor. (Danielson, 2017.)

Intervjuerna planerades genom att göra en intervjuguide på både svenska och finska (bilaga 3 och 4). Enligt Danielson (2017) kan en intervjuguide innehålla en eller flera frågor som täcker syftet och under dessa kan det finnas följdfrågor. Färdiga följdfrågor i en intervjuguide kan användas som stöd under intervjun. Intervjuguiden ska endast fungera som stöd och intervjuaren borde vara väl införstådd med sina frågor. Danielson (2017) och Kvale och Brinkmann (2014) anser att kunskap om det som ska studeras behövs för att kunna utveckla de frågor som avses ingå i intervjun och för att kunna ställa följdfrågor under intervjun.

Frågorna till intervjuguiden utarbetades utgående från studiens syfte och frågeställningar och på basis av tidigare forskning och litteratur. Handledaren tittade även igenom guiden och gav förändringsförslag innan intervjuerna genomfördes. Studiens intervjuguide innehöll sammanlagt sex frågor med eventuella följdfrågor. Alla sex frågor ställdes till alla deltagare men de kunde ställas i olika följd och till viss del vara omformulerade utan att tappa frågans innebörd. Följdfrågorna var olika vid varje intervju. Fråga ett och två i intervjuguiden handlade om sjukdomsbakgrunden för att få en överblick över deltagarnas sjukdomshistoria och fråga tre till sex hade fokus på tillfrisknandeprocessen. Intervjutillfället inleddes med en kort presentation om studien och intervjun, en muntlig genomgång av samtyckesblanketten samt med några bakgrundsfrågor (ålder, sysselsättning, civilstatus och tiden för insjuknandet). Introduktionen var en lämplig inledning till samtalsämnet och gjorde stämningen mera avslappnad. Intervjun med den finskspråkiga deltagaren genomfördes enligt hennes önskemål på svenska och vid behov på finska.

Kvale och Brinkmann (2014) menar att konsten att intervjua lärs genom att utföra intervjuer och kvaliteten bedöms utgående från värdet i den kunskap som uppkommer. En god intervjuare känner till ämnet för intervjun, behärskar konsten att samtala, har språkkänsla och är lyhörd. Intervjuaren behöver ständigt bestämma vad som ska frågas och hur, vad av svaren som ska följas upp eller inte samt vilka svar som ska tolkas och inte tolkas. Danielson (2017) påpekar att en intervju också bör göras i en ostörd miljö som skapar trygghet. En bra atmosfär ger förutsättningar för en innehållsrik och djup intervju i förhållandet till syftet med studien. Två av studiens intervjuer gjordes med personlig kontakt på en överenskommen och lugn plats dit endast jag och deltagaren hade tillträde till. De tre andra intervjuerna gjordes antingen via Adobe Connect eller Skype på grund av att jag och deltagarna bodde på olika ort. Intervju via Adobe Connect eller Skype valdes också på grund av möjligheten att kunna se varandra. Inför intervjuerna på distans försäkrade jag mig om att deltagaren valde en lugn och trygg intervjumiljö, samtidigt som jag också valde en plats dit ingen hade tillträde till under intervjutillfället. Samtliga intervjuer varade mellan 45 och 75 minuter och alla intervjuer bandades in på telefon.

5.4 Analyismetod

I den här avhandlingen har analysmetoden kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) använts. Kvalitativ innehållsanalys som metod används främst inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap med fokus på tolkning av texter (Graneheim & Lundman, 2017). Metoden kan exempelvis användas vid studier som studerar företeelser och händelser och studien är därmed beskrivande och undersökande. Kvalitativ innehållsanalys ansåg jag mest lämpad för att analysera de transkriberade intervjuernas innehåll eftersom denna studie undersöker upplevelser för att nå en djupare förståelse av tillfrisknandeprocessen vid ortorexi. Vid kvalitativ innehållsanalys är fokus att beskriva variationer genom att identifiera likheter och olikheter i textinnehåll. Innehållet i materialet minskas till en hanterbar storlek för att lyfta fram det som har relevans för forskningsfrågorna. Syftet är att genom tolkning uppnå en kondenserad och bred beskrivning av fenomenet och analysens likheter och olikheter formar resultatet bestående av olika kategorier och teman. Genom att tolka innehållet växer förståelsen. (Graneheim & Lundman, 2017; Elo & Kyngäs, 2008.)

Kvalitativ innehållsanalys kan vara antingen deduktiv eller induktiv. Deduktiv betyder att analysen sker utifrån en färdig mall, modell eller teori medan induktiv innebär att analysen av texten sker förutsättningslöst utgående från forskningsfrågorna. Innehållsanalysen i den här avhandlingen är således induktiv. Texterna som analyseras kan bland annat vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser. Forskaren är medskapare i analysprocessen eftersom forskaren väljer hur man fokuserar på det innehåll som tydligt stiger fram ur texten eller det som ligger dolt i texten. (Graneheim & Lundman, 2017.)

I Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys ingår några centrala begrepp. Begreppen är analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. Termen analysenhet betecknar hela dokumentet som ska analyseras, till exempel transkriberade intervjuer. Med domän avses en viss del av en text, till exempel delar av en intervjutext som hör ihop med en fråga i intervjun. En meningsenhet består av ett antal ord, meningar eller stycken som har ett gemensamt innehåll och som svarar på studiens syfte. Meningsenheterna utgör grunden för analysen och det är viktigt att inte välja för stora och inte heller för små meningsenheter. En för stor meningsenhet kan vara för svår att hantera

eftersom den kan innebära flera betydelser och en för liten meningsenhet kan riskera att delar av innehållet går förlorat. Meningsenheterna görs kortare genom kondensering till det mest väsentliga innehållet, samtidigt som kärnan bevaras. Termen abstraktion innefattar den tolkande process när den kondenserade texten skapar koder som förs samman till kategorier eller teman på olika nivåer. Det är viktigt att kontrollera abstraktionens giltighet mot meningsenheter och kondenserad text. Koden består av ett enda ord eller några sammanhängande ord. Koden beskriver kort meningsenhetens innehåll som gör att studiens material kan ses på ett nytt sätt. Flera olika koder med liknande innehåll kan sedan sammanslås i en kategori. Att skapa kategorier är kärnan i kvalitativ innehållsanalys. Kategorierna är närbesläktade men skiljer sig från varandra och ingen data ska falla mellan två kategorier eller passa in andra kategorier. Kategorierna ska vara uttömmande och namnet på en kategori svarar på frågan ”vad?” texten innehåller. En kategori kan även innehålla underkategorier på olika abstraktionsnivåer. Kategorierna kan sedan sättas ihop till olika teman. Ett tema svarar på frågan ”hur?” och utgör en röd tråd mellan kategorierna.

I denna studie började analysprocessen med att transkribera intervjuerna och läsa igenom texterna flera gånger för att få en helhetsbild över materialet. Meningsenheterna plockades därefter ut med hjälp av studiens syfte och frågeställningar till ett word-dokument. Efter att meningsenheterna valts ut från texten kondenserades meningsenheterna till få ord för att summera meningsenheterna. Efter kondenseringen bildades koder som sedan sammanfördes till fyra kategorier. Närbesläktade kategorier skapade därefter två olika teman. Kategorierna och temana skapades med hjälp av tolkning. Materialet som var på finska översattes till svenska först i analysprocessens kodningsfas för att undvika feltolkning.

Att skapa kategorier är en utmaning eftersom kategorier bör vara både begripliga och empiriskt baserade. En framgångsrik innehållsanalys kräver att forskaren kan analysera och förenkla materialet på ett tillförlitligt sätt (Elo & Kyngäs, 2008). Kategorierna och temana ändrades flera gånger, för att finna lämpliga beskrivningar av materialet. Slutligen hittades passande kategorier och teman som svarar på studiens syfte och frågeställningar. De finns presenterade i studiens resultatkapitel i tabell 1.

6 ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR

Enligt Forskningsetiska delegationen (2012) hör det till god forskningspraxis att forskaren följer de regler som forskningssamfundet har erkänt och varje forskare är ansvarig för att följa dessa regler. God vetenskaplig praxis innebär att all vetenskaplig forskning utförs så att den är tillförlitlig och trovärdig. De etiska frågorna sammanhänger med val av forskningsområde, forskningsfrågor, källor och metoder. Som forskare bör man vara ärlig, omsorgsfull och noggrann i forskningsarbetet samt i utvärderingen och presentationen av forskningsresultatet. Datainsamlingen och forskningsmetoderna bör vara etiskt hållbara och forskaren bör beakta andra forskares arbeten. Till god vetenskaplig praxis hör även att studiens material noga transkriberas och analyseras så att texternas innehåll inte ändras.

Jag har genomgående strävat att följa de kriterier som uppställts för god vetenskaplig praxis och jag ansvarar för denna studie, berörda deltagare och att föra den nya kunskapen vidare. Ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet under hela forskningsprocessen har eftersträvat. Tillförlitliga källor har använts i studien utan att förvrängas för att tjäna studiens syfte. De metoder som tillämpats är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning. Datainsamlingsmetod och analysmetod har noga valts genom att jämföra med andra metoder som eventuellt kunnat vara lämpliga i studien. Deltagarna i studien har informerats om studien, bland annat om deras frivillighet, anonymitet och att de får avbryta deltagandet när som helst under studiens gång (bilaga 2). Eftersom intervjusamtalet kunde väcka känslor hos deltagarna beaktades detta under samtalet och de gavs även möjlighet att ta kontakt med mig i efterhand. Intervjumaterialet har behandlats sakligt, korrekt och tolkats med respekt samt förstörts efter att det inte längre behövts för denna studie.

7 RESULTAT

Syftet med studien är att undersöka hur personer som har haft ortorexi beskriver sina egna upplevelser kring tillfrisknandet och vad de anser kan vara avgörande faktorer för tillfrisknandet. Forskningsfrågorna är: 1. Hur kan tillfrisknande från ortorexi upplevas? 2. Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi?

I detta kapitel presenteras resultatet av datainsamlingen och citat lyfts fram. Data samlades in med fem intervjuer. Materialet från intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys utgående från studiens syfte och frågeställningar. De övergripande upplevelserna som steg fram ur analysen synliggörs i fyra kategorier. De närbesläktade kategorierna har därefter sammanförts till två teman. I tabellen nedanför ses kategorierna och temana och därefter beskrivs de mer ingående var för sig. En sammanfattning av studiens resultat finns illustrerad i figur 1 på sida 57.

Bristfällig förståelse av ortorexi Svårighet att bedöma tillfrisknandet	En utmanande psykisk process
Resurser för tillfrisknandet Hälsförändringar	Förbättrad hälsa

Tabell 1. Studiens kategorier och teman.

7.1 En utmanande psykisk process

Temat ”en utmanande psykisk process” består av kategorierna ”bristfällig förståelse av ortorexi” och ”svårighet att bedöma tillfrisknandet”. Gemensamt hos deltagarna i studien var att de ansåg att tillfrisknande från ortorexi är krävande på många sätt. Detta avsnitt beskriver inledande varför tillfrisknande från ortorexi är en psykisk process. Kategorierna beskriver

därefter andra orsaker som kan göra att tillfrisknandet upplevs som utmanande med många negativa känslor.

Tillfrisknande från ortorexi innebär enligt deltagarna att vilja och våga utmana sig att gå emot ett beteende som under en lång tid blivit en stor del av livet. Deltagarna redogjorde för att de behövde tvinga sig att gå emot och släppa kontrollen över tvångsbeteendet och tankarna för att kunna tillfriskna. Det förstnämnda citatet nedan beskriver den utmaning som kan upplevas när man försöker avvika från tidigare beteende. Ur citatet framkommer att ångest, skuld och värdelöshet kan uppstå på grund av känslan av att inte längre vara disciplinerad och duktig. Att gå emot inre röster är enligt deltagaren därför också nödvändigt, för att med tiden bli av med negativa tankar.

Jag har tvingat mig själv, jag har liksom fått gå emot något som är så starkt i mig och sen då komma över, tvinga mig, tränga igenom den här ångest- och skuldkanalen som är fruktansvärd, att så här 'gud vad du är så lat, så lat- oj herregud' och 'nu är du dålig'. Så de inre rösterna som har ekat har jag fått bara så här... gå emot för att förklara det på bästa sätt. – Deltagare 4

Väldigt labilt med mitt psyke, tankarna har varit det som har varit värst. Jag hade otroligt mycket ångest i början och när jag hela tiden hade haft som metod att hantera ångest med träning och när man plockade bort det helt så... ja det var skitsvärt. – Deltagare 5

Att våga gå emot motions- och ätbeteendet är således inte det mest komplicerade under tillfrisknandet utan deltagarna påpekade att den största utmaningen är befrielse från ångest kopplad till ätande och fysisk träning. Det andra citatet ovan beskriver också utmaningen med ångestkänslan. Ur citatet framkommer att tillfrisknande från ortorexi i början kan leda till ännu mera ångest jämfört med vad som redan upplevs. När man har ortorexi har man redan mycket ångest, till exempel ångest över att ständigt vara tvungen att kontrollera och planera livsstilen. Fysisk träning kan vara en metod för ångesthantering, vilket innebär att en träningspaus kan skapa ytterligare ångest under tillfrisknandet. På grund av detta upplevde deltagaren tillfrisknandet som väldigt utmanande och avlägset.

Även rädslor är framträdande ur datamaterialet. Flertalet av deltagarna beskrev att de kände sig rädda under hela tillfrisknandet. Dessa rädslor var ofta kopplade till att vara ohälsosam, att gå upp i vikt, att börja träna igen efter träningspaus och rädsla för att vara odisciplinerad

och inte duga som man är. Dessa rädslor visar olika dimensioner av rädsla som deltagarna uttryckte i intervjuerna.

Att blotta sig är ju skrämmande för många. Att vara sårbar och såhär att man nästan är naken. Så det är väl att, alltså alla rädsorna och det gamla att inte duga och inte vara bra nog. – Deltagare 4

Det beskrivna citatet ovan uttrycker en rädsla för att vara sårbar, svag och inte bra nog. Denna rädsla kan tolkas som en djupare dimension av rädslan.

7.1.1 Bristfällig förståelse av ortorexi

I föregående avsnitt presenteras att tillfrisknande från ortorexi kan upplevas som utmanande på grund av att det är en psykisk process. Tillfrisknandeprocessen beskrevs också som utmanade av deltagarna eftersom ortorexi är en osynlig ohälsa. Det gav upphov till en känsla av osynlighet och förminskning både under sjukdomstiden och tillfrisknandeprocessen. Upplevelsen av att ortorexin är osynlig framhövdes tydligt ur analysen och skapar kategorin ”bristfällig förståelse av ortorexi”.

Samtliga deltagare uppgav det komplicerat både för sig själva och för andra att förstå att de var drabbade av ortorexi. Det här tyder på att ortorexi är en diffus sjukdom med ett otydligt insjuknande. I början av tillfrisknandeprocessen kan därför ilska uppstå ifall man delvis förnekar att man är sjuk. Det är enkelt att dölja ortorexi, eftersom den drabbade äter hälsosamt och motionerar utan att ”svälta sig”. Beteendet kan uppfattas som hälsosamt av omgivningen, vilket uttrycktes i att deltagarna fick beröm för beteendet. Enligt deltagarna försvårade berömmet tillfrisknandet, eftersom de fick ”kickar” av berömmet och bekräftelse för att de åt och motionerade ”rätt”. Det ledde till ytterligare behov av att fortsätta och mindre motivation för att sluta med beteendet. Citatet nedanför beskriver denna problematik.

Folk berömde ju mig att 'oj vad du ser bra och fräsch ut!'. 'Vad du är hurtig då du sportar så mycket och vad duktig du är då du äter så bra!'. Då fick man ju bekräftelse! Så då fortsätter man ju bara för att man tänker att det här är ju bra, vad bra det går. Ja, det blev lite fel. – Deltagare 1

Deltagarna upplevde avsaknad av lättillgänglig information om ortorexi eftersom få hade kunskap om ortorexi. Denna avsaknad försvårade också insikten av att vara sjuk när ett namn på tillståndet saknades. Deltagarna uppgav det därav utmanande att våga söka hjälp. De

påstod att det var komplicerat att diskutera något som saknar ett namn och att dessutom försöka förklara till någon som inte är i samma situation. Några deltagare ansåg att efter insikten av att vara sjuk var det fortfarande utmanande att tillfriskna på grund av svårighet att finna ”rätt” riktning för hur man kan tillfriskna. De menade att det existerar många riktlinjer för vad balanserad kost och fysisk träning innefattar, vilket lyfts fram i citatet nedan.

Det var svårt att be om råd för med anorexi kunde man alltid fråga hur mycket man ska äta. Men när det gäller just träning och mat i kombination, och att balansera upp det så får man olika bud från alla håll vilket har gjort det var väldigt förvirrande hela tiden. Att försöka få grepp om vad är balanserad träning? Ska jag gå på det här passet eller inte? Och vem ska jag fråga? Och att förhålla sig till ett samhälle som är så här, alla äter ju inte som man ska, antingen mer eller mindre så det har varit väldigt snurrigt och svårt att hitta någon riktning själv. –Deltagare 5

Deltagaren i citatet upplevde det mer komplicerat att tillfriskna från ortorexi jämfört med att tillfriskna från anorexi. Effektiva råd beträffande tillfrisknande från anorexi erbjöds medan råden angående ortorexi var motstridiga. Under hela tillfrisknandeprocessen kände deltagaren sig därför förvirrad över hur hon skulle gå tillväga för att tillfriskna.

På grund av otillräcklig förståelse av ortorexi upplevde flera deltagare därmed bristfälligt stöd av omgivningen, vilket ledde till att tillfrisknandet upplevdes ännu tyngre. En deltagare upplevde exempelvis att omgivningen inte hade den hjälp och det stöd som hade behövts under hela processen. Det beskrevs som att ”alla befann sig på en annan planet” på grund av oförståelse för hur hon mår. Det beskrevs också som att ”alla försökte allt samtidigt en liten stund och sedan försvann alla”. Ur deltagarens beskrivningar framhävs en känsla av ensamhet och frustration. De andra deltagarna upplevde även ensamhet och frustration på grund av otillräcklig förståelse och bristfälligt stöd, vilket exempelvis synliggörs i citaten nedan.

Mera stöd överlag skulle jag ha velat ha genom hela processen. Jag har egentligen gått igenom det ganska mycket själv och det har varit så tungt och ensamt. Det skulle ha varit så mycket lättare om någon faktiskt skulle ha lyssnat och kanske läst in sig lite på ortorexi och gett mig råd. Om någon skulle ha stöttat mig lite så tror jag att det skulle de ha varit bättre. - Deltagare 1

Jag blev jättefrustrerad för det kändes som att alla andra runt omkring mig sa ”men det är bara att göra så här, gör en matplan och blabla och tänk såhär”. Varför säger alla det är lätt när det är jättesvårt? Det funkade inte och jag kände mig värdelös som människa och också som en person som försöker tillfriskna. – Deltagare 5

Det andra citatet ovan visar att frustration men också känsla av värdelöshet kan uppstå under tillfrisknandet, till exempel om omgivningen påstår att det är lätt att ändra på beteendet och tankarna fastän det i verkligheten är komplicerat. Sammanfattningsvis upplevde deltagarna att många inte såg eller förstod hur de mådde och vad som skedde, vilket kan förstås som en känsla av att vara osynlig och förminskad.

7.1.2 Svårighet att bedöma tillfrisknandet

Kategorin ”svårighet att bedöma tillfrisknandet” skapades utifrån analysen eftersom alla deltagare upplevde det utmanande att veta när de kunde anse sig tillfrisknade och om det ens går att bli fullständigt frisk från ortorexi. Denna förvirring och osäkerhet uppstod eftersom tillfrisknande från ortorexi är en tidskrävande psykisk process.

Enligt deltagarna varade tillfrisknandeprocessen en lång tid. Det tog flera år innan de kände sig tillfrisknade eller nästan tillfrisknade. En ungefärlig period för processen kunde uppges. De kunde inte säga en exakt tidpunkt för tillfrisknande eller fullständigt tillfrisknande eftersom tillfrisknande från ortorexi är en successiv process med med- och motgångar. För två av deltagarna tog det ungefär tre år, för en deltagare varade det ungefär fyra och ett halvt år och för två deltagare räckte tillfrisknandet ungefär sex år innan de upplevde att de hade kontroll över ortorexin. Enligt deltagarna förbättrades måendet successivt under processens gång, eftersom tillfrisknandet var olika stabilt med bättre och sämre perioder. Några av dem upplevde att tillfrisknandet framskred någorlunda naturligt. Det beskrevs som ”en sak i taget och en sak ledde till en annan”. Några deltagare kan fortfarande lägga märke till att måendet är olika stabilt. Varierande stabilitet och återfall kan bland annat bero på andra motgångar i livet, som kan leda till flykt in i fysisk träning eller begränsning av kostintag. Andra faktorer som påverkade flera deltagares tillfrisknande tidsmässigt negativt var samhällets prestationskrav och ideal, speciellt den rådande fitnessrenden, och ovilja att diskutera med andra eller ta emot terapi eftersom sjukdomen upplevdes som skamfylld.

Ur datamaterialet synliggörs att det även är problematiskt att säga när man är frisk och när man inte är frisk från ortorexi eftersom ortorexi är en komplex psykisk sjukdom med en otydlig gräns mellan sjuk och tillfrisknad. Reflektioner såsom ”är jag frisk om jag fortfarande tränar mycket?” och ”är jag frisk trots att jag fortfarande föredrar att äta hälsosamt?” uppkom

hos några deltagare. Likväl saknade deltagarna någon som hade kunnat inspirera dem att det är möjligt att fullständigt tillfriskna från ortorexi. Vid tillfället när studien gjordes ansåg tre av deltagarna sig fullständigt tillfrisknade, medan två av dem inte ansåg sig 100 % tillfrisknade. De deltagare som inte ansåg sig fullständigt tillfrisknade uppfattar att ortorexin inte kan elimineras helt utan att ortorexin påverkar livet mer eller mindre framöver, trots att de upplever en bättre hälsa. De menade att beteendet och tankarna relaterade till kost och fysisk träning har pågått så länge att de har blivit en del av deras liv. Exempelvis kan tvångsbeteendet återkomma emellanåt och en deltagare har därför valt att uppfatta sig som sjuk för att vara mer observant, i stället för att anse att ortorexin är övervunnen. I citatet nedan beskrivs detta förhållningssätt.

Jag har valt att göra så, att hellre tänka mig som sjuk och ligga ett steg före, än att tänka att nu är allting bra. För det har hänt, sen dess har det hänt två eller tre gånger att jag har blivit dålig, inte lika dålig men ändå så att oj nu hamnade jag här igen. Så nu har jag valt att inte tänka att det blir bra utan jag tänker att jag får förhålla mig till det. Det är det bästa sättet som fungerat för mig genom åren. – Deltagare 5

I citatet framkommer att förhållningssättet valts eftersom återfall har uppkommit för deltagaren på grund av antagandet om att hon är fullständigt tillfrisknad och att hon inte längre behöver vara observant. I stället har deltagaren accepterat att hon i fortsättningen behöver förhålla sig till ortorexin för att förhindra återfall.

Utgående från analysen kan konstateras att många faktorer kan bidra till att tillfrisknande från ortorexi upplevs som en tuff tid med mycket negativa känslor. Deltagarna ansåg ändå att det var värt att tillfriskna eftersom tillfrisknandet medförde många positiva känslor och förändringar som bidrog till en förbättrad hälsa. I nästa avsnitt presenteras dessa upplevelser.

7.2 Förbättrad hälsa

Temat ”förbättrad hälsa” innefattar kategorierna ”resurser för tillfrisknandet” och ”hälsoförändringar”. Kategorin ”resurser för tillfrisknandet” sammanfattar vad som möjliggjorde tillfrisknande från ortorexi och kategorin ”hälsoförändringar” beskriver hurdana positiva förändringar relaterade till hälsan som upplevdes i och med de avgörande faktorerna för tillfrisknandet. Enligt deltagarna gav dessa upplevelser upphov till många positiva känslor och därmed en förbättrad hälsa.

7.2.1 Resurser för tillfrisknandet

Deltagarna beskrev olika faktorer som bidrog till tillfrisknande från ortorexi. De beskrev både faktorer som bidrog till vändpunkten för tillfrisknandet och faktorer som var betydelsefulla under hela processen. Resurserna presenteras i det här avsnittet och svarar på studiens andra frågeställning: Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi?

För att kunna tillfriskna från ortorexi uppgav samtliga deltagare att det i första hand behövs en insikt i och ett accepterat förhållningssätt till att vara sjuk samt en förståelse för att det är frågan om ortorexi. Ur analysen framhävs att det behövs en insikt i att det tvångsmässiga beteendet skapar ett lidande i form av psykisk trötthet och skada på kroppen, det vill säga en förståelse för att beteendet inte är hälsosamt och att det påverkar hälsan negativt. Två av deltagarna uppgav att vändpunkten för tillfrisknandet uppstod när de på egen hand hade läst om ortorexi och att de då kunde identifiera sig med beteendet och förstå att det är ortorexi som de kämpar med. Flera deltagare påpekade att insikten om att vara sjuk var en stor upplevelse under tillfrisknandet och att det gav upphov till förvåning. En deltagare förklarade det som en insikt i att vara fångad i gammalt mönster och sin egen kropp, medan en annan deltagare beskrev det som ett ”wake up call” eftersom beteendet hade blivit en rutin. Efter insikten, när medvetenhet om ohälsan uppstod, uppfattades ortorexin och tillfrisknandet lättare att hantera. För att möjliggöra tillfrisknande poängteras även att en stark egen vilja och att våga möta utmaningar behövs.

Enligt fyra deltagare hade livsstilsförändringar betydelse för tillfrisknandet. Dessa var miljöombyte, nya intressen och nya relationer. Flytt till annan ort eller ett nytt arbete skapade nya rutiner och annat att tänka på för några deltagare medan avslut av tävlingsidrott bidrog till mindre prestationsångest för en deltagare. För fyra deltagare hade nya relationer en betydelsefull inverkan på tillfrisknandet. Exempelvis hjälpte nya pojkvänner två deltagare i processen eftersom de var förstående och hade ett hälsosamt förhållningssätt till kost och motion. Citatet nedan beskriver detta, att en deltagares sambo bidrog till vändpunkten för tillfrisknandet.

Jag träffade min nuvarande sambo, jag har som sagt alltid levt i smärta och sen kom han in i mitt liv och det var verkligen kärlek vid första ögonkastet. Han är kock och han är min trygga klippa och när jag träffade honom så kunde jag börja läka mitt gamla. Jag satte ord på det här för första gången till

någon och med tiden med honom kunde jag börja njuta av mat. Han älskade och älskar mig för den jag är och det var första gången jag kände det. – Deltagare 4

I citatet framkommer vikten av sambons stöd och förhållningssätt. Deltagaren upplevde sig älskad för den hon är och att hon kunde lita på sin sambo, vilket gjorde att hon vågade beskriva hennes känslor och tankar till honom. Efterhand kunde deltagaren njuta av all sorts mat, tack vare hans hälsosamma förhållningssätt till kost och ätande. Trots att deltagarna överlag upplevde otillräcklig förståelse och bristfälligt stöd hos omgivningen under tillfrisknandet upplevde de att de människor som försökte förstå, som erbjöd stöd och som var närvarande under hela processen hjälpte dem att tillfriskna. Exempelvis hade en deltagares psykolog kunskap om ortorexi och hon skapade därmed en känsla av att hon förstod situationen och att hon var omtänksam. Att bära på lidandet som ortorexin ger upphov till och att tillfriskna ensam är en omöjlighet enligt flera deltagare. De påpekade att trots att det upplevs utmanade att beskriva egna tankar och känslor behövs mod för att be om hjälp, eller åtminstone diskutera situationen med någon annan.

Konkreta och medvetna metoder ansågs också betydelsefulla under tillfrisknandet. Ändring av motionsbeteendet är nödvändigt, till exempel genom träningsförbud i början, nedtrappning för att sedan helt utesluta fysisk träning eller att ändra på motionsformen och intensiteten. Även en försiktig förändring av ätbeteendet behövs, det vill säga att försöka njuta av all sorts mat genom att sluta kontrollera ätandet och även inta mindre hälsosam mat. Exempelvis köpte en deltagare glass som hon försökte äta och som vartefter gav upphov till njutning i stället för ångest. Här synliggörs att beteendeförändringarna ogärna ska ske med en gång, utan i stället successivt och försiktigt så att förändringarna inte har motsatt effekt i hög känsla av skuld och ångest. Att eliminera faktorer som kan trigga tankar och beteende, till exempel en matvåg beskrevs också som effektivt för några deltagare. För att förändring av motions- och ätbeteendet ska vara möjligt och att tvånget och ångesten ska försvinna krävs förutom vilja och mod även minskning av prestationsångest och en insikt i att levnadsvanor gällande kost och motion inte behöver vara strikta. I citatet nedan synliggörs denna insikt.

Största upplevelsen var att jaha- det var inte så farligt och man måste inte träna varje dag och om det blev fel så gör det ingenting. Man fick en kick av att man märkte att jag kan ju äta en chokostång och inte bli fet, att det inte är så svart och vitt, att man kan vara inom en gråzon. – Deltagare 1

Citatet beskriver att insikten om att levnadsvanor gällande kost och motion inte behöver vara strika är en stor upplevelse under tillfrisknande från ortorexi och att den ger upphov till många känslor, speciellt förvåning, men också känsla av frihet kan synliggöras ur citatet. Upplevelsen i citatet kan tolkas som att en tung börda frigjordes från kroppen och att glädje och lättnad uppstod, när deltagaren insåg att ätande och motionsmängd inte ständigt behöver kontrolleras. Andra deltagare lyfte också fram vikten i denna insikt och menade att ett nytt tankesätt behövs, till exempel att fysisk träning inte behöver ske varje dag utan att kroppen mår bra av att få vila emellanåt och att ohälsosammare mat ibland inte har påverkan på hälsan i sin helhet.

Bland deltagarna var det olika hurdan hjälp som mottogs. Tre av dem sökte inte professionell hjälp för ortorexin, medan två av dem fick någon form av professionell behandling. Den ena deltagaren ville inte motta samtalsterapi men hon tog i början emot behandling som kontrollerade vikt och kostintag eftersom hon hade anorexi samtidigt och den andra deltagaren mottog ortorexibehandling några månader i början varefter endast fortsättning med psykolog valdes. Deltagaren ansåg ortorexibehandlingen som ett fungerande startskott för motivation till tillfrisknandet. Hon fick svar på att det var frågan om ortorexi och orsaken till måendet, samtidigt som hon träffade andra i samma situation. En av deltagarna som inte ville motta så kallad traditionell behandling uppgav sig tillfriskna på egen hand tack vare andlig vägledning och stöd av familj och naturen. I citatet nedan beskrivs hennes erfarenhet av detta.

Mycket har jag gjort själv med hjälp av vägledning och alternativa metoder. Att förstå och att bearbeta gammalt, till exempel har mina upplevelser och smärta kommit upp. Så det handlar om att jag har mött min gamla smärta och vågat känna den. Att gråta och våga släppa fram allt som ska upp. Detta är nyckeln. – Deltagare 4

Citatet beskriver att förutom att läka sjukdom kan det vara nödvändigt att möta och läka gamla trauman som blivit sammankopplat med ett tvångsmässig beteende. Enligt deltagaren kan det uppnås med vägledning, det vill säga genom att försöka förstå och våga känna gammal smärta. Vidare uppgav hon att ett viktigt verktyg var att vistas vid havet och i skogen, för att uppleva lugn och möjligheter till läkning. Även en annan deltagare uppgav det nödvändigt att bearbeta tidigare händelser och upplevelser för att tillfriskna.

De känslor som uppstod i och med resurserna för tillfrisknandet och som synliggörs i detta avsnitt påverkade således även tillfrisknandet positivt. Till exempel förvåning, lättnad, glädje och frihet skapar motivation att tillfriskna och att inte ge upp. Deltagarna har även starka minnen kvar från sjukdomstiden. En deltagare påpekade att hon mest sammankopplar ångesten över att ständigt vara tvungen att kontrollera och planera till tiden med ortorexin. Deltagaren uppgav att hon fortfarande emellanåt kan vakna på morgonen och uppleva samma ångest som hon tidigare kände varje morgon. Denna inblick uppmärksammar att hennes tillfrisknande framskridit och skapar en rädsla för att hon inte vill uppleva ortorexi igen. Denna form av rädsla kan ses som en positiv rädsla i detta sammanhang.

7.2.2 Hälsförändringar

I det här avsnittet presenteras kategorin ”hälsförändringar” som sammanfattar olika positiva förändringar relaterade till hälsan som deltagarna upplevde vid tillfrisknande från ortorexi, i och med resurserna för tillfrisknandet.

Genom att deltagarna i studien insåg att levnadsvanor beträffande kost och motion inte behöver vara strikta och att de därefter försökte förändra det gamla tankesättet (se föregående avsnitt) uppstod med tiden ett förändrat hälsoperspektiv hos deltagarna. De insåg efterhand att motion och kost är ett verktyg för både fysiskt och psykiskt välbefinnande och inte endast för utseendets skull. Ur analysen framkommer att detta förändrade perspektiv under tillfrisknandet även uppstod på grund av ökad kunskap om hälsa, kost och motion och att förändringen möjligen var en naturlig process på grund av mognad med förändrade prioriteringar och värderingar. I citatet nedanför synliggörs en deltagares upplevelse av förändrat hälsoperspektiv under tillfrisknandet.

Hälsan har blivit mycket mer breddad. Att alla delar måste få plats, det räcker inte bara att pressa in alla träningspass. Nu tänker jag mer att det här året vill jag hinna och kunna träna hela året. Jag försöker tänka mer i ett livsperspektiv, att jag ska kunna fortsätta träna i hela mitt liv, jag kan inte fortsätta springa så här om jag får ont i knäna. Det måste fungera under ett helt liv, det är ju helt meningslöst att 'deffa' [hårdträna] fram magrutor när man är 30 år och sen leva ett helt liv efter det när man är trasig. – Deltagare 5

Deltagarens syn på hälsan breddades tack vare insikt i att samtliga hälsfaktorer behövs för hälsan och välbefinnandet och inte endast genom att man fokuserar på fysisk träning. Hon

började tänka i ett längre perspektiv, att kroppen behöver orka och fungera hela livet. Den fysiska träningen blev mindre extrem och som ett verktyg för välbefinnande och ork i vardagen. Synen på sambandet mellan kost och hälsa förändrades också utgående från datamaterialet. Deltagarna insåg att det inte är farligt att äta mindre hälsosamt ibland, eftersom det handlar om att äta med måtta och att finna ett balanserat kostintag.

Utgående från datamaterialet framkommer att den fysiska återhämtningen framskrider betydligt snabbare jämfört med den psykiska återhämtningen. Att minska träningsmängd och avsluta kontroll av ätandet gör att kroppen återfår energi. Den inre stressen och ångesten inklusive låg självkänsla och lågt självförtroende kan dröja kvar längre, innan man känner sig mer avslappnad och ångestfri i kroppen och psyket. Mindre ångest relaterad till kost och fysisk träning uppgavs som ett gott tecken på tillfrisknande och samtliga deltagare medgav att de mådde bättre först när tvångstankarna var färre. I citatet nedanför framhävs hur befrielse från tvångs- och kontrollbehovet kan upplevas.

Det går inte att beskriva den här befrielsen, det är som att någon har tagit ut mig ur fångelse som jag har levt i ett halvt liv. – Deltagare 4

Deltagaren upplevde det som att bli räddad från ett tidigare tvångsmässigt liv och en känsla av frihet, lättnad och glädje är framträdande. Andra deltagare uttryckte känslan av frihet som att bli fri från kontrollbehovet, tvångstankarna och det liv som de hade levt med under en lång tid. När det maniska beteendet minskade förändrades deltagarnas personlighet. De blev lugnare, självsäkrare och de lärde känna sig själva bättre, det vill säga vad de mår bra av och vad de vill göra i sina liv. Det beskrevs som att de blev mindre hårda och dömande mot sig själva, att de började tänka mera positivt om sig själva och att de är bra nog utan att jämt prestera. Även att lyssna på kroppen ”inifrån” uttrycktes, det vill säga utgående från känslan i kroppen i stället för att utgå från att uppfattas som välmående och vältränad. Förändringar i den sociala livsstilen framkom också ur intervjuerna. Två av deltagarna var under sjukdomstiden sociala och deltog mycket i sociala aktiviteter, eftersom de bland annat stolt ville uppvisa sin vältränade kropp. Under tillfrisknandet blev de bättre på att sätta gränser för mängden sociala aktiviteter eftersom de blev mer måna om sig själva. De andra deltagarna påpekade å andra sidan att tillfrisknandet förde med sig en social samvaro, jämfört med tidigare då fokus endast var att motionera och äta hälsosamt. De upplevde glädje över att igen

kunna börja umgås med andra och några deltagare uttryckte även att de i större utsträckning började värdesätta allt vad livet innefattar.

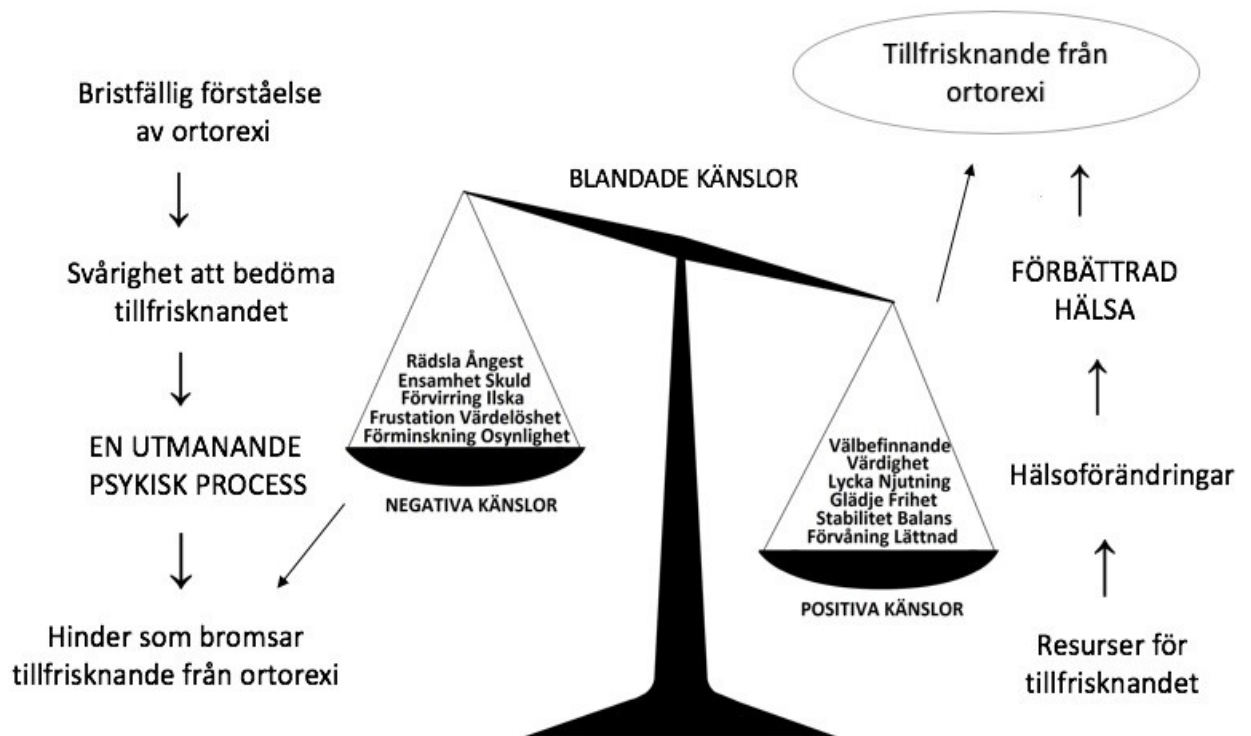
Samtliga deltagare beskrev att de hälsoförändringar som skedde i och resurserna för tillfrisknandet och de positiva känslorna som uppstod förbättrade deras hälsa. De upplevde olika grad av tillfrisknande och de två deltagarna som inte ansåg sig fullständigt tillfrisknade upplevde ändå ett bättre välbefinnande, trots att de uppfattar att ortorexin påverkar livet mer eller mindre framöver. Exempelvis kan tvångsbeteendet återkomma emellanåt, men deltagarna har blivit bättre på att känna igen och hantera återfall och känna efter vad som påverkar deras välbefinnandet positivt. De har accepterat att ortorexin delvis kommer att finnas kvar och de poängterade att känsla av balans, stabilitet, frihet och att kunna hantera tankar är viktigt för att uppleva sig som delvis tillfrisknad. Känslan av frihet poängterade samtliga deltagare som den viktigaste känslan under tillfrisknandet. Att uppleva sig friare kan med tiden till exempel skapa njutning vid intag av all sorts mat. I citatet nedan synliggörs denna känsla av njutning, som en deltagare upplevde i och med tillfrisknandet.

Det var första gången, alltså ända sen jag var liten jag kunde njuta av ett glas rött, äta godis när jag är sugen och äta glass utan att det behövde vara lördag utan att få ångest. – Deltagare 4

Deltagaren i citatet ansåg sig fullständigt tillfrisknad vid intervjutillfället. Hon upplevde sig som fri eftersom hon ansåg att hon är bra som hon är utan att behöva prestera. Hon upplevde ingen ångest kring fysisk träning och kost och hon uppgav att hon idag, jämfört med tidigare, upplever total harmoni och lycka bland annat eftersom hon upplever välbefinnande och kan njuta av allt i livet igen. Hon påpekade att tillfrisknande från ortorexi handlar om en förmåga att överge kontroll och prestationsbehov angående motion, kost och hälsa, för att kunna vila och ta tillvara och njuta av livets alla stunder.

I figur 1 nedanför sammanfattas slutligen hur deltagarna i studien upplevde tillfrisknande från ororexi. Studiens kategorier och teman och den ambivalens som deltagarna upplevde synliggörs. Tillfrisknande från ortorexi innefattar både med- och motgångar och många olika känsloupplevelser uppstod därför som både var av positiv och negativ karaktär. Speciellt i början av tillfrisknandet förekom många negativa känslor som var sammankopplade med upplevelsen av bristfällig förståelse av ortorexi och svårighet att hitta rätt riktning för tillfrisknandet. Men med tiden uppstod många positiva känslor tack vare resurserna för

tillfrisknandet och hälsoförändringarna. Dessa positiva känslor var så starka att de dominerade över de negativa känslorna, vilket gav dem motivation och kraft att tillfriskna. Figuren är därmed illustrerad som en vågskål innefattande de blandade känslorna. Figuren tydliggör alltså att de negativa känslorna ”bromsar” tillfrisknandet medan de positiva känslorna har motsatt effekt i form av kraft att tillfriskna. Figuren tydliggör ytterligare att en förutsättning för tillfrisknande är att de positiva känslorna ”väger” mer än de negativa känslorna, så att den drabbade personen upplever en vilja att tillfriskna.



Figur 1. Upplevelser av att tillfriskna från ortorexi. Sammanfattning av studiens resultat.

8 DISKUSSION

I det här kapitlet diskuteras de centrala resultaten från studien. Resultatet jämförs i förhållande till tidigare tidigare forskning och tolkas och fördjupas mot studiens teoretiska utgångspunkter. Diskussionen kring ämnet fördjupas genom att spegla resultatet mot studiens teoretiska utgångspunkter.

Syftet med studien var att undersöka hur personer som har haft ortorexi beskriver sina egna upplevelser kring tillfrisknandet och vad de anser kan vara avgörande faktorer för tillfrisknandet. Forskningsfrågorna var: 1. Hur kan tillfrisknande från ortorexi upplevas? 2. Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi? Genom analysprocessen framkom fyra kategorier och två teman från forskningsfrågorna. Kategorierna ”bristfällig förståelse av ortorexi” och ”svårighet att bedöma tillfrisknandet” skapade temat ”en utmanande psykisk process” och kategorierna ”resurser för tillfrisknandet” och ”hälsförändringar” skapade temat ”förbättrad hälsa”. Kategorin ”resurser för tillfrisknandet” svarar på studiens andra frågeställning.

8.1 En utmanande psykisk process

Resultatet från denna studie visar att tillfrisknade från ortorexi kan upplevas som en utmanande psykisk process med känslor av ångest, skuld, värdelöshet och rädslor. Tillfrisknande från ortorexi är psykiskt utmanande eftersom befrielse från ångest kopplad till hälsosam kosthållning och motion är den största utmaningen och det mest tidskrävande under tillfrisknandet. Tillfrisknande från ortorexi innebär att gå emot ett beteende som under en lång tid blivit en del av livet. Känslan av att inte längre vara disciplinerad, duktig eller att inte leva hälsosamt kan uppstå, vilket kan relateras till Mathieu's (2005) studie. Enligt Mathieu (2005) upplever personer som är fixerade vid hälsosamt ätande stark frustration när deras kostvanor störs, avsky när de inte äter ”rent” och skuld och självförakt när de inte håller sig till dieten. Att tillfrisknande från ortorexi beskrevs som en process av deltagarna i studien stämmer överens med definitionen som Amering och Schmolke (2009) lyfter fram. Tillfrisknande kan förstås som en handling, en insats, en process eller en period av tillfrisknande. Tillfrisknande från ortorexi sker inte över en dag utan processen sträcker sig över en längre period.

Studiens resultat framhäver att tillfrisknande från ortorexi kan upplevas som problematiskt också på grund av att ortorexi är ett komplext psykiskt tillstånd av ohälsa utan både diagnostiska kriterier och en tydlig definition över vad ortorexi innefattar. Dessa upplevelser synliggörs i resultatets kategorier ”bristfällig förståelse av ortorexi” och ”svårighet att bedöma tillfrisknandet”. Kategorin ”bristfällig förståelse av ortorexi” framhäver speciellt att känslor av frustration, osynlighet, ensamhet och förminskning kan uppstå. Orsaken till denna upplevelse relateras till att ortorexi är en osynlig ohälsa, på grund av att ortorexi inte är en medicinsk diagnos och att bristfällig information och förståelse av fenomenet rådde vid tidpunkten för deltagarnas sjukdomstid. Ortorexi är även ett psykiskt tillstånd av ohälsa, som möjligtvis inte uttrycks i synliga fysiska symptom. Ett ortorektiskt beteende kan till och med uppfattas som hälsosamt eftersom motion och hälsosamt ätande normalt relateras till hälsa samtidigt som den drabbade personen ser vältränad och välmående ut. Enligt Håman (2016) kan förståelsen för att det överdrivna hälsosamma beteendet är sjukligt, istället för hälsosamt och normalt, försvåras ytterligare i en tid av extremt fokus på hälsa. Resultatet visar därför att det både var problematiskt för deltagarna själva och för omgivningen att förstå att beteendet inte var normalt och att det var frågan om ortorexi. Jämförelsevis kan det även vara komplicerat att observera andra former av ätstörningar eftersom ett stort ätbeteende kan vara utmanade att skilja från ett normalt ätbeteende (Charpentier et al. 2011). Med tanke på att ortorexi är svårt att upptäcka, dels eftersom beteendet i en tid av fokus på hälsa kan avses som normalt och dels eftersom det är frågan om en komplext psykiskt tillstånd av ohälsa kunde en diagnos för ortorexi underlätta både för drabbade, anhöriga och kliniska verksamheter. Håman (2016) påpekar att oavsett om ortorexi betraktas som ett socialt eller medicinskt problem kan det uppfattas som att det inte existerar om det inte har en diagnos. Om ortorexi inte uppfattas som att det existerar kan det vara stigmatiserande för den drabbade och det bekräftas i studiens resultat eftersom deltagarna var rädda för att inte bli förstådda om de hade vänt sig till hälso- och sjukvården. Att inte söka professionell hjälp kan få som följd att lidandet förvärras samtidigt som tillfrisknandeprocessen förlängs. Att inte få en diagnos gör situationen även obegriplig och kan skapa en känsla av att inte bli ”tagen på allvar” (Brülde & Tengland, 2003), vilket synliggörs ur resultatet. Att inte bli tagen på allvar beskrevs av deltagarna som en upplevelse av att inte bli sedd och förstådd av omgivningen under tillfrisknandet. Vidare kan ett tillstånd som är klassificerat med en egen diagnos vara meningsfull för sjukvården så att behandlingar kan utvecklas och anpassas (Håman, 2016).

Studiens resultat belyser därmed att oavsett om ortorexi är klassificerad som en diagnos behövs ökad förståelse av ortorexi och dess tillfrisknandeprocess både inom hälso- och sjukvården och i samhället generellt eftersom flertalet deltagare upplevde det förvirrande att förstå att de var drabbade av ortorexi och därefter att tillfriskna. Dock var det minst tre år sedan deltagarna i studien genomgick den mest intensiva tillfrisknandeperioden, vilket kan innebära att kunskapen om fenomenet var mer bristfällig tidigare jämfört med i dagsläget. Enligt Missbach och Barthels (2017) har 70 % av de vetenskapliga artiklarna publicerats inom de fem senaste åren och fenomenet har även spridit sig via bland annat sociala medier (Koven & Abry, 2015). Det tyder på att kunskapen om ortorexi troligen har ökat de senaste åren.

Resultatets kategori ”svårighet att bedöma tillfrisknandet” sammanfattar den omfattande osäkerhet som kan uppstå vid tillfrisknande från ortorexi. Denna förvirring var sammankopplad med reflektioner kring vad tillfrisknande innebär och om man ens kan tillfriskna fullständigt från ortorexi. Osäkerheten uppstod eftersom tillfrisknande från ortorexi är en tidskrävande process med upp- och nedgångar. Studiens resultat visar att tillfrisknandet kan fortgå många år innan upplevelse av förbättrad kontroll över ortorexin uppstår. Bratman och Knight (2000) lyfter även fram att det kan ta tid att lära sig följa en medelväg och att göra det naturligt vid tillfrisknande från ortorexi. Chapentier et al. (2011), Paterson (2008) och Hall och Ostroff (1998) bekräftar detsamma angående tillfrisknande från ätstörningar. Vägen mot förbättring vid ätstörningar är tidskrävande, utmanande och hinder på vägen kan uppstå. Enligt Chapentier et al. (2011) är återfall vanligt vid ätstörningar, speciellt i ett tidigt skede av tillfrisknandet. Det bekräftas i studiens resultat men resultatet framhäver också att måendet ibland kan upplevas ostabilt även efter den mest intensiva tillfrisknandeperioden. Till exempel andra motgångar i livet kan leda till flykt in i motion och att ätandet blir mer begränsat. På grund av motgångar upplevde alltså deltagarna i studien det komplicerat att förstå om de var tillfrisknade eller inte. Osäkerheten angående när man är tillfrisknad och om det går att fullständigt tillfriskna uppstod också eftersom det vid psykiska problem inte finns tydliga kriterier för tillfrisknande (Norrington & Clinton, 2009; Dawson et al., 2014). Dawson et al. (2014) påpekar att avgränsningen mellan hälsa och sjukdom är tydlig i diagnostiska kriterier för ätstörningar och om personen inte längre uppfyller ett av kriterierna för diagnosen har personen inte diagnosen. Praktiskt sätt är det dock inte så enkelt att avgöra om en person är sjuk eller tillfrisknad. Längre efter symptomreduktion kan

personen fortfarande ha psykiska problem samtidigt som det inte framkommer i diagnostiska manualer (DSM-5, ICD-10) hur länge en person bör vara symptomfri för att anses fullständigt tillfrisknad. Det innebär att det vid andra former av ätstörningar även är utmanande att förstå när man kan anse sig som tillfrisknad. Resultatet tydliggör dock att förståelse för när man är tillfrisknad från ortorexi kan upplevas som en ännu större utmaning, jämfört med diagnostiska ätstörningar, eftersom problematiken saknar diagnostiska kriterier samtidigt som innebörden av balanserad kost och motion ofta är diffus. Det förklarar varför de saknade tydligare riktlinjer för tillfrisknande och någon som hade kunnat inspirera dem att det är möjligt att fullständigt tillfriskna från ortorexi. Tillfrisknande är även en subjektiv individuell upplevelse (Anthony, 1993; Jenkins & Odgen, 2012), vilket problematiserar gränsdragningen mellan sjuk och tillfrisknad ytterligare. Endast den enskilda individen kan avgöra graden av tillfrisknande och när hälsa eller ohälsa upplevs. Björk och Ahlström (2008) påpekar att om den drabbade uppfattar sig som tillfrisknad är det inte nödvändigt att alla kriterier för tillfrisknande uppfylls. Det viktiga är att den drabbade upplever sig som tillfrisknad. Att tillfrisknande är en subjektiv upplevelse är en förklaring till att studiens resultat visar två olika sidor gällande fullständigt tillfrisknande från ortorexi. Tre av deltagarna ansåg sig fullständigt tillfrisknade medan två av dem inte ansåg sig fullständigt tillfrisknade vid tidpunkten för intervjuutillfället, trots att samtliga deltagares tillfrisknandeprocess pågått under en lång tid. Det tyder på att tillfrisknande är en tolkningsfråga och som avgörs av den drabbade. Att inte uppleva det möjligt att fullständigt tillfriskna från ortorexi sammankopplas i resultatet till tankar om att ortorexi påverkar livet mer eller mindre framöver och att ortorexin därför inte fullständigt kan elimineras, trots att förbättrad hälsa och hanteringsförmåga över sjukdomen upplevs. Deltagarna har accepterat att ortorexin delvis finns kvar och att de ändå kan uppleva välbefinnande och välbehag. Denna upplevelse är i enlighet med Anthony's (1993) och Amering och Schmolke's (2009) beskrivningar av tillfrisknande från psykisk ohälsa. De menar att tillfrisknande från psykisk ohälsa inte nödvändigtvis betyder ett symptomfritt liv utan det kan innebära att kunna hantera symptom och leva ett accepterat liv. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och bidragande liv, även med begränsningar som orsakas av sjukdom. En del svårigheter kan kvarstå men de överskuggar inte längre tillvaron och det kan benämnas som ett socialt tillfrisknande. De deltagare som inte ansåg sig fullständigt tillfrisknade kan därför tolkas som att de upplever sig som socialt tillfrisknade.

De negativa känslorna och upplevelserna som presenteras i studien tydliggör ett ökat lidande hos deltagarna och att tillfrisknandeprocessen försvårades. Liknande känslor, bland annat ensamhet, hopplöshet, rädsla, fruktan, självkritik och frustration synliggörs även i Hannon et al.'s (2017) studie som har studerat upplevelsen av att inte gå mot en positiv förändring vid allvarlig anorexi. Vikten av kärlek och barmhärtighet, caritas, hos medmänniskan synliggörs därför vid tillfrisknande från ortorexi. Trots att ortorexi inte är en diagnos och att den drabbades situation kan vara svårbegriplig uppstår en vilja och kallelse till vårdande och ansvar genom caritas. Caritativt vårdande innebär det naturliga vårdandet och den medmänskliga omsorgen (Eriksson, 2001). Genom kärlekens och barmhärtighetens inslag hos medmänniskan, det vill säga när medmänniskan har medlidande och försöker stöda och förstå situationen i tillfrisknandeprocessen, kan den drabbade uppleva värdighet, bekräftelse, att lidandet lindras och att personen får styrka att tillfriskna. Enligt Eriksson (1987) kan caritativt vårdande ses som en speciell form av gemenskap där man lindrar lidande, tjänar och kämpar med den lidande i lidandets kamp och befrämjar hälsa i en anda av tro, hopp och kärlek. Även genom att ha ett helhetsperspektiv på människan och hälsan, som inte enbart ser till det kroppsliga och olika diagnoser, kan man ta hänsyn till den drabbades subjektiva upplevelser och hela den miljö och det sociala sammanhang som den drabbade verkar inom och som påverkar upplevelsen av hälsa. (Eriksson et al. 1995; Medin & Alexanderson, 2000).

8.2 Förbättrad hälsa

Utgående från studiens resultat medförde tillfrisknande från ortorexi många positiva känslor och hälsoförändringar som bidrog till en förbättrad hälsa hos deltagarna. Deltagarna i studien lyfte fram och reflekterade kring vad som möjliggjorde deras tillfrisknande. Dessa upplevelser skapade kategorin "resurser för tillfrisknandet" och som svarar på studiens andra frågeställning: Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi? Många likheter bland deltagarnas upplevelser kan urskiljas ur studiens resultat, bland annat vikten i att det till en början behövs en insikt i och ett acceptrat förhållningssätt till att vara sjuk, en egen vilja att tillfriskna och att våga motta hjälp och möta utmaningar. Om en sjuk person inte är motiverad att tillfriskna kan inte ens god vård ha effekt på tillfrisknandet (Charpentier et al., 2011). Bratman och Knight (2000) och Petterson och Rosenvinge (2002) påpekar också att det är väsentligt att personen inser sin önskan om att bli frisk och lämna identiteten som präglats av ätstörningen. En annan avgörande faktor som synligt framhävs ur studiens resultat

är livsstilsförändringar såsom miljöombyte, nya intressen och nya relationer. De stämmer överens med Charpentier et al. (2011) som påpekar att en del personer som inte söker professionell vård ändå kan tillfriskna, till exempel efter en avgörande förändring. Majoriteten av deltagarna i studien sökte inte professionell vård, vilket förklarar att livsstilsförändringar som bidragande faktor för tillfrisknandet framkom i resultatet. Även eftersom ortorexi handlar om ett tvångsmässigt beteende som blivit en rutin för den drabbade kan en flytt eller att hitta ett nytt intresse bryta det rutinmässiga fixerade beteendet och bidra till en vändpunkt för tillfrisknande. Enligt studiens resultat är stöd och förståelse hos omgivningen också betydelsefullt vid tillfrisknande från ortorexi. Resultatet poängterar speciellt vikten i att försöka förstå, erbjuda stöd och vara närvarande under hela processen, trots att det kan vara utmanande att förstå den drabbades situation när ortorexi är ett komplext tillstånd av ohälsa. Studierna av Dawson et al. (2014) och Jenkin och Ogden (2011) visar även att den drabbade behöver stöd och hjälp under hela tillfrisknandeprocessen eftersom tillfrisknande från ätstörningar är utmanande och att det är av stor vikt så att en ätstörd person ska lyckas överge sina symptom och kontrollera ångesten som är förknippad med tillfrisknandet. Beteendeförändringar är naturligtvis även nödvändiga för att möjliggöra tillfrisknande från ortorexi. Ändring av motions- och ätbeteendet framhävs ur studiens resultat och det poängteras att förändringarna bör ske successivt och försiktigt för att inte ha motsatt effekt i för hög skuld- och ångestkänsla. Bratman och Knight (2000) bekräftar detsamma och de menar att det är väsentligt att försiktigt avbryta kontroll och planering av kostintag för att med tiden kunna njuta av mindre ”hälsosam” mat. De avgörande faktorerna som deltagarna beskrev var relativt förväntade och de synliggörs även i tidigare forskning. I tidigare kvalitativa studier om tillfrisknande från ätstörningar har teman såsom stödjande relationer, familj, beslutsamhet, acceptans, motivation att förändras och att bli förstådd identifierats (Dawson et al., 2014). Några mindre väntade avgörande faktorer framhävs ur denna studies resultat och det var en deltagares upplevelse av att andlig vägledning och naturen var viktiga verktyg som möjliggjorde tillfrisknande. Deltagaren påpekade att det är nödvändigt att möta och läka gamla trauman som blivit sammankopplat med ett tvångsmässigt beteende och att det kan uppnås genom andlig vägledning, det vill säga att försöka förstå och våga känna gammal smärta. Noordenbos (2013) menar också att för fullständigt tillfrisknande från en ätstörning bör de underliggande faktorerna som har bidragit till utvecklingen av ätstörningen lindras.

De avgörande faktorerna som synliggörs i resultatet kan ses som inre och yttre hälsoresurser som deltagarna i studien hade tillgång till under processens gång (Wiklund, 2003). Med hjälp av resurserna kunde de hantera lidandet och ohälsan, gå framåt i tillfrisknandet och efterhand uppleva en förbättrad hälsa. De inre resurserna som framhävs i resultatet kan sammankopplas med deltagarnas mod, vilja och acceptans medan de yttre resurserna synliggörs i form av exempelvis stöd och förståelse av omgivningen. Eriksson (1987) påpekar att i gemenskap av tro, hopp och kärlek lidras lidande och den drabbades vardande sätts i rörelse mellan de olika hälsolivåerna ”görande”, ”varande” och ”vardande”. Studierna av Dawson et al. (2014) och Jenkin och Ogden (2011) lyfter även fram att tillfrisknande från en ätstörning är beroende av ett socialt sammanhang som ger den drabbade kraft att tillfriskna.

Studiens resultat visar också att ett förändrat hälsoperspektiv är en central upplevelse vid tillfrisknande från ortorexi. Personer som har ortorexi fokuserar på att vara så hälsosamma som möjligt och den drabbade tror att ”optimal” hälsa kan uppnås och att sjukdom kan förhindras genom en hälsosam livsstil innefattande hälsosamt ätande och ofta också hög träningsmängd. Att utåt ge en bild av att man lever hälsosamt och att man är vältränad är viktigt för en person som har ortorexi. (Håman, 2016.) Man kan säga att personer som har ortorexi har en förvrängd och snäv syn på sambandet mellan hälsa, kost och motion, vilket framkommer i studiens resultat. Deltagarnas hälsosyn när de insjuknade kan relateras till teorin om ”hälsa som skönhetsideal” som Quannerstedt (2006) lyfter fram. ”Hälsa som skönhetsideal” har ett biomedicinskt perspektiv på hälsa, där ett yttre perspektiv på kroppen är i fokus, än ett ökat välbefinnande i sig. En person som har ortorexi kan tolkas ha denna hälsosyn eftersom personen fokuserar på den fysiska hälsan genom att leva hälsosamt för att bland annat utåt ge en bild av att vara vältränad och välmående. Att mest fokusera på den fysiska hälsan kan få som konsekvens att man inte känner efter hur man verkligen mår eller att man undantränger känslor och tankar. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan hälsan hos en person som har ortorexi relateras till hälsa som ”görande” i Erikssons ontologiska hälsomodell. Hälsa som ”görande” kännetecknas av ett tänkande i termer av att må bra och att ”ha hälsa” (Eriksson et al., 1995.) Den drabbade tänker att hon har hälsa när hon gör det som är hälsosamt och hon är driven av yttre regler och normer, exempelvis råd och bilder gällande träning och kost som lyfts fram i t.ex. sociala medier. Den drabbades tankar och handlande är inriktade på att undvika sjukdom genom hälsosamma vanor. Enligt Eriksson et al. (1995) och Nyström (2014) är människan inte förankrad i sig själv när yttre

omständigheter styr och ett görande som inte är i enlighet med människans inre längtan blir ett tomt och mekaniskt beteende. Om människan ser sin hälsa som enbart ett görande av hälsosamma vanor utan förankring i det som betyder något i hennes liv tappar hon fotfästet i sitt eget varande och det förklarar varför man kan insjukna i ortorexi. Om man i stor utsträckning upplever ett tvång och att man inte längre upplever glädje och meningsfullhet i ens levnadsvanor och i hela ens existens är det istället frågan om en upplevelse av ohälsa och ett lidande.

Det ovannämnda snäva synsättet på hälsan förändrades enligt deltagarna under tillfrisknandet och det förändrade hälsoperspektivet kan sammankopplas med den humanistiska hälsosynen som ser hälsan som en helhet och mångdimensionell. Exempelvis i enlighet med WHO, som ser hälsan som en helhet där både den fysiska, psykiska och sociala hälsan påverkas av olika val som görs (Medin & Alexanderson, 2000), synliggör resultatet att deltagarnas förändrade hälsoperspektiv innefattade en förståelse av att olika hälsofaktorer behövs för hälsan och inte endast att motion och hälsosamt ätande har en positiv påverkan på hälsan. Det förändrade hälsoperspektivet innefattade även en förståelse av att ens livsstil inte behöver vara så strikt, till exempel att fysisk träning inte behöver ske varje dag och att ett intag av ”ohälsosammare” mat ibland inte påverkar hälsan i sin helhet. Det omfattade alltså ett tänkande i att motion och hälsosam kosthållning är ett verktyg för både fysiskt och psykiskt välbefinnande och inte enbart för utseendets skull och ett tänkande i ett längre perspektiv, att kroppen behöver orka och fungera hela livet. Eriksson (2001) menar att genom att ha ett helhetsperspektiv på hälsan fokuserar man inte enbart på yttre omständigheter utan det inre med ens känslor, upplevelser och tankar samt det sammanhang som man befinner sig beaktas också. Man förstår sambandet mellan både psykiska och fysiska faktorer, mellan kropp och själ och mellan yttre och inre faktorer. Det förändrade hälsoperspektivet framhäver även, i enlighet med WHO, att hälsa bör förstås som en resurs och en process som skapas i relationen mellan individen och omgivningen och i ett livscykelperspektiv (Medin & Alexanderson, 2000).

Tack vare både det förändrade hälsoperspektivet och resurserna för tillfrisknandet upplevde alltså deltagarna i studien att deras hälsa förbättrades under tillfrisknandet. De upplevde att hälsan som helhet förbättrades, både den fysiska, psykiska och sociala hälsan. Kroppen återhämtade sig, tvångstankarna blev färre och de började värdesätta allt vad livet innefattar när de inte endast fokuserade på att följa en hälsosam livsstil. Enligt Charpentier et al. (2001)

kan personer som har tillfrisknat från en ätstörning vara nöjdare med sitt liv och sin hälsa, jämfört med människor som inte har genomlidit en svår sjukdom. Deltagarna längtade efter att uppleva ett meningsfullt liv i ett större sammanhang och känslor av glädje var därför framträdande under tillfrisknandet när de började prioritera att umgås med andra människor. En intressant aspekt i resultatet var dock att tillfrisknandet medförde en mindre eller annorlunda social samvaro för några deltagare. När deltagarna hade ortorexi deltog de mycket i sociala aktiviteter på grund av ett starkt behov av att prestera och uppvisa sin hälsosamma livsstil, vilket ledde till att de inte prioriterade sig själva och sin familj tillräckligt. Under tillfrisknandet upplevde därför deltagarna att de blev mera måna om sig själva och att de mådde bättre när de i stället började prioritera att umgås med familj och nära vänner. Detta tydliggör vikten av äkta relationer och att man även bör vara förankrad och trygg i sig själv för att erfara hälsa (Wiklund, 2003).

Enligt deltagarna framskred den fysiska återhämtningen betydligt snabbare än den psykiska återhämtningen eftersom de uppgav sig må bättre först när tvångtankarna minskade. Detta tydliggör att hälsan är en subjektiv upplevelse och hur betydelsefullt det är att inte endast fokusera på att till exempel ändra på beteendet och minska på de synliga symptomen vid tillfrisknande från ortorexi. Trots att deltagarna upplevde olika grad av tillfrisknande kan det tolkas som, med utgångspunkt i Erikssons ontologiska hälsomodell, att samtliga deltagares hälsa under tillfrisknandet sattes i rörelse igen mellan ”görande”, ”varande” och ”vardande”, för att finna en djupare upplevelse av enhet och helighet (Eriksson et al., 1995). Att hälsa som ”görande” integreras i ett vardande i hälsa synliggörs i resultatet eftersom deltagarna fick ett bättre självförtroende och en bättre självkänsla, när de inte längre i lika hög grad upplevde sig styras av yttre krav och omständigheter. De upplevde istället att de är bra som de är, utan att känna prestationsångest. De började lyssna på sig själva och sina behov, vilket gjorde att ångesten med tiden minskade och de upplevde att de kunde vila. Det är i enlighet med Eriksson (1987) som påpekar att en människa i vila kan uppleva att hon är älskad utan bedömning, att hon är i gemenskap med andra, att hon är fri från bekymmer och tvång, samt att hon är trygg i sitt värde som människa. Studiens resultat synliggör alltså vilans betydelse för hälsan och att det i detta sammanhang är betydelsefullt att anse att man är bra som man är för att uppleva välbefinnande och en förbättrad hälsa. Det kan förstås som att deltagarna närmade sig en djupare upplevelse av helhet och helighet. Den andliga dimensionen av hälsan framhävs alltså ur studiens resultat eftersom deltagarna blev medvetna om deras unikheter och

värdefullhet samt att hälsan är en del av människan och livet som påverkar människan som helhet, snarare än något som man enbart har och som ska upprätthållas genom goda hälsovanor (Eriksson et al., 1995). Att uppleva sig som unik, värdefull och utan tvång uttrycktes i känsla av frihet och njutning hos deltagarna. Dessa känslor kan förstås som motsatsen till det lidande som ortorexin ger upphov till och att detta i djupaste mening innebär hälsa i ”vardande”, det vill säga att man erfar hälsa i enlighet med Erikssons hälsoteori. Att kunna njuta av livet innefattar i detta sammanhang en ångestfri känsla och ett välbefinnande, trots mindre motionsmängd och kontroll av ätande. Känsla av lättnad, glädje, harmoni och lycka är även framträdande i resultatet, vilket synliggör att upplevelsen av hälsa är nära sammankopplad med en känsla av välbefinnande och ett meningsfullt liv. Enligt Eriksson (1989) är hälsa en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande och hälsan är beroende av om människan uppfattar att livet har en mening.

Enligt Jenkins och Odgen (2012) visar också annan forskning att patienter anser det väsentligt att uppleva självacceptans, självmedvetenhet, värdighet och att man är tillräckligt bra som man är för att uppleva sig som tillfrisknad från en ätstörning. Björk och Ahlströms (2008) studie lyfter fram att det är viktigt med självacceptans och att kunna hantera känslor även om ätstörningstankar ibland kan uppstå. Att det är betydelsefullt med självmedvetenhet och att kunna hantera känslor för att uppleva sig som friskare framkommer även i denna studies resultat eftersom de deltagare som inte ansåg sig fullständigt tillfrisknade upplevde att de hade blivit bättre på att hantera motgångar och känna efter vad de mår bra av när tvångsbeteendet- och tankarna ibland kunde återkomma. Trots att de tror att ortorexin delvis kommer att kvarstå har de accepterat situationen och de poängterade att en känsla av balans, stabilitet, frihet och att kunna hantera tankar och känslor är avgörande för att de ska uppleva välbefinnande och en förbättrad hälsa. Detta kan förstås som att deltagarna försonades med lidandet och att de därav upplevde hälsa trots att ortorexin delvis finns kvar. Enligt Eriksson et al. (1995) innebär hälsa som vardande att man i svåra stunder kan uppleva frihet och livskraft eftersom man lyckats integrera sina erfarenheter så att det goda överväger och att det därmed är möjligt att uppnå en känsla av inre enhet och erfara hälsa. Samtliga deltagare i studien fann alltså mod i att möta utmaningarna och försonas med lidandet.

9 KRITISK GRANSKNING

Vetenskapliga studier bör vara av god vetenskaplig kvalitet och det finns olika sätt att granska kvaliteten i studier. I kvalitativa studier används begreppet trovärdighet och trovärdigheten kan vidare granskas utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet. (Graneheim & Lundman, 2017.) Nyholm och Näsman (2015) menar att giltigheten granskar kvaliteten i en hermeneutisk studie. En hermeneutisk studie behöver inte komma fram till samma resultat med läsaren bör kunna följa med tankegången i studien. En hermeneutisk studie syftar till att fördjupa och öka förståelsen och forskaren är delaktig i resultatet i studien (Granskär & Höglund-Nielsen, 2017).

En studies trovärdighet handlar bland annat om hur forskarens förförståelse har påverkat analysen. Förförståelsen, såsom teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter och förutfattade meningar är därför av betydelse i trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2017). Nyholm och Näsman (2015) anser det nödvändigt att klargöra den egna förförståelsen i den hermeneutiska forskningsprocessen eftersom förståelsen fördjupas utgående från den egna förförståelsen. Det som betraktas som sanningslikt i studien är också bundet till forskarens traditionstillhörighet, som påverkar studiens aktualitet och dess mål och riktning. Min egen förförståelse av tillfrisknande från ortorexi var minimal innan forskningsprocessens start. I mitt arbete som röntgenskötare har jag inte kommit i kontakt med personer som varit drabbade av ortorexi eller någon annan ätstörning. Jag har heller inte haft någon bekant eller anhörig som varit drabbad av en ätstörning. Dock är motion ett personligt intresse och jag har kommit i kontakt med personer som har motion och hälsosam kosthållning som en central del av vardagen. Jag hade därför en förförståelse av hur ett ortorektiskt beteende kan formas och uttryckas i människors livsstil. Eftersom mina tidigare erfarenheter om ämnet inte var omfattande anser jag att min förförståelse inte märkbart har påverkat studiens forskningsprocess. Nyholm och Näsman (2015) menar att giltigheten ökar ifall litteraturöversikten är väl genomförd med tydliga inkluderings- och exkluderingskriterier för valda studier. De framför också att giltigheten ökar ifall forskningen är från olika traditioner både nationellt och internationellt. I den här avhandlingen har tidigare forskning sökts med öppenhet och noggrannhet från olika vetenskapliga traditioner nationellt och internationellt. Att hitta relevant forskning till studien var utmanande eftersom forskning om ortorexi är knapp och eftersom vetenskapliga studier om tillfrisknande från ortorexi inte hittades. Därför

beskrivs den existerande kunskapen om ortorexi i avhandlingens forskningsöversikt, dels för att ge läsaren en förståelse för fenomenet och dels för att påvisa vikten av studien. I bakgrunden beskrivs även tillfrisknande som begrepp och tillfrisknande från en ätstörning, som kan relateras till avhandlingens ämne. På grund av avsaknad av kunskap om tillfrisknande från ortorexi fördjupades inte min förförståelse men å andra sidan gav forskningen om tillfrisknande från en ätstörning en inblick i ämnet och en grund att stå på inför studiens forskningsprocess.

De teoretiska utgångspunkterna valdes utgående från studiens syfte och frågeställningar och utgående från vårdvetenskapens forskningstradition. Begreppen "hälsa" och "ohälsa" och gränsen mellan det friska och det sjuka är centrala i studien, vilket innebär att olika synsätt på hälsa och ohälsa samt gränsdragningen mellan dessa beskrivs och ligger som grund i studien. Eftersom den här avhandlingen är en vårdvetenskaplig studie har den speciellt sin grund i vårdvetenskapens caring-tradition, i Erikssons ontologiska hälsosyn och kärleks- och barmhärlighetstanken (caritas). Den vårdvetenskapliga traditionen har därmed påverkat hur den här avhandlingen har format kunskap.

I en studie ska syftet presenteras entydigt och logiskt och vara förenligt med tidigare forskning och det teoretiska perspektivet för att påvisa giltigheten (Nyholm & Näsman, 2015). Därtill ska frågeställningarna vara tydliga och relevanta i relation till syftet. Syftet med den här avhandlingen var att undersöka hur personer som har haft ortorexi beskriver sina upplevelser kring tillfrisknandet och vad de anser kan vara avgörande faktorer för tillfrisknandet. Frågeställningarna var: 1. Hur kan tillfrisknande från ortorexi upplevas? 2. Vilka faktorer kan vara avgörande för tillfrisknande från ortorexi? Jag anser att studiens syfte är logiskt och förståeligt och att frågeställningarna väl motsvarar studiens syfte. Eftersom antalet deltagare i studien var litet ingår ordet "kan" i båda frågeställningarna, eftersom denna studie endast visar hur tillfrisknandet upplevdes utgående från de fem personerna som deltog i studien.

Nyholm och Näsman (2015) framför att urvalsprocessen, datainsamlingsmetod, material och dataanalys ska vara väl beskrivna, logiska och motiverade. För att öka kvaliteten är det väsentligt att design och metod är väl valda så att de svarar på syftet (Fridlund & Mårtensson, 2017b). Enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2017) kan en studies giltighet bedömas utgående från val av deltagare och en noggrann presentation av urval, citat och analysarbetet.

Eftersom syftet med den här studien var att undersöka upplevelser valdes en kvalitativ metod. Material samlades in med semistrukturerade intervjuer och analyserades därefter med kvalitativ innehållsanalys. Att rekrytera deltagare var utmanande i den här studien, trots att informationsbrevet spreds via många kanaler och inkluderingskriterierna för deltagande var brett. Orsaker till låg svarsprocent kunde vara att ortorexi kan upplevas som ett känsligt ämne att diskutera och eftersom ortorexi inte är en medicinsk diagnos, vilket innebär att människor kan vara ovetande om att ha problematiken. Studiens deltagarantal var således endast fem personer. Kvale och Brinkmann (2014) menar att ifall antalet deltagare är för litet i en kvalitativ studie är det svårt att generalisera men å andra sidan är det inte bra att deltagarantalet är för stort eftersom det försvårar mera ingående tolkningar av intervjuerna. De menar att antalet nödvändiga deltagare beror på undersökningens syfte. Deltagarantalet i den här studien kunde ha varit högre, för att öka på tillförlitligheten men eftersom inte fler deltagare hittades ansåg jag och min handledare ändå att studien var möjlig att genomföras. Vi ansåg även att deltagarantalet var tillräckligt eftersom syftet med studien var att undersöka personliga upplevelser, intervjumaterialet som samlades in var innehållsrikt och svarade väl på forskningsfrågorna och eftersom deltagarnas upplevelser var delvis samma men även en del olikheter kunde urskiljas. En noggrann beskrivning av urval, deltagare och datainsamling har gjorts, vilket ökar på studiens giltighet och överförbarhet. Informationsbrevet och intervjuguiden finns med i avhandlingen som bilaga ett, tre och fyra, vilket stärker tillförlitligheten. Val av datainsamlingsmetod är motiverad och två av intervjuerna genomfördes med personlig kontakt och tre intervjuer genomfördes på distans via Skype eller Adobe Connect, på grund av att jag och deltagarna hade olika bostadsort. Jag anser att alla intervjuer överlag gick bra och till och med över förväntan med djupa och långa diskussioner. Jag förväntade mig att deltagarna inte skulle vara bekväma att diskutera ämnet men jag upplevde det motsatta, att de gärna beskrev sina upplevelser med öppenhet och ärlighet. Dock uppmärksammade jag en viss skillnad mellan intervjuerna som gjordes med personlig kontakt och mellan de som gjordes på distans. Samtalet var mer flytande vid de intervjuer som genomfördes med personlig kontakt.

Den kvalitativa innehållsanalysen som har tillämpats för att analysera datamaterialet är motiverad och analysprocessen är väl beskriven, vilket stärker studiens giltighet och trovärdighet. Jag valde att exempel på analysprocessen inte skulle ingå i avhandlingen på grund av risken för igenkännande av deltagare. Enligt Graneheim och Lundman (2017) syftar

forskning till att finna ny kunskap men det finns ofta inte endast en sanning, utan flera alternativa tolkningar. Analysen i den här studien har skett induktivt, det vill säga förutsättningslöst utifrån forskningsfrågorna. Med öppenhet och utan förutfattade meningar försökte jag utgå från innehållet i texten och vad som stiger fram ur materialet. Jag anser att den kvalitativa innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundmans (2004) metod har tillämpats på ett korrekt sätt eftersom kategorierna som har skapats är närbesläktade men skiljer sig från varandra samtidigt som de svarar på vad materialet innehåller och vad deltagarna i studien upplevde. De närbesläktade kategorierna som därefter sammanfördes till två olika teman svarar på hur tillfrisknande från ortorexi kan upplevas och utgör en röd tråd mellan kategorierna.

Kategorierna och temana svarar alltså väl på studiens syfte och frågeställningar och resultatpresentationen är rikt på nyanser. Näsman och Nyholm (2015) menar att resultatet ska granskas utifrån om det är rikt på nyanser, sanningslikt och nyskapande. Både negativa och positiva upplevelser kring tillfrisknandet synliggörs i resultatet och en variation i resultatet framhävs eftersom deltagarna i studien var på olika nivå av tillfrisknande. Det som dock kan ha påverkat studiens resultat är att deltagarna var tvungna att se tillbaka på deras upplevelser kring tillfrisknandet eftersom de hade tillfrisknat för en tid sedan. Det kan få som följd att deltagarnas tankar om deras upplevelser kan ha förändrats eller att de inte längre har möjlighet att återberätta deras upplevelser lika detaljerat längre. Enligt Fridlund och Mårtensson (2017a) kan denna studie därför benämnas som en retrospektiv studie. I presentationen av resultatet har namngivna citat använts vilket ökar giltigheten och tillförlitligheten. Resultatet är nyskapande och det har tillfört en ny förståelse eftersom det saknas tidigare forskning om upplevelser av att tillfriskna från ortorexi. Näsman och Nyholm (2015) anser att en välskriven diskussion höjer studiens giltighet. Denna studies resultat har jämförts med tidigare forskning för att visa att resultatet är sanningslikt, att det kan relateras till andra kontext samt för att framhäva det kunskaps tillskott som studien har medfört. Resultatet har även tolkats mot studiens teoretiska utgångspunkter för att fördjupa förståelsen av deltagarnas upplevelser.

10 SLUTSATS

Slutsatsen av den här magisteravhandlingen är att tillfrisknande från ortorexi kan upplevas med blandade känslor, dels eftersom tillfrisknandet upplevs som en utmanande psykisk process och dels eftersom tillfrisknandet medför en upplevelse av förbättrad hälsa i form av bland annat känslor av välbefinnande, frihet och njutning. Tillfrisknande från ortorexi är en individuell och psykisk process eftersom det handlar om befrielse från ångest relaterad till kost och motion. Tillfrisknandeprocessen kan också upplevas som utmanande eftersom ortorexi är en osynlig ohälsa samtidigt som tillfrisknande från psykisk ohälsa kan vara komplicerat att förstå. Avhandlingen synliggör hur det kan vara att tillfriskna från ett ”ovanligt” psykiskt tillstånd som saknar en medicinsk diagnos, samtidigt som avhandlingen synliggör konsekvensen av att ha ett stort fokus på den fysiska hälsan och hur detta hälsoperspektiv därmed förändrades under tillfrisknandet. Avhandlingen framhäver även olika avgörande faktorer som kan bidra till vändpunkt för tillfrisknande från ortorexi men också faktorer som kan vara betydelsefulla under hela processen gång och som underlättar tillfrisknandet. De upplevelser som beskrivs i resultatet framhäver betydelsen av caritas hos medmänniskan. Upplevelserna framhäver även att det är betydelsefullt att personen som tillfrisknar och medmänniskan har ett helhetsperspektiv på människan och dess hälsa vid tillfrisknande från ortorexi.

Resultatet av denna avhandling fyller den kunskapslucka som hittills har existerat. Enligt min litteratursökning i september 2018 (se kapitel 2) hittades inte andra vetenskapliga studier om tillfrisknande från ortorexi ur patientperspektiv. Det råder även bristfällig kunskap om ortorexi som fenomen så fortsatta studier krävs. Denna avhandling ger en god början för att vidareutveckla kunskapen om tillfrisknande från ortorexi. Avhandlingen framhäver vad man som vårdare eller medmänniska bör beakta för att underlätta den drabbades tillfrisknande och upplevelse av värdighet. Förslag till fortsatt forskning kunde göras inom samma ämne men med ett större urval eller att undersöka erfarenheter och upplevelser av att ha ortorexi. Intressant skulle också vara att undersöka hur det är att vara anhörig eller vårdare till en person som har ortorexi.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Adams, J., & Kirkby, R. (2001). Exercise dependence and overtraining: The physiological and psychological consequences of excessive exercise. *Sports Medicine, training and rehabilitation*, 10(3), 199-222.
- Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37.
- Alvarenga, M., Martins, M., Sato, K., Vargas, S., Philippi, S., & Scagliusi, F. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), e29-e35.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington (D.C.): American Psychiatric Publishing.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Hämtad från <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.vasa.abo.fi/lib/abo-ebooks/detail.action?docID=437480>
- Andreasson, J., & Johansson, T. (2014). The Fitness Revolution: Historical Transformations in the Global Gym and Fitness Culture. *Sport Science Review*, (3-4), 91-112.
- Andersson, S. I. (2018). *Hälsopsykologi* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arusoğlu, G., Kabakçi, E., Köksal, G., & Merdol, T. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3), 283-291.
- Asil, E., & Sürücüoğlu, M-S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 1-11.
- Barnes, M., & Caltabiano, M. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177-184.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., & Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 269-276.
- Björk, T., & Ahlström, G. (2008). The Patient's Perception of Having Recovered From an Eating Disorder. *Health Care for Women International*, 29(8-9), 926-944.

Borgida, A. (2011). *In Sickness and In Health: Orthorexia Nervosa, the Study of Obsessive Healthy Eating*. (Doctoral Clinical Dissertation, Alliant International University, San Francisco). Hämtad från

<https://search.proquest.com/openview/05b2b80cc990c1d3f9e1a55271861869/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Bo, S., Zoccali, R., Ponzo, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A., Fea, E., Rainoldi, A., Durazzo, M., Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: Are there any associations? *Journal of translational medicine*, *12*, 221.

Bratman, S. (1997). *Original Essay on Orthorexia*. Hämtad 07.10.2017 från <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>

Bratman, S. (2014). *What is Orthorexia?* Hämtad 07.10.2017 från <http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/>

Bratman, S. (2016). *Orthorexia: An Update*. Hämtad 07.10.2017 från <http://www.orthorexia.com/orthorexia-an-update/>

Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(3), 381-385.

Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies*. Orthorexia Nervosa: overcoming the obsession with healthful eating. New York: Random House Inc.

Brülde, B., & Tengland, P. (2003). *Hälsa och sjukdom: En begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K., & Neyman-Morris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*, *101*, 86-94.

Brytek-Matera, A., Rogoza, R., Gramaglia, C., & Zeppengno, P. (2015). Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: A preliminary study. *BMC psychiatry*, *15*, 252.

Brytek-Matera, A., Fonte, M., Poggiogalle, E., Bonini, L., & Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: Relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(4), 609-617.

Chaki, B., Pal, S., & Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*, *8*(4), 1045-1053.

Charpentier, P., Viljanen, R., Relander, A., & Keski-Rahkonen, A. (2011). *Jag har redan ätit: Att vara anhörig till någon som lider av ätstörning*. Stockholm: Gothia.

- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur.
- Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). "Doing the impossible": The process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 24, 494–505.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28-e32.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
- Dunn, T., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: Data from a US sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 185-192.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé* (2. uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1987). *Pausen: En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K., Bondas-Salonen, T., Herberts, S., Lindholm, L., & Matilainen, D. (1995). *Den mångdimensionella hälsan: Verklighet och visioner*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi: Vasa sjukvårdsdistrikt.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Eriksson, K. (2001). *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Vasa: Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, B., & Carlsson, G. (2001). *Åtstörningar: En strategisk behandlingsmodell*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (2003). *Klinisk vårdvetenskap. I: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi.
- Eriksson, K., & Bergbom, I. (2017). Begrepp och begreppsbildning inom vårdvetenskap som disciplin. I: Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teorier och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E.C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(3), 389-394.

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2012). *God vetenskaplig praxis*. Hämtad 08.10.2017 från http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Federici, A., Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1–10

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hall, L., & Ostroff, M. (1998). *Anorexia nervosa: A guide to recovery*. Carlsbad, CA: Gürze Books.

Hannon, J., Eunson, L., & Munro, C. (2017). The patient experience of illness, treatment, and change, during intensive community treatment for severe anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 25(4), 279-296.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I: Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur.

Håman, L. (2016). *Extrem jakt på hälsa. En explorativ studie om ortorexia nervosa*. (Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för kost- och idrottsvetenskap). Hämtad från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/41122/1/gupea_2077_41122_1.pdf

Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E-C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1).

Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E-C. (2016). The framing of orthorexia nervosa in Swedish daily newspapers: A longitudinal qualitative content analysis. *Scandinavian Sport Studies Forum*, 7, 27-46.

Håman, L., Lindgren, E-C., & Prell, H. (2017). "If it's not Iron it's Iron f*cking biggest Ironman": Personal trainers's views on health norms, orthorexia and deviant behaviours. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 12(1).

Isomaa, R. (2011). Eating disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence. (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa). Hämtad från http://bibbild.abo.fi/ediss/2012/isomaa_rasmus.pdf

- Jenkins, J., & Ogden, J. (2012). Becoming 'Whole' Again: A Qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 23-31.
- Kenttä, G., Hassmén, P., & Raglin, J. S. (2001). Training practices and overtraining syndrome in Swedish age-group athletes. *International journal of sports medicine*, 22(6), 460-465.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
- Lin, Y., & Grigorenko, A. (2014). *Ortorexi. Fixering vid mat och träning*. Halmstad: SISU Idrottsböcker.
- Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund J.E. (2014). Katie Eriksson. Theory of caritative caring. I: Marrier Tomey, A.M. & Alligood M.R. (red.). *Nursing theorists and their work*. Eight edition. Mosby: St. Louis, Missouri.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Malmberg, J., Bremander, A., Olsson, M.C., & Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143.
- Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S., & Dell'Osso, L. (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS Spectrums*, 19(6), 486-495.
- Mathieu, J. (2005). What Is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: En litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Missbach, B., & Barthels, F. (2017). Orthorexia Nervosa: Moving forward in the field. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 1.
- Michalska, A., Szejko, N., Jakybczyk, A., & Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria Polska*, 50(3), 497-507.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about Micronutrients: A Case of Transition from Obsessions About Healthy Eating to Near-fatal "Orthorexia Nervosa" and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.

- Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2017a). Kritisk incident teknik. I: Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur.
- Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2017b). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I: Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur.
- Nauta, K., Toxopeus, K., & Eekhoff, E.M.V. (2016). Malnutrition due to an extremely 'healthy' diet; a new eating disorder? *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 160, A9164.
- Nationalencyklopedin*. (2017). Ortorexi. Hämtad 27.12.2017 från <http://www.ne.se.ezproxy.vasa.abo.fi/uppslagsverk/encyklopedi/lang/ortorexi>
- Nevin, S. M., & Vartanian, L.R. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 5, 37.
- Noordenbos, G. (2011). When have eating disordered patients recovered and what do the DSM-IV criteria tell about recovery? *Eating Disorders*, 19(3), 234-245.
- Noordenbos, G. (2013). *Recovery from Eating Disorders*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health: An action-theoretic approach* (2. rev. uppl.). Dordrecht: Kluwer Academic publishers.
- Nyholm, L., & Näsman, Y. (2015). Kvalitetsgranskning av hermeneutiska studier. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. (red.). *Hermeneutisk forskningspraxis*. Vasa: Åbo Akademi, Enheten för vårdvetenskap.
- Nyström, L. (2014). Hälsa, lidande och liv. I: Wärnå-Furu, C. (red.). *Hälsans praxis – i liv och arbete* (1. uppl.). Stockholm: Liber.
- Nyström, L. (2015a). Den hermeneutiska forskningstraditionen. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. (red.). *Hermeneutisk forskningspraxis*. Vasa: Åbo Akademi, Enheten för vårdvetenskap.
- Nyström, L. (2015b). Hermeneutisk tolkning. I: Nyström, L., Koskinen, C. & Näsman, Y. (red.). *Hermeneutisk forskningspraxis*. Vasa: Åbo Akademi, Enheten för vårdvetenskap.
- Norring, C., & Clinton, D. N. (2009). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (2. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Näsman, Y. (2015). Hermeneutik, etik och forskningsetik. I: Nyström, L., Koskinen, C., & Näsman, Y. (red.). *Hermeneutisk forskningspraxis*. Vasa: Åbo Akademi, Enheten för vårdvetenskap.
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R.O., & Hughes, E.M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.

Park, S.W., Kim, J.Y., Go, G.J., Jeon, E.S., Pyo, H.J., & Kwon, Y.J. (2011). Orthorexia Nervosa with Hyponatremia, Subcutaneous Emphysema, Pneumomediastinum, Pneumothorax, and Pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure: E & BP*, 9(1), 32-37.

Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders*, 10, 61–71.

Paterson, A. (2008). *Beating Eating Disorders Step by Step: A Self-Help Guide for Recovery*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Quennerstedt, M. (2006). Att lära sig hälsa. (Learning Health.) (Doktorsavhandling, Örebro Studies in Education 15). Hämtad från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:136837/FULLTEXT01.pdf>

Rantschukoff, F. (2017, 6 maj). Dokumentär: När hälsosamt blir ohälsosamt. *Vasabladet*. Hämtad från <https://www.vasabladet.fi/Artikel/Visa/142714>

Ramacciotti, C., Perrone, P., Coli, E., Bugalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell’Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e127-e130.

Roncero, M., Barrada, J. R., & Perpiñá, C. (2017). Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology*, 20. eXX.

Rudolph, S. (2017). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and weight disorders: EWD*.

Rössner, S. (2004). Orthorexia nervosa - en ny sjukdom? *Läkartidningen*, 2835.

Saddichha, S., Badu, G.N., & Chandra, P. (2012). Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 134(1), 110.

Segura-Garcia, C., Papaiani, M., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., Fazio, P., & Caprancia, L. (2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disorder behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(4), e226-e233

Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F., & De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(2), 161-166.

Skärsäter, I. (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Tremelling, K., Sandron, L., Vega, G-L., & Mcadams, C-J. (2017). Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612-1617.

- Turner, P., & Lefevre, C. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*, 22(2), 277-284.
- Herranz Valera, J., Acuña Ruiz, P., Romero Valdespino, B., & Visoli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: A pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 469-472.
- Vanderycken, W. (2011). Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professionals' Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 19(2), 145-155.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & Van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18, 103-111.
- Varga, M., Thege, B.K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & Van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC psychiatry*, 14, 59.
- Vilhelmsson, A. (2014). Psykisk ohälsa, folkhälsa och medikalisering: Har det egentligen någon betydelse vilket hälsobegrepp som används. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 91(1), 63-73.
- Waller, G. (2008). A “trans-transdiagnostic” model of eating disorders: a new way to open the egg? *European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association*, 16(3), 165-172.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Wiklund Gustin, L. (2014). *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå (2. uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Wärnå-Furu, C. (2014). *Hälsans praxis - i liv och arbete*. Stockholm: Liber.
- Wärnå-Furu, C. (2017). Hälsa. I: Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (Upplaga 2:1.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Zamora, M. L. C., Bonaecha, B. B., Sánchez, G. F., & Rial, R. B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(1), 66-68.



Intervjuundersökning Personers upplevelser av att tillfriskna från ortorexi

Vad är ortorexi? Begreppet ortorexi används i Finland och Sverige ofta som en beteckning på strikt kosthållning i kombination med överdriven träning. Ortorexi innefattar alltså en form av fixering vid hälsosamma livsstilsval kopplade till kost och fysisk träning. Ortorexi leder till ohälsa och påverkar livet negativt. Fenomenet ortorexi är ingen officiell ätstörning eller psykiatrisk diagnos men det har blivit ett allt vanligare samhällsfenomen i Västvärlden med kopplingar till rådande hälsorelaterade trender och värderingar.

Varför görs denna undersökning? Huvudsyftet med studien *Personers upplevelser av att tillfriskna från ortorexi* är att undersöka upplevelser och erfarenheter kring tillfrisknandeprocessen. Studien görs inom ramen för en magisteravhandling i vårdvetenskap vid Åbo Akademi i Vasa (handledare Akademilektor Anna K. Forsman). Den kommer att samla personliga erfarenheter och upplevelser **bland personer som själva anser sig ha haft ortorexi**. Du kan alltså delta i studien om du har upplevt att strikt kosthållning och eventuellt även träning har styrt livet så mycket att det har påverkat hälsan negativt. Magisteravhandlingens resultat planeras bli tillgängliga för aktörer inom social- och hälsovårdsområdet och också för andra personer som berörs, t.ex. andra drabbade, personer i riskzonen och anhöriga. Således kan kunskapen om ortorexi utvecklas och bidra till att personer som berörs av denna problematik på bästa sätt får vård och stöd.

Vad händer under intervjutillfället? Intervjun kommer att ske på en lugn plats som bara deltagaren och intervjuaren har tillträde till (Skype-intervju är också möjlig). Intervjun kommer att vara berättande till sin karaktär, du kommer fritt att få berätta om dina upplevelser. Intervjuaren kommer att ställa några huvudfrågor och vid behov tilläggsfrågor. Du behåller rätten att dra dig ur studien när som helst. Intervjun beräknas räcka ungefär 30-60 minuter.

Varför borde jag delta? Jag kontaktar dig för att mera kunskap om tillfrisknande från ortorexi behövs. Jag är särskilt intresserad av att få ta del av dina egna upplevelser. Du behöver inga särskilda färdigheter eller kunskaper för att delta i studien. Det som räknas är dina egna erfarenheter. Din egen upplevelse, berättade med dina egna ord, är värdefulla och mycket uppskattade. Om du ställer dig positivt till denna förfrågan (och vid eventuella frågor) ber jag dig kontakta mig via e-post eller per telefon, gärna innan 22.12.2017 (Du kan även anmäla ditt intresse efter det givna datumet.)

Vad händer med informationen jag ger? Informationen du ger kommer att spelas in. Den kommer sedan att förvaras och analyseras av intervjupersonen med syfte att producera ett forskningsresultat. Resultaten av forskningen behandlas konfidentiellt och alla inspelningar sparas i ett säkert och tryggt format. Dina personliga uppgifter förblir helt anonyma och personnamn och dylik information kommer inte att framkomma i slutliga rapporter.

Kontaktinformation:

Frida Norrén, magisterstuderande vid Åbo Akademi i Vasa (Enheten för vårdvetenskap)

Epost: frida.norren@abo.fi

Tel: +358 503396852

Intervjustudering om personers upplevelser av att tillfriskna från ortorexi

Intyg över informerat samtycke

Jag ger härmed mitt samtycke till deltagande i intervjustudien som organiseras av Frida Norrén (magisterstuderande i vårdvetenskap vid Åbo Akademi i Vasa) under följande omständigheter:

1. Informationen deltagarna ger under diskussionen kommer endast att användas för avhandlingens syften.
2. Diskussionen kommer att bandas in och användas av forskaren.
3. Ljudbandsinspelningen av diskussionen kommer att förstöras efter att projektet avslutats.
4. Deltagarnas personliga data behandlas konfidentiellt och de skilda källorna till specifik information kommer inte att framkomma i den slutliga rapporten.

Datum:

Plats:

Deltagares namn:

.....

Deltagares underskrift:

.....

Moderators namn:

.....

Moderators underskrift:

.....

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsfrågor

Namn:

Ålder:

Sysselsättning:

Civilstatus:

När ungefär insjuknade du i ortorexi:

1. Beskriv med egna ord din upplevelse av när du insjuknade och var sjuk i ortorexi

Ev. följdfrågor:

- Hur gick det till när du blev sjuk?
- Hur mådde du då?
- Vad innebar hälsa för dig då? Vad var viktigt för att uppleva dig hälsosam?

2. När och hur kom vändningen?

Ev. följdfrågor:

- Tog det länge innan du insåg att du var sjuk och ville ändra på beteendet?
- Vad var det som gjorde att du insåg att du inte var frisk? Vilka faktorer var avgörande till att du ville ändra beteendet? Påpekade anhöriga något?

3. Kan du berätta hur du upplevde ditt tillfrisknande?

Ev. följdfrågor:

- Vad har varit drivkraften bakom tillfrisknandet? Vad har hindrat dig från att tillfriskna?
- Hur länge räckte det innan du märkte förändring i måendet och hurudan skillnad var det? Hur länge tog det innan du kände dig tillfrisknad?
- Anser du dig helt frisk idag? Hur länge har du varit frisk i så fall?
- Ge exempel på konkreta ”verktyg” (tankar, händelser etc) som gjorde att du blev frisk och håller dig frisk

4. Beskriv med egna ord din upplevelse av vad som hände med dig under ditt tillfrisknande

Ev. följdfrågor:

- Har du förändrats som person/har ditt tänkande förändrats under ditt tillfrisknande och efter att du tillfrisknat? Hur och vad har förändrats i så fall?
- Har din syn på hälsa förändrats under tillfrisknandet? På vilket sätt i så fall?

5. Vad skulle du ge för råd till någon som har ortorexi (och som försöker bli frisk)? Om man kunde gå bakåt i tiden, vad skulle du velat få för råd/uppmuntring/stöd före du insjuknade i ortorexi, medan du var sjuk och när du försökte tillfriskna?

6. Är det något mer som du skulle vilja nämna eller diskutera som vi inte har pratat om?

HAASTATTELUOPAS

Taustakysymyksiä

Nimi:

Ikä:

Ammatti:

Sivilisääty:

Milloin sairaistuit ortoreksiaan suurinpiirtein:

1. Voitko omiin sanoin kertoa kokemuksesi kuin sairaistuit ortoreksiaan ja, kun sairastit ortoreksiaa?

Ms. lisäkysymyksiä:

- Miten sairaistuit?
- Mikä oli vointisi silloin?
- Mitä hyvinvointi sinulle merkitsi silloin? Mikä oli sinulle silloin tärkeää, että tunsit itsesi terveelliseksi?

2. Milloin ja miten käänne tapahtui?

Ms. lisäkysymyksiä:

- Kestikö kaun ennen kuin iste huomasi että olit sairas ja halusit muuttaa käyttäytymisestäasi?
- Mitä sai sinut huomamaan että et ollut terve? Mitkä tekijät olivat ratkaisevia siihen että halusit muuttaa sinun käyttäytymistäsi? Houmasivat läheiset jotain?

3. Voitko kertoa miten koit sinun tervehtymisesi?

Ms. lisäkysymyksiä:

- Mikä on auttanut sinua tervehtymiseen? Mikä esti sinua tervehtymiseen?
- Kuinka kauan kesti ennen kuin tunsit eroa voinnissasi ja minkälainen ero siinä oli? Kuinka kauan kesti ennen kuin tunsit itsesi terveeksi?
- Koetko iste täysin terveeksi ortoreksiasta tänään? Kuinka kauan olet ollut terve siinä tapauksessa?
- Anna konkreettisiä esimerkkejä työkaluista (ajatukset, tapahtumat jne) jotka johtivat sinun tervehtymiseen ja pitää sinut terveenä.

4. Kuvaa omiin sanoin sinun kokemuksesi mitä sinulle tapahtui tervehtymisen aikana

Ms. lisäkysymyksiä:

- Oletko muuttunut henkilönä? Onko sinun ajattelusi muuttunut tervehtymisesi aikana ja tervehtymisen jälkeen? Miten ja mikä on muuttunut siinä tapauksessa?
- Onko sinun käsityksesi terveydestä muuttunut toipumisen aikana? Jos on, miten?

5. Jos voisit mennä takaisin ajassa, mitä neuvoja/tukea/minkälaista rohkaisuja/ olisit halunnut saada kun sairastit ja kun yritit tulla terveeksi?

6. Onko sinulla vielä jotain mitä haluat sanoa tai keskustella josta emme ole puhuneet?