

ÖREBRO UNIVERSITET

Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Socionomprogrammet

Socialt arbete, C

C-uppsats, 15 högskolepoäng

Ht 2012

”En berg- och dalbana i ett fängelse av självsvält”

En kvalitativ studie om hur individer med en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning upplever sin situation utifrån dessa två sjukdomstillstånd

Författare: Aljaderi, Dahlia

Handledare: Sanna Aila-Gustafsson

”En berg- och dalbana i ett fängelse av självsvält” – En kvalitativ studie om hur individer med en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning upplever sin situation utifrån dessa två sjukdomstillstånd

Författare: Dahlia Aljaderi

Örebro Universitet

Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Socionomprogrammet

Socialt arbete, C

C-uppsats, 15 högskolepoäng

Ht 2012

Sammanfattning

Denna kvalitativa studie innefattar en undersökning om hur personer med en kombination av en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning, upplever sin livssituation utifrån dessa två sjukdomstillstånd. En central frågeställning är att finna tänkbara orsaker till samsjukligheten mellan individernas sjukdomstillstånd. I denna studie har fem telefonintervjuer genomförts. Utgångspunkten i denna studie har bestått av anknytningsteorin samt biosociala teorin, vilket även har varit en grund i att förklara samsjukligheten i analysen. Resultatet från samtliga intervjuer indikerar på att det finns tänkbara orsaker till varför dessa intervjupersoner utvecklat en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning samt att det råder en samsjuklighet mellan dessa två sjukdomstillstånd. Tänkbara faktorer till varför dessa individer utvecklat dessa två sjukdomstillstånd har gett upphov till tre begrepp som har varit centrala utifrån intervjupersonernas berättelser; *anknytning*, *utsatthet* samt *övergrepp*. Det fjärde och sista begreppet *samsjuklighet* sammanfattar de tänkbara faktorerna till varför dessa individer insjuknat i en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning.

Nyckelord: anorexi, borderline, emotionell instabil personlighetsstörning, ätstörningar samsjuklighet, orsaker

”En berg- och dalbana i ett fängelse av självsvält”- A qualitative study of how persons with an anorexia-similar disease and borderline personality disorder, is experiencing their lives through these two conditions.

Author: Dahlia Aljaderi

Örebro University

The institution of law, psychology and social work

Socialwork program

Social work, C

C-essay, 15 points

Fall semester 2012

Abstract

This qualitative study contains a review of how persons with an anorexia-similar disease and borderline personality disorder, is experiencing their lives through these two conditions. A central question is to find possible causes to explain the comorbidity between an anorexia-similar disease and borderline personality disorder. In this study, there have been five interviews. The basis of this study have proceeded from two theories; the attachment theory and biosocial theory, which also have been the basis to analyze the comorbidity between an anorexia-similar disease and borderline personality disorder. The results of the study, indicates that there are some possible reasons why these persons have developed these two diseases and that there is an intelligible comorbidity between these two conditions. Possible factors why these persons have developed these two diseases, have led to three notions; *attachment*, *vulnerability* and *abuse*. The fourth and final concept, *comorbidity*, summarizes the possible factors why these persons have developed an anorexia-similar disease and borderline personality disorder.

Keywords: anorexia nervosa, borderline personality disorder, comorbidity, eating disorders, causes

”En berg- och dalbana i ett fängelse av självsvält” – En kvalitativ studie om hur individer med en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning upplever sin situation utifrån dessa två sjukdomstillstånd

Författare: Dahlia Aljaderi

Örebro Universitet

Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Socionomprogrammet

Socialt arbete, C

C-uppsats, 15 högskolepoäng

Ht 2012

TACK

Jag vill först och främst rikta ett stort tack till samtliga intervjupersoner som deltagit i min studie och generöst delat med sig av värdefull information. Era historier har berört.

Ett stort tack till min fantastiska handledare Sanna Aila-Gustafsson som genom processens gång, varit ett stort stöd i många avseenden och även delat med sig av viktig kunskap.

Sist men inte minst; tack F för att du fick mig att förstå innebörden av denna problematik och gång på gång ställa mig frågan; hur och varför?

Innehåll

1. Inledning.....	3
2. Studiens centrala begrepp	4
2.1 Psykisk ohälsa	4
2.2 Samsjuklighet	4
2.3 Psykiatrins synsätt på samsjuklighet mellan ätstörningar och personlighetsstörningar	5
3. Syfte och frågeställningar.....	5
4. Bakgrund	5
4.1 Ätstörningar.....	6
4.2 Personlighetsstörningar	7
5. Tidigare forskning.....	8
5.1 Ätstörningar.....	8
5.1.1 Anorexia Nervosa	9
5.2 Personlighetsstörningar	10
5.2.1 Emotionell instabil personlighetsstörning.....	11
5.3 Samsjuklighet mellan ätstörningar och personlighetsstörningar	13
6. Tolkningsram.....	14
6.1 Anknytningsteorin	14
6.2 Biosociala teorin	15
7. Metod.....	16
7.1 Val av metod.....	16
7.2 Datainsamling.....	17
7.3 Urval	18
7.4 Datainsamlingens bearbetning	19
7.5 Väsentlig litteratur	19
7.6 Tillförlitlighet	20
7.7 Forskningsetik	20
8. Resultat och Analys	22
8.1 Presentation av intervjupersonerna	22
8.2 Anknytning	23
8.2.1 Resultat.....	23
8.2.2 Analys	25
8.3 Utsatthet	28

8.3.1 Resultat.....	28
8.3.2 Analys	30
8.4 Övergrip.....	32
8.4.1 Resultat.....	32
8.4.2 Analys	32
8.5 Samsjuklighet	33
8.5.1 Resultat.....	33
8.5.2 Analys	36
9. Diskussion.....	37
Referenslista	42
Bilaga	46
Intervjufrågor	46
Bilaga	47
Informations-utskick	47

1. Inledning

Psykisk ohälsa bland unga tycks ständigt öka i Sverige (Världen idag, 2012). Många kan känna igen sig i hur det är att må psykiskt dåligt, medan andra kan ha svårt att förstå olika typer av psykisk problematik och hur det egentligen är att må så pass psykiskt dåligt att man är i behov av hjälp. Tänkbara orsaker till psykisk ohälsa tycks utgöras av ett flertal faktorer. Ett av dem räknas vara de påfrestningar vi utsätts genom livet. En annan faktor beror på individens sårbarhet, som många menar är genetisk (Eriksson, 2006). Allt fler unga får psykiatriska diagnoser och anledningen till detta, finns det inget entydigt svar på men detta tycks utgöras av en multifaktoriell kedja (Sevefjord, 2004).

Ätstörningar är idag ett rådande samhällsproblem (Ljungman, 2012), som tenderar att få en allt mer stor plats i många människors liv och i synnerhet kvinnors (Euroclinix, 2012). Många menar att samhället bär ett stort ansvar för detta eftersom sociala aspekter i form av exempelvis media, indirekt uppmuntrar till osunda ideal (Ljungman, 2011), som kan leda till förödande konsekvenser i form av exempelvis självsvältsproblematik. Detta påverkar inte bara individen utan även dennes omgivning. Det kan tyckas märkligt att allt fler insjuknar i en ätstörning, då det idag finns ett flertal evidensbaserade behandlingsmetoder (Högdahl, 2011). Detta tenderar således att bli en ond spiral; samtidigt som samhället tycks stjälpas, måste det också hjälpa.

Samsjuklighet mellan ätstörningar och andra psykiatriska diagnoser, är vanligt förekommande. Cirka 40-70 % av alla vuxna individer med en ätstörningsdiagnos, är diagnostiserade med någon annan psykiatrisk diagnos. Att lida av en ätstörning och personlighetsstörning är en vanlig kombination. Utifrån psykiatrins roll menar man att det måste finnas en samverkande behandling för individer som lider av dessa två sjukdomstillstånd, eftersom forskning visar att en samordnad behandlingsform, ger bäst resultat jämfört med om individen skulle genomgå en behandling (Hultén, 2011).

Individer med personlighetsstörningar tycks utgöra en stor del av psykiatrins patienter. Trots att det finns ett medvetet tankesätt bakom hur individer med personlighetsstörning bör behandlas, är det tydligt att det idag inte finns tillräckligt med erfarenhetsbaserad forskning kring hur individer med en samsjuklighet bör behandlas (Andersson, Ekselius, Fagemo, et. al, 2006, s. 43). Detta bidrar således till att konkreta riktlinjer i hur behandlingen bör utformas, uteblir på bekostnad av patienterna.

I mitt volontär-arbete som mentor i föreningen Anorexi/Bulimi-kontakt, tycks jag ständigt se ökningen av tjejer med en samsjuklighet i både en anorexiliknande diagnos och en personlighetsstörning. Många gånger har dessa tjejer uttryckt sin besvikelse över psykiatrins bemötande och ofta har de fått höra att diagnoserna inte går att behandla samtidigt eftersom de idag inte finns någon evidensbaserad behandlingsform. Detta kan men behöver inte bero på att denna samsjuklighet är betydligt ovanligare jämfört med bulimia nervosa och en personlighetsstörning (Hultén, 2011) och således är det svårt att förstå de eventuella gemensamma orsakerna till dessa insjuknanden. Detta leder till att dessa individer blir utan hjälp för sin ätstörningsdiagnos, eftersom personlighetsstörningen prioriteras i en betydligt högre grad. Majoriteten har även uttryckt att dessa sjukdomstillstånd tenderar att vara

kroniska eftersom diagnoserna går hand i hand; då behandlingen för personlighetsstörningen avslutas, tenderar ätstörningen att få allt mer plats i individens liv. Detta resulterar i att individen ofta är tillbaka på ruta ett. Således har jag ofta sett detta som en ond cirkel; medan en diagnos behandlas, tenderar den andra att vidmakthållas.

Det är märkbart tydligt hur psykiatrin ser på hur samsjukligheten mellan ätstörningar och personlighetsstörningar, bör behandlas. En samverkande behandlingsform tycks lämpa sig bäst för de individer som lider av dessa sjukdomstillstånd. Det är dock förvånande att samsjukligheten mellan ätstörningar och personlighetsstörningar, inte uppmärksammas ytterligare genom att forska vidare kring detta ämne och slutligen finna en lämplig behandlingsform för dessa individer. En anledning till den bristande evidensbaserade forskningen inom detta ämnesområde kan, men behöver inte, bero på att samsjukligheten mellan en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning, inte har prioriterats. Därmed har det gjort det svårt att förstå de tänkbara orsakerna till individens insjuknaden i dessa två sjukdomstillstånd. Detta bidrar således till att verksamma socialarbetare främst inom psykiatrin, riskerar att inte kunna erbjuda den hjälp som individer med dessa två sjukdomstillstånd, är i behov utav. Detta tenderar exempelvis att bli tydligt i möten med dessa individer, då en förståelse i hur samsjukligheten uttrycks, är viktig. Att kunna förstå samsjukligheten mellan en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning är därmed av stort värde, eftersom detta kan bidra till att en lämplig behandlingsform utformas, vilket gynnar de individer som lider av en kombination av dessa två sjukdomstillstånd och samtidigt som det underlättar socialarbetarens strävan i att kunna bemöta individer med dessa två svåra sjukdomstillstånd på ett empatiskt och professionellt sätt.

2. Studiens centrala begrepp

Syftet med följande avsnitt, är att presentera väsentliga begrepp som belyses genomgående i uppsatsen. Inledningsvis introduceras innebörden av psykisk hälsa. Därefter presenteras begreppet samsjuklighet och dess betydelse. Senare beskrivs psykiatrins roll och synsätt gällande samsjukligheten mellan två psykiatriska diagnoser.

2.1 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa anses ständigt öka i dagens samhälle (Sevefjord, 2004) och kvinnor räknas utgöra en betydligt större patientgrupp jämfört med män. Unga kvinnor lider i högre grad av självskadebeteende och andra psykiska besvär, jämfört med män, vilket kan återspeglas i att kvinnor har en högre emotionell sårbarhet (Klefbom, 2010). Flera olika faktorer tros kunna påverka risken för att utveckla en psykisk problematik och några utav dessa är ärftlig sårbarhet samt barndomsmiljön. En annan bidragande faktor kan vara stress eller negativa händelser (Dalman & Forsell, 2004).

2.2 Samsjuklighet

Begreppet samsjuklighet innebär att en individ har två eller flera diagnoser samtidigt, vilket är vanligt vid psykiatriska tillstånd. Depression och ångestsstörningar är två vanligt förekommande exempel vid samsjuklighet. Idag saknas det tillräckligt evidensbaserad

kunskap kring hur samsjuklighet inom psykiatri bör behandlas, eftersom diagnoserna kan påverka varandra negativt. Detta leder således till att det primära inom psykiatri, är att behandla det ena sjukdomstillståndet som anses vara av en allvarlig art (Socialstyrelsen, 2012).

2.3 Psykiatrins synsätt på samsjuklighet mellan ätstörningar och personlighetsstörningar

Samsjuklighet mellan psykiatriska diagnoser inom psykiatri är vanligt men i dagsläget saknas det tillräckligt evidensbaserad kunskap i hur integrerad behandling bör se ut (Kunskapsguiden, 2012). Siffror visar att 40-70% av alla vuxna patienter med en ätstörningsdiagnos, också har en annan psykiatrisk diagnos, som exempelvis en personlighetsstörning. Det är därmed viktigt att samsjukligheten behandlas genom ett integrerat sätt. Forskning har visat att en sammanhållen behandling ger ett bättre resultat och en viktig del i behandlingen är samfälliga vårdplaner (Hultén, 2011).

Samsjukligheten mellan ätstörningar och personlighetsstörningar, ökar risken för att individen utvecklar en självdestruktivitet och suicidalitet. En föreslagen behandlingsform för patienter med ätstörningar och emotionell instabil personlighetsstörning, vilket är en diagnos som förefaller under personlighetsstörningar, är mentaliseringsbaserad terapi (MBT) och dialektisk beteendeterapi (DBT). Avsaknaden av en integrerad behandlingsform, kan leda till att ätstörningsproblematiken tenderar att misslyckas, då fokus läggs på behandlingen av personlighetsstörningen (Hultén, 2011).

3. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna kvalitativa studie är att undersöka hur individer med en kombination av anorexili liknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning, upplever sin livssituation utifrån dessa två sjukdomstillstånd.

Följande frågeställningar som studien syftar till att undersöka är:

1. Vilka tänkbara orsaker kan ligga bakom intervjupersonernas insjuknaden i dessa två sjukdomstillstånd?
2. Upplever intervjupersonerna att det finns en samsjuklighet mellan diagnoserna och i sådana fall, på vilket sätt?

4. Bakgrund

Under denna rubrik, kommer jag att ge en introduktion till väsentliga begrepp som belyses genomgående i uppsatsen. Syftet är därmed att ge läsaren en inblick i ämnet som genomsyrar studien.

4.1 Ätstörningar

I dagens Sverige har de flesta människor någon uppfattning om vad en ätstörning innebär men för många är ätstörningar likväl förbryllande och svåra att förstå sig på.

Ätstörningar delas in i tre olika diagnoser; anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) samt ätstörning utan närmare specifikation (UNS). Den gemensamma nämnaren för de tre diagnoserna, är att en individ strävar efter att vara återhållsam gällande matintaget, samt ha en överdriven kontroll över ens vikt (Ghaderi & Parling, 2007, s. 20-21). Ofta har personen i fråga en felaktig kroppsuppfattning, där denne strävar efter att vilja ”känna sig nöjd”, genom en rad olika ogynnsamma metoder (Anorexi/Bulimi-kontakt 2011, Ungdomsmottagningen, u.å.) och dessa osunda beteenden ökar risken för att en individ utvecklar en ätstörning (Ghaderi & Parling, 2007, s. 20-21). Olika faktorer såsom sociokulturella, sociala förhållanden samt en genetisk sårbarhet, kan öka risken för en ätstörningsproblematik. Man ser det således som en multifaktoriell orsakskedja (Nordfeldt & Stjernfeldt, 2004).

AN drabbar främst kvinnor i ålder 12-20 år och utbryter till exempel efter en bantningsperiod som i senare skede övergår till självsvalt. Sjukdomen kategoriseras som en allvarlig sjukdom som kan pågå i flera år. I mycket svåra fall kan även sjukdomen leda till döden (Klasén McGrath, 2012). Dödligheten uppskattas till mellan 1-18% (Uppsala universitet). Enligt DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1994) innefattar AN 4 olika kriterier; 1) individen bibehåller en kroppsvikt under 85 % av den förväntade kroppsvikten eller innehar ett BMI på 17.5, 2) individen har en stark rädsla för viktuppgång trots att individen har en undervikt, 3) individen präglas av en felaktig kroppsuppfattning eller förnekar den reella undervikten samt 4) utebliven menstruation minst tre gånger i rad. Livstidsprevalensen för att drabbas av AN beräknas till 0,2-0,4 % (Capiro Anorexicenter, 2007). Prognosen för att vara fri från sin AN tre år efter behandlingsstart var i en relativt ny svensk studie 48 % (Björk, Clinton & Norring, 2011), men varierar beroende på flera faktorer. För personer som har en personlighetsstörning eller har upplevt trauma under uppväxten är prognosen sämre (Uppsala Universitet, u.å.).

BN kännetecknas av att individen upprepade gånger hetsäter och sedan kompenserar för detta genom att kräkas, laxera, fasta eller motionera på ett överdrivet och tvångsmässigt sätt. Det olämpliga beteendet ska förekomma minst 2 gånger i 3 månader för att individen ska få diagnosen BN (Capiro Anorexicenter, 2007). Livstidsprevalensen för BN är uppskattningsvis 1-2 % bland kvinnor (Engström, 2012).

Ätstörning UNS, räknas vara 3-4 gånger så vanligt som AN och BN (Capiro Anorexicenter, 2010), Det finns sex typexempel på UNS-diagnoser, varav ätstörning UNS typ 1 och typ 2 som innefattar patienter med en restriktiv ätstörningsproblematik (exempelvis en patient som uppfyller samtliga kriterier för AN förutom att menstruationen inte har upphört, eller att personen har en vikt inom normalintervallet trots en betydande viktnedgång) (APA, 1994). Dessa diagnoser sätts när en individ inte uppfyller samtliga kriterier för AN eller BN (Capiro Anorexicenter, 2010).

I denna studie kommer jag att inkludera personer med en restriktiv ätstörningsproblematik, det vill säga personer som har diagnoserna AN eller ätstörning UNS typ 1 eller 2. Dessa kommer jag att benämna som en anorexiliknande problematik.

Behandlingsformen vid AN är i huvudsak kognitiv beteendeterapi, KBT, där fokus ligger på att förändra individens beteendesmönster genom insikt och motivation (Ghaderi). Grundsynen

i KBT, är således att människans tankar styr känslor och beteenden (Högdahl, 2011). En annan behandlingsform som erbjuds för patienter med AN, är dagsjukvård. Patienten går då i behandling under en viss tid på dygnet och under en viss tidsperiod. Behandlingsformen utgörs oftast av gemensamma måltider tillsammans med andra patienter samt stödsamtal med patientens behandlare (ätstörning.se, 2011).

För patienter med diagnosen ÄS UNS, kan behandlingsformen se ut på olika sätt beroende på vad patientens problematik gäller. Olika former av terapi, kan vara ett viktigt inslag i patients liv. Ätträning kan även erbjudas, vilket innebär att personal äter tillsammans med patienten, (Ätstörningar i fokus, 2009).

4.2 Personlighetsstörningar

Begreppet personlighet omfattar en individs karaktäristiska mönster som präglar tankar, känslor och beteenden. Dessa tre komponenter bidrar till en individs levnadssätt och anpassningsförmåga i samhället. Då en individ tenderar att utveckla en personlighet som anses vara avvikande i förhållande till den förväntade karaktären och som även orsakar denne lidande och begränsningar i livet, handlar det om en personlighetsstörning (Nyman, 2009). Enligt DSM-IV finns det 10 olika personlighetsstörningar som delas in i tre olika indelningar, där diagnoserna kategoriseras beroende på vilka typ av symptom individen lider av (Söderlund, 2012). Exempel på personlighetsstörningar är antisocial personlighetsstörning, schizoid personlighetsstörning samt emotionell personlighetsstörning (Information från Landstinget i Uppsala län, 2012). Orsaker till varför individer utvecklar personlighetsstörningar, är idag inte klarlagda men ett samband mellan arv och miljö tycks finnas (Andersson et al, 2006).

Med utgångspunkt i studiens syfte och frågeställningar, kommer jag således att belysa diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning.

Emotionell personlighetsstörning, även kallad borderline, tillhör de psykiatriska diagnoserna i DSM-IV som tyder på en individs impulsiva beteende som kan resultera i negativa konsekvenser för individen och dennes omgivning. Emotionell instabil personlighetsstörning (IPS) diagnostiseras utifrån 9 kriterier och individen måste uppfylla minst 5 av de 9, däribland; ”1) gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer, 2) uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmänskliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extremt nedvärdering, 3) uppvisar identitetsstörning; d.v.s. varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla, 4) visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv, tex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, m.m. 5) uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidala hot eller självstympande handlingar” med flera (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 24).

Tänkbara faktorer som kan öka risken för att en individ ska insjukna i IPS, är arv och miljö. En individs personlighet ligger till stor grund för hur denne utvecklas senare i livet och sidor hos individen såsom ängslighet och emotionell osäkerhet, kan således utveckla en sårbarhet hos personen. Mycket talar för att otrygga hemförhållanden och osäkerhet bland närstående,

ökar risken för att en individ utvecklar de beteendemönster som kännetecknar IPS (Hammarström, 2012). Vidare finns det forskning som tyder på att otrygg anknytning mellan barnet och föräldrarna, kan utgöra en stor del till att en individ i vuxen ålder utveckla IPS (9 månader, 2007). En otrygg anknytning kan exempelvis känneteckna osäkerhet i föräldrarollen genom att föräldrarna har svårt att tolka barnets behov (Karlsson, 2012). En annan viktig aspekt som belyses, är traumatiska barndomsupplevelser, som exempelvis fysiskt våld, sexuella övergrepp samt mobbning. Forskning tyder således på att det finns ett samband mellan patienter med IPS och de som upplevt psykiskt påfrestande upplevelser från barndomen (Näslund, 1998).

Uppskattningsvis beräknas cirka 70 000 – 140 000 personer ha diagnostiserats med emotionell instabil personlighetsstörning i Sverige (SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården, 2005) och ungefär var 10:e patient med IPS dör i förtid- främst genom suicid (Svenska Terapiförmedlingen, 2008). Patientgruppen är främst kvinnor- dels beroende på att kvinnor oftare uppvisar de personlighetsdragen som karaktäriseras för IPS och dels för att kvinnor oftare får den diagnosen, trots att kvinnor och män egentligen drabbas av IPS i lika hög grad (Näslund, 1998).

Den primära terapiformen som ges för individer med IPS, är dialektisk beteendeterapi, förkortat DBT, som är en avancerad form av kognitiv beteendeterapi, KBT. DBT har utvecklats specifikt för individer med emotionell instabil personlighetsstörning, där syftet med terapin är att finna sätt för att kunna förändra sitt beteendemönster och lära sig innebörden av acceptans av känslor. (SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården, 2005).

MBT som står för mentaliseringsbaserad terapi, är även den speciellt utvecklad för patienter med IPS. Fokus i MBT syftar till individen ska utveckla en insiktsförmåga gällande sambanden mellan upplevelser i barndomen, inre konflikter samt individens uppfattning kring ens egna tankar, känslor och fantasier (MBT Sverige, 2012).

En stor del av forskningen tyder på en hög grad av samsjuklighet mellan diagnoserna IPS och BN. Hetsätningarna och det kompensatoriska beteendet hos individen, beskrivs på ett sätt som bristande impuls kontroll (Hultén, 2011). På senare tid har samsjukligheten mellan AN samt ÄS UNS och IPS uppmärksamats och siffror visar att 25-54 % av alla individer med IPS, också lider av en ätstörning. Forskning som undersökt dubbeldiagnoserna, har dragit slutsatsen att DBT är den primära terapiformen som bör användas vid behandling för denna patientgrupp (Hultén, 2011).

20-30 % av alla patienter inom slutenvården, räknas både ha AN och IPS. Siffrorna för patienter med diagnosen ÄS UNS och IPS, bedöms vara 30-40 % (Insikt, 2012).

5. Tidigare forskning

5.1 Ätstörningar

Bartocci, Grave, Oliosi & Todisco (1996) har i en studie undersökt om det föreligger ett

samband mellan trauma och dissociativa erfarenheter hos de individer som utvecklat en ätstörning. Forskarna beskriver att ett flertal studier pekar på att individer som upplevt traumatiska händelser i barndomen och i vuxen ålder, också riskerar i en högre grad att utveckla en ätstörning. De traumatiska händelserna i barndomen kan exempelvis peka på sexuella och/eller psykiska övergrepp (Bartocci, Grave, Oliosi & Todisco, 1996, s. 274).

Forskarna använde sig av ett semi-strukturerat intervjuväg och intervjuade 106 kvinnliga patienter med en ätstörning och som skulle påbörja sin behandling inom slutenvården. 52 av dessa 106 deltagare var diagnostiserade med anorexia nervosa. 24 deltagare var diagnostiserade med bulimia nervosa och resterande 30, var diagnostiserade med BDD, binge eating disorder, även kallad hetsättningsstörning (Bartocci, Grave, Oliosi & Todisco, 1996, s. 275).

Då samtliga patienter påbörjade sin behandling inom slutenvården, samlade forskarna in deras journaler och applicerade innehållet i ett flera enkäter. I den semistrukturerade intervjun, ingick förutom ett antal frågor kring trauma, även en skala bestående av fyra punkter som låg till grund för att mäta i vilken hög grad patienterna upplevt dissociativa händelser. Dessa fyra punkter innehöll följande; *identitets-förvirring och splittring, känsla av kontrollförlust över ens egna tankar, känslor och beteende, minnesförlust* och slutligen *absorption*, vilket låg till grund för koncentrationen i en hypnos-session (Bartocci, Grave, Oliosi & Todisco, 1996, s. 275).

Resultatet pekade på att forskarnas studie var i enlighet med de tidigare studierna kring huruvida trauma kan ses som en tänkbar orsaksförklaring till varför vissa individer utvecklar en ätstörning och andra inte. I denna studie har resultatet visat att trauma är främst centralt hos individer diagnostiserade med anorexia nervosa typ 2, även kallad anorexia nervosa hetsätning/själrensning (66 %) och bulimia nervosa (59 %), jämfört med individer diagnostiserade med anorexia nervosa typ 1, även kallad med enbart själsvält (21 %). Hos individer diagnostiserade med hetsättningsstörning var denna siffra 47 %. Vidare pekade resultatet på att sexuella övergrepp kan ses som en tänkbar orsaksförklaring hos individer diagnostiserade med anorexia nervosa typ 2 (28 %), jämfört med individer diagnostiserade med anorexia nervosa typ 1 (7 %). Individer diagnostiserade med någon form av ätstörning, tycks ha upplevt trauma i betydligt högre grad är en annan slutsats forskarna kom fram till. Resultatet pekade slutligen på att individer diagnostiserade med anorexia nervosa typ 2 samt bulimia nervosa, upplevt dissociativa händelser i livet i en betydligt högre grad (Bartocci, Grave, Oliosi & Todisco, 1996, s. 279).

5.1.1 Anorexia nervosa

Cooper, Doll, Fairburn, & Welch (1999) skriver i sin studie att det finns ett flertal teorier kring varför vissa individer utvecklar anorexia nervosa och andra inte. Forskarna skriver vidare att konkreta riskfaktorer för utvecklingen av anorexia nervosa inte har kunnat påvisas, vilket har medfört att det är oklart om riskfaktorer gäller allmänt för samtliga ätstörningar eller enbart anorexia nervosa (Cooper, Doll Fairburn, & Welch, 1999).

Forskarna studerade sammanlagt 472 individer. Av dessa 472 var 67 patienter med diagnosen anorexia nervosa. 204 friska individer var en kontrollgrupp och hade aldrig varit diagnostiserade med en ätstörning. 102 patienter hade någon annan psykiatrisk diagnos och 102 patienter var diagnostiserade med bulimia nervosa. Samtliga deltagarna var kvinnor i åldern mellan 16-35 år (Cooper, Doll Fairburn, & Welch, 1999). Samtliga individer fick ett frågeformulär bestående av två punkter som låg till grund för resultatet. Den ena belyste frågor som rörde deltagarnas ätstörning eller eventuella ätstörning. Den andra punkten syftade till att undersöka hur deltagarnas allmänna hälsa såg ut. Utifrån samtliga intervjuer, avgjorde deltagarnas svar huruvida detta kunde appliceras på undersökningsområdet (Cooper, Doll Fairburn, & Welch, 1999).

Då forskarna undersökte riskfaktorer för att utveckla en ätstörning, gjordes samtliga intervjuer i deltagarnas hem, vilket forskarna menade var en tydlig exponering för att kunna finna eventuella tänkbara riskfaktorer (Cooper, Doll Fairburn, & Welch, 1999).

Resultatet visade att de 67 patienterna diagnostiserade med anorexia nervosa hade en medelålder på $22.4 \pm 4,8$ år. Medelåldern för en ätstörningsdebut var $14,6 \pm 3,0$ år. Individuella riskfaktorer såsom hög sårbarhet, var en tydlig riskfaktor för att utveckla anorexia nervosa. Vidare pekade resultatet på att de deltagare som var diagnostiserade med anorexia nervosa, också hade utsatts för exponering i en betydligt högre grad jämfört med de andra grupperna i studien. Bantning som forskarna menade ofta ses som en tydlig riskfaktor för att utveckla anorexia nervosa, visade i studien inte ha en specifik betydelse för de individer diagnostiserade med anorexia nervosa. Detta menade forskarna var ett oväntat resultat jämfört med tidigare studier kring riskfaktorerna för att utveckla anorexia nervosa (Cooper, Doll Fairburn, & Welch, 1999).

Resultatet indikerade även på att negativ självbild och perfektionism var centralt hos de individer diagnostiserade med anorexia nervosa. Således tolkade forskarna detta som en tydlig riskfaktor för att kunna utveckla anorexia nervosa (Cooper, Doll Fairburn, & Welch, 1999). Ätstörningar hos föräldrarna samt negativa kommentarer kring mat, kropp och vikt inom familjen, tycktes också utgöra en ytterligare riskfaktor (Cooper, Doll Fairburn, & Welch, 1999).

5.2 Personlighetsstörningar

Bierer, Mitropoulou, New, Schmeidler, Sieverm Yehuda & Silverman (2003) skriver att barndomen har en betydande roll hos de individer som är diagnostiserade med en personlighetsstörning. Övergrepp och försummelse är centrala begrepp i att förklara de tänkbara orsakerna till varför vissa individer utvecklar en personlighetsstörning och andra inte.

Forskarna undersökte om barndomstrauman hade en påverkan för individer diagnostiserade med en personlighetsstörning. Syftet med studien var att undersöka om traumatiska händelser i barndomen kan ha påverkat samtliga individers insjuknande i en personlighetsstörning. Forskarna studerade 118 män och 64 kvinnor, diagnostiserade med en personlighetsstörning.

Av samtliga deltagare, var 39 % diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, vilket gjorde emotionell instabil personlighetsstörning till den vanligaste personlighetsstörningen i denna studie. 31 % av deltagarna var diagnostiserade med paranoid personlighetsstörning, 30 % var diagnostiserade med fobisk personlighetsstörning och slutligen var 26 % av samtliga deltagare, diagnostiserade med schizotypal personlighetsstörning. Detta kan således innebära att vissa deltagare var diagnostiserade med flera diagnoser, så kallade huvuddiagnos och bi-diagnos (Bierer, Yehuda, Mitropoulou, New, Schmeidler, Siever & Silverman, 2003).

Varje deltagare som ingick i studien fick beskriva hur barndomen såg ut och därefter applicerades deltagarnas svar i en skala som angav hur barndomen såg ut. Fem olika typer av barndomstrauman mättes; känslomässiga övergrepp, fysisk misshandel, sexuella övergrepp, känslomässig försummelse samt fysisk försummelse. Forskarna i studien använde sig utav en fem-gradig Likert-typ skala, som anger hur svåra perioder det har funnits i barndomen. Likert-skalan pekade på att kvinnor var mer benägna att utveckla bland annat emotionell instabil personlighetsstörning jämfört med män (Bierer, Yehuda, Mitropoulou, New, Schmeidler, Siever & Silverman, 2003).

Resultatet visade att 78 % av samtliga deltagare, hade upplevt ett trauma i barndomen som exempelvis var kopplat till känslomässiga övergrepp. Slutsatsen som forskarna drog, var därmed att trauman i barndomen var centralt hos individer diagnostiserade med en personlighetsstörning och som dessutom tycks vara en tänkbar orsaksförklaring till varför vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning och andra inte. En annan slutsats som forskarna drog, var därmed att traumatiska händelser i barndomen, är en viktig del att beakta i hur behandlingen av individer med emotionell instabil personlighetsstörning, bör utvecklas i att kunna förstå denna typ av problematik (Bierer, Yehuda, Mitropoulou, New, Schmeidler, Siever & Silverman, 2003).

5.2.1 Emotionell instabil personlighetsstörning

Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen (1990) skriver en studie där syftet är att undersöka huruvida övergrepp och försummelse i barndomen, kan ha påverkat vuxna individer diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning. Forskarna skriver vidare att förståelsen av hur barndomen har påverkat ens liv, är en central del i att förklara uppkomsten av varför vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning. Tidigare studier har påvisat att traumatiska händelser i barndomen, kan spela en stor roll hos de individer diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning. Sexuella övergrepp tros kunna vara en riskfaktor till att vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning. Tydliga signaler till att ett barn har blivit utsatt för sexuella övergrepp är rädsla, ångest, depression, ilska och fientlighet. Dessa reaktioner menar forskarna således är vanliga signaler hos ett barn som blivit utsatt för sexuella övergrepp. Tidigare studier har även påvisat att kvinnor som blivit utsatta för fysiska eller sexuella övergrepp, har en ökad risk för att insjukna i emotionell instabil personlighetsstörning. Dessa kvinnor har jämfört med en grupp som inte blivit utsatta för någon typ av övergrepp (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1008).

Forskarna skriver även att tidigare studier har påvisat att mer än 50 % av alla individer diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, har upplevt traumatiska händelser i barndomen, såsom fysiska och/eller sexuella övergrepp (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1008).

Syftet med studien var således att undersöka huruvida övergrepp var en riskfaktor till att vissa individer insjuknade i emotionell instabil personlighetsstörning. I studien fanns två centrala frågeställningar; *har patienter med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning blivit utsatta för fysiska och/eller sexuella övergrepp under barndomen jämfört med patienter diagnostiserade med depression samt kan sexuella övergrepp vara en riskfaktor för att insjukna i specifikt emotionell instabil personlighetsstörning?* (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1008).

Forskarna utgick från att majoriteten av de individer diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, hade blivit utsatta för sexuella övergrepp jämfört med individer som inte hade blivit diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning. Forskarna utgick även från att sexuella övergrepp bidrar till att vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning och slutligen förekomsten av sexuella övergrepp är vanligt förekommande bland individer diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, eftersom dessa individer även hade en låg impuls kontroll och dissociativa upplevelser. Att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp var enligt forskarna, kopplat till individer med låg impuls kontroll och dissociativa upplevelser, som även är förekommande hos individer med emotionell instabil personlighetsstörning (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1008, 1009).

Forskarna intervjuade kvinnor och män i åldern 18-60 år, som var inskrivna i en psykiatrisk klinik. Personer som uppfyllde minst två kriterier för emotionell instabil personlighetsstörning eller schizotypal personlighetsstörning, eller tre kriterier för svår depressiv period enligt DSM-III, valdes specifikt för att delta i studien. 87 % av samtliga personer som passande in enligt mallen för studien, valde att delta (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1009).

Resultatet indikerade på att de individer som var diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, hade blivit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen, i en betydligt högre grad, jämfört med individer diagnostiserade med svår depressiv period. Majoriteten av individerna diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, hade blivit utsatta för fysisk misshandel från främst syskon, släktingar och andra personer. Försummelse och fysiska övergrepp var även vanligt förekommande hos de båda grupperna. 17 kvinnliga patienter diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning rapporterade att de hade blivit utsatta för sexuella övergrepp. 65 % av dessa 17 individer, rapporterade även att de blivit utsatta för fysiska övergrepp (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1009).

En slutsats som forskarna drog, var därmed att kvinnor diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, hade blivit utsatta för sexuella övergrepp, jämfört med patienter diagnostiserade med svår depressiv period. Därmed ansåg forskarna att trauma är centralt hos

individer diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning och att traumatiska händelser kan ha bidragit till det faktum att individer diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, har svårt att reglera känslor (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1011).

5.3 Samsjuklighet mellan ätstörningar och personlighetsstörningar

Personlighetsstörningar tycks utgöra en viktig och betydande del hos de individer som lider av en ätstörning. I likhet med teorier kring personlighetsstörningars uppkomst, tycks samma typ av orsaker kunna förklara till varför vissa individer insjuknar i ätstörningar och andra inte. Två riskfaktorer pekar på att vara kvinna och att vara utsatt för en negativ händelse i livet (Sansone & Sansone, 2011).

År 2006 undersökte forskarna Randy. A. Sansone och Lori A. Sansone genom litteratur, hur prevalensen mellan personlighetsstörningar och ätstörningar såg ut. Forskarna fann att emotionell instabil personlighetsstörning var den mest vanligaste personlighetsstörningen tillsammans med en anorexiliknande problematik, vilket utgjorde en prevalens på 25 % (Sansone & Sansone, 2011).

Eftersom personlighetsstörning utvecklas i de tidiga tonåren eller det tidiga vuxenlivet, menade forskarna att om en individ är diagnostiserad med en personlighetsstörning, ökar detta risken för att individen i fråga också utvecklar en ätstörning. Då forskarna menar att majoriteten av individer med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning, haft svårigheter i barndomen och exempelvis blivit övergivna, är detta i likhet med vad man tror uppkomsten av ätstörning är. Således finns det likartade tänkbara orsaker till uppkomsten av dessa två diagnoser. Slutsatsen som dessa två forskare fann, var därmed att samsjukligheten mellan diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning och anorexiliknande problematik, var vanlig (Sansone & Sansone, 2011).

Eftersom samsjuklighet mellan bulimia nervosa och emotionell instabil personlighetsstörning, är betydligt vanligare, valde forskare (Brandt et al., 2010) att studera 41 patienter med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. Majoriteten av dessa individer hade någon gång varit diagnostiserade med anorexia nervosa och syftet med studien, var att undersöka hur dessa individer upplevde sina diagnoser i förhållande till deras tankar, känslor och beteende. Forskarna fann att individer med diagnoserna emotionell instabil personlighetsstörning och anorexia nervosa hade en hög grad av avvikande beteenden som var kopplade till deras sjukdomstillstånd. Forskarna fann att det var vanligt att dessa individer exempelvis hade en alkoholproblematik, låg impuls kontroll samt en större benägenhet för att utöva fysiskt våld gentemot andra. En slutsats som därmed drogs, var att individer med både emotionell instabil personlighetsstörning och anorexia nervosa, upplevde ha ett flertalet avvikande beteenden som påverkade deras liv i en hög grad (Brandt et al., s. 252-254).

Svenska Psykiatriska Föreningen skriver i en studie att emotionell instabil personlighetsstörning har en vanlig samsjuklighet med bland annat ätstörningar och missbruk. Emotionell instabil personlighetsstörning är även vanlig tillsammans med andra personlighetsstörningar såsom paranoid personlighetsstörning (Andersson et al., 2006).

Stockholms läns landsting (2009) publicerade ett vårdprogram för ätstörningar, där samsjuklighet mellan ätstörningar och andra psykiatriska tillstånd förekom. Personlighetsstörningar i samsjuklighet med ätstörningen bulimia nervosa visade sig vara vanligt förekommande (af Sandeberg & Birgegård, & Mohlin et al., 2009).

6. Tolkningsram

Under detta avsnitt, kommer två väsentliga teorier att beskrivas. Dessa två teorier utgör även en grund för resultatdelen som senare presenteras i uppsatsen och har även en stor relevans i bakgrunden kring de två psykiatriska diagnosernas tänkbara orsaksutveckling/uppkomst.

6.1 Anknytningsteorin

Anknytningsteorin beskrivs enligt professor Howe, kring den tidiga utvecklingen hos barnet samt barnets och föräldrarnas relation (Payne, 2005). Teorin lägger stor vikt vid att barnet under sina uppväxtår bör omges av trygga vuxna, som vanligtvis också är föräldrarna. Detta också skapar en stabil grund för att barnet senare i livet utvecklar en social förmåga. Barnet i fråga formar sin identitet utifrån inläring samt utvecklar beteendet i sociala sammanhang. Med utgångspunkt i barnets utveckling, kommer också förväntningar uppstå som i sin tur skapar en bild av det sociala livet med andra individer (Payne, 2005).

Enligt psykoanalytikern Bowlbys teori, kan barnets anknytning till andra individer, påverka barnets vidareutveckling. Teorin presenterar att då barnet befinner sig i en otrygg situation, söker den anknytning genom att exempelvis uppvisa ett ”närhetssökande beteende”, vilket innebär att barnet kommer att försöka uppnå att vara omgiven av en trygg person, som exempelvis föräldern. Ett annat beteende barnet tenderar att kunna uppvisa, är ”trygg bas”, vilket innebär att barnet i fråga kan uppvisa ett beteende som kräver uppmärksamhet, som syftar till att barnet strävar efter att få vara nära en trygg person. Det tredje beteendet som Bowlby uppmärksamade, var ”separationsprotester”, vilket innebär att barnet tenderar att försöka förhindra separationen från trygga personer, genom att exempelvis vara högljudd (Payne, 2005, s. 128-129).

Bowlbys slutsatser kring barnets tre olika beteenden vid en otrygg situation, grundar sig på barn som frångått kontakten med sin mor tidigt i livet. De tre tidigare beskrivna beteenden hos barnet, kunde också visa sig senare i livet, i form av exempelvis separationsångest i relationer med vänner, förlustupplevelser samt beteendestörningar (Payne, 2005, s. 129).

Barnets beteenden är inte alltid beroende av föräldrarna, utan alla barn formas till egna individer och alla barn har olika personligheter. Ett barn kan uppvisa två olika typer av personligheter; ”ett svårt temperament”, vilket innebär att barnet uppvisar en tillbakadragenhet, uttrycker negativa känslor som resulterar i ett negativt humör samt har svårt för att anpassa sig till förändringar i livet och ”ett lätt temperament”, vilket innebär att barnet är mottagligt för att hantera nya situationer och förändringar, har hög grad av anpassningsförmåga samt ett positivt humör i de flesta avseenden. Eftersom beteenden inte alltid är beroende av föräldrarnas roll, kan således dessa två beteenden också ändras utifrån barnets omgivning beroende på vilka personer barnet omges av (Payne, 2005, s. 129).

Psykologen Mary Ainsworth presenterade år 1978 flera olika typer av ett barns anknytningmönster. ”Typ B” som karakteriserar en trygg anknytning, visar bland annat att barnet har en övervägande positiv inställning och enbart en viss oro vid separationer. Detta skulle kunna förklaras som att barnet upplever en trygg och stark anknytning gentemot sina föräldrar. ”Typ A” som pekar på en otrygg eller undvikande anknytning, visar att barnet har svårt för bland annat leksituationer, då barnet tenderar att vara reserverad, jämfört med andra barn. Barnet visar även somliga tecken på upprördhet vid separationer. ”Typ C” som indikerar på en otrygg och osäker anknytning, visar att barnet har svårt för separationer och uppvisar en osäkerhet som kräver en stor del uppmärksamhet. Barn med en typ C-anknytning, kan även uppvisa ett beteende som pekar tydligt på mycket vrede men samtidigt behov av exempelvis att vilja bli sedd. Föräldrar i en typ C-anknytning, visar däremot tecken på okänslighet inför barnets beteenden men tar samtidigt inte avstånd från barnet (Payne, 2005, s. 130-131) och vuxna individer som växt upp i en typisk typ C-anknytning, kan uppleva en rädsla i att bli övergivna (Utterbäck, 2010).

Anknytning av typ D indikerar på en otrygg och desorganiserad barndom, vilket bland annat innebär att barnet uppvisar ett osäkert beteende i relationer. Barn som har en otrygg anknytning, uttrycks ofta hos de individer som upplevt fysisk eller psykisk misshandel. Barnet tenderar även att te sig oroligt vid separationer och kan även uppleva att föräldrarna är rädda. Detta kan bidra till att barnet, även i vuxen ålder, kan ha svårt att leva i relationer. Detta bidrar således till att barnet i fråga med stor sannolikhet kan behöva professionell hjälp för att bryta sina beteendemönster (Payne, 2005, s. 131, Utterbäck, 2010).

De ”inre arbetsmodellerna” är ett begrepp som beskriver hur barnet utvecklar sin kognitiva förmåga. I takt med att barnet blir äldre, utvecklar den också ett synsätt om sig själv och sina relationer. Detta bidrar till att barnet utvecklar ett sätt att knyta an till andra betydelsefulla personer i sitt liv, vilket således minskar barnets upplevelse av separationsångest från sina primära omsorgsgivare (Familjerätt på nätet, 2001).

Psykoanalytikern Mahlers teori byggde på att utvecklingen mellan modern och barnet var bristande hos individer med instabil personlighetsstörning. Mahler presenterade den separationsfas som varje barn genomgår och ansåg att modern måste först klara av sin egen separationsfas till barnet, för att senare kunna hjälpa barnet att frigöra sig från modern. Då barnet upplever att den inte får tillräckligt med stöd från modern, kan barnet drabbas av en ”övergivenhetsdepression”, vilket är en typ av depression som har kunnat ses hos individer med emotionell instabil personlighetsstörning (Näslund, 1998, s. 43-44).

Individer med emotionell instabil personlighetsstörning, förmodas därmed ha haft en otrygg desorganiserad anknytning i barndomen. Den bristande anknytningen, kan således ha påverkat individens sätt att hantera tankar och känslor i vuxen ålder (Asard, 2006, s. 5).

6.2 Biosociala teorin

Den biosociala teorin beskriver att en individs emotionella svårigheter, har sin grund i det bristande samspelet mellan individens biologiska förutsättningar samt de egenskaper som individens omgivning har (Valentin & Linton Psykologtjänst, 2005-2012). Då en emotionell

sårbar individ växer upp i en omgivning där denne inte får stöd i att hantera sin känslighet, kan det således leda till att samspelet mellan individen och omgivningen inte utvecklas. Den känslomässiga sårbarheten individen har, kan beskrivas genom att personen har stark känslighet, som kan resultera i starka reaktioner. Då det inte krävs mycket för att utlösa en stark reaktion hos individen kan detta i sin tur leda till svåra konsekvenser för individen. Enligt den biosociala teorin, har individer med hög känslighet svårt att återgå till ett neutralt stämningsläge. Enligt teorin bidrar tre faktorer till att en individ blir emotionellt sårbar; hög känslighet för emotionella reaktioner, hög styrka i den emotionella reaktionen samt långsam regress till ett neutralläge. Detta innebär att individen har svårt att kontrollera sina känslor, som ofta kan leda till förödande konsekvenser för individen själv och dennes omgivning. (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 52-53).

Tänkbara fysiologiska orsaker, kan även bidra till att en individ utvecklar en hög sårbar- och känslighet. Ett exempel kan vara att hjärnan hos en individ kan påverkas under fostertiden. Detta medför således att även individens beteende påverkas. Då individen föds är hjärnan programmerad till en viss del men vidareutvecklas utifrån individens erfarenheter och kunskaper (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 56).

Trauma kan bidra till ökad sårbarhet- ett annat är invalidering, vilket innebär att ett barn exempelvis blir ifrågasatt eller nonchalerad. Om ett barn växer upp i en invaliderande miljö, kan det öka barnets känslomässiga sårbarhet (Kåver & Nilsonne, 2005, s. 59-60). En invaliderande omgivning kan även bidra till att barnet i fråga inte lär sig att uttrycka sina tankar och känslor. Barnet i fråga kan då ha svårt att hantera känsloreaktioner (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008).

Enligt den biosociala teorin, finns det tre invaliderande familjer; ”den kaotiska”, där det ofta förekommer icke-närvarande föräldrar, problem med missbruk samt brist på omsorg av barnen. ”Den perfekta familjen” där föräldrarna uppvisar en nolltolerans gentemot negativa reaktioner från barnet, samt ”den prestations- och kontrollinriktade familjen”, där fokus är på framgång som ses utifrån en kontroll av känslor och prestation (Psykologi i Fokus, 2008).

Den invaliderande miljön har en stor betydande faktor för individer med emotionell instabil personlighetsstörning. Om individen växer upp i en kaotisk familj, som har svårt att hantera individens emotionella sårbarhet, kan det leda till att individen inte utvecklar som förmåga att hantera nya situationer som kan uppkomma senare i livet (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008).

7. Metod

7.1 Val av metod

Syftet med denna studie är att få ett perspektiv på hur individer med en kombination av anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning, upplever sin livssituation utifrån dessa två sjukdomstillstånd.

Det är därmed lämpligt att genomföra en kvalitativ studie, där fokus bland annat finns på intervjupersonens upplevelse av sin verklighet (Bryman, 2011).

För att uppfylla studiens syfte valde jag att genomföra samtliga intervjuer utifrån ett ”semi-strukturerat” intervjusätt. Detta medförde således att jag som intervjuare fick en bred bild av intervjupersonens upplevelser och tolkningar, som jag ansåg vara viktiga och av stort värde i studien (Bryman, 2011, 415). Då intervjufrågorna var baserade på undersökningsområdet, formades intervjun utefter intervjupersonens berättelse. Således upplevde jag inte att det fanns ostrukturerade frågor eller att intervjun ändrade riktning. En kritik som har riktats gentemot kvalitativa studier är att denna typ av undersökning anses ha en brist på ett genomgående mönster i studien. Brist på struktur har varit en annan kritik gentemot kvalitativa studier (Bryman, 2011).

Reliabilitet och validitet är väsentliga begrepp även inom den kvalitativa forskningen. Dessa två begrepp mäter en studies tillförlitlighet samt klarhet. Reliabilitet och validitet i en kvalitativ forskning syftar till att bearbeta och analysera den information man har fått fram. Inom den kvalitativa forskningen är det viktigt att anpassa reliabilitet och validitet till studien, utan att generalisera resultatet (Bryman, 2011, s. 351-352).

Intervjuer anses vara det mest användbara metodsättet inom kvalitativ forskning. Då det finns olika typer av intervjuer, råder det således skillnad mellan dem. Ostrukturerade intervjuer syftar till att fråga intervjupersonen ett eller flera frågeområden. Frågorna som ställs, kan med andra ord uppfattas på olika sätt. Semistrukturerade intervjuer innebär att samma slags frågor ställs till olika intervjupersoner men att frågorna har öppna svarsalternativ. Strukturerade intervjuer innebär att samma slags frågor ställs till samtliga och att frågorna karakteriseras utifrån en specifik kategori av svar (Bryman, 2011, s. 412, Kvalitativ Metod, u.å.).

7.2 Datainsamling

Eftersom samtliga intervjupersoner bodde på ett avstånd som gjorde det svårt för mig att träffas och hålla i intervjuerna, valde jag därför att genomföra telefonintervjuer, vilket tog cirka 45-60 minuter per intervju.

En fördel med att hålla i en telefonintervju, är det rent kostnadsmässiga (Bryman, 2011). Eftersom både jag och samtliga intervjupersoner inte hade möjlighet att träffas, medförde det per automatik att telefonintervju blev det lämpligaste men även billigaste sättet att genomföra intervjuerna på.

Då avståndet gjorde det svårt att träffas, var det tidsmässiga även en fördel med att hålla i telefonintervjuer (Bryman, 2011).

En annan fördel med en telefonintervju är att intervjupersonerna i fråga blir anonyma (Bryman, 2011) på det sätt att jag som intervjuare inte möter en person ”ansikte mot ansikte”. En personlig intervju kan bidra till att intervjupersonerna svarar utifrån vad de tror att jag vill veta, vilket medför att en personlig intervju också kan medföra att jag omedvetet skapar en bild av intervjupersonerna. Detta kan även ses utifrån ett etiskt perspektiv, då jag som intervjuare inte hade någon bild av vem jag talade med. Således bibehölls en integritet.

På så sätt bibehåller telefonintervjuer en viss distans (Bryman, 2011) mellan mig som intervjuare och samtliga intervjupersoner.

Det finns dock nackdelar med att hålla i telefonintervjuer. En av dessa är att vissa ämnen som berör känsliga frågor, inte lämpar sig för en telefonintervju (Bryman, 2011). Detta kan kopplas till det faktum att jag i mina telefonintervjuer, ställde personliga frågor kring intervjupersonernas liv, vilket kan ha setts som en nackdel eftersom samtliga intervjupersoner också är en utsatt grupp.

En annan nackdel med att hålla i telefonintervjuer är att det blir svårt för mig som intervjuare att reagera på intervjupersonernas ansiktsuttryck. Det kan exempelvis handla om att intervjupersonerna missförstått en fråga (Bryman, 2011), vilket per automatik medför att jag i en telefonintervju inte kan tolka hur intervjupersonen reagerade på en viss typ av fråga.

Då kvalitativ forskning inrymmer flera olika typer av frågor i intervjusätten (Bryman, 2011), valde jag att lägga fokus på ”inledande frågor”, som syftar till att ställa frågor som väcker ”långa svar”. I mina samtliga intervjuer har det även förekommit ”sonderingsfrågor”, där jag upplevt att svaren jag fått inte varit tillräckliga och därför har jag således bett intervjupersonen utveckla sitt svar. För att klargöra att jag som intervjuare förstått innebörden av vad intervjupersonerna har berättat, har även ”tolkande frågor” förekommit. Detta för att bekräfta om min uppfattning av intervjun har tolkats korrekt. Vidare har aktivt lyssnande från min sida varit väsentligt, då mycket och relevant fakta har framkommit under intervjun (Bryman, 2011, s. 422-423).

En förutsättning för att uppfylla studiens syfte, har varit att intervjupersonerna har velat berätta om sina två sjukdomstillstånd utifrån en rad frågor. Frågor som har ställts har först berört diagnoserna var för sig och därefter har intervjupersonerna fått uttrycka sina upplevelser kring diagnoserna. En anledning till att jag valde att dela upp frågorna, var för att lättare kunna förstå hur intervjupersonen upplevt sina diagnoser. Frågorna som ställdes har dock varit desamma oberoende av diagnos. Genom intervjuerna, har jag även kunnat se intervjupersonernas upplevelser av vårdens sätt att hantera dess samsjuklighet, vilket för mig har varit en väsentlig frågeställning. Jag har även fått ta del av intervjupersonernas egna upplevelser av att ha familj, vänner och relationer samtidigt som de varit en utsatt position rent sjukdomsmässigt. Detta har varit en väsentlig del i att kunna förstå och finna eventuella mönster gällande de båda psykiska tillstånden.

I samtliga intervjuer har jag använt mig utav ett digitalt inspelningssinstrument (Bryman, 2011)., eftersom jag i efterhand kunde lyssna betydligt mer noggrannare än vad jag hade möjlighet att göra under intervjuerna

7.3 Urval

Urvalet i studien, har gjorts utifrån ett ”målinriktat urval”, där syftet var att välja ut personer utifrån ett strategiskt sätt, så att dessa personer hade relevans utifrån studiens syfte och frågeställningar (Bryman, 2011, s. 392). Sökandet efter lämpliga intervjupersoner har gjorts genom ett flertal sätt. Ett tillvägagångssätt jag tillämpade, dock utan framgång, var att söka efter relevanta enheter samt mottagningar runtom i hela Sverige, där patienter med en

anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning, togs emot och behandlas. Då jag ansåg att mejlkontakt var det mest effektiva sättet att nå dessa enheter och mottagningar, valde jag att inleda mitt mejl där jag förklarade vad min C-uppsats omfattade, syfte med uppsatsen, samt varför jag ansåg att detta ämne är angeläget att skriva om. I mejlet uttryckte jag att min förhoppning var att personalen på enheten eller mottagningen, vidarebefordrade mitt mejl till eventuellt tänkbara och lämpliga patienter, så att dessa personer själva kunde ta kontakt med mig, eftersom mitt telefonnummer samt min mejladress fanns tydligt skrivet.

Ett annat tillvägagångssätt jag använde mig utav var genom att göra sökningar via internet på sökorden "borderline blogg". På så vis kunde jag enkelt spåra personer med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. Då jag fann ett hundratal matchande sökningar, uppfyllde självfallet inte samtliga de kriterierna för studiens syfte. I två utav fallen kunde jag finna två intervjupersoner som jag ansåg vara lämpliga. Slutligen fann jag övriga tre intervjupersoner via nätverket Twitter, där jag som privatperson efterlyste personer som uppfyllde kriterierna för anorexia nervosa eller ÄS UNS samt emotionell instabil personlighetsstörning och som även kunde tänka sig ställa upp för en telefon-intervju. Samtliga intervjupersoner har kontaktats via mejl, då avståndet mellan oss har varit alltför stort för att kunna mötas och hålla i en intervju.

7.4 Datainsamlingens bearbetning

"Narrativ analys" kallas den typ av analys som beskriver människor levandssätt och hur individer upplever sina liv utifrån olika kontexter (Bryman, 2011, s. 530). I denna kvalitativa studie har jag därmed strävat efter att tillämpa en "narrativ-inspirerad" analys, då fokus i min uppsats har belyst hur individer upplever sina liv utifrån två diagnoser. Som tidigare nämnt, har samtliga intervjuer spelats in och därefter transkriberats.

7.5 Väsentlig litteratur

Litteratur samt vetenskapliga artiklar som har använts i denna studie, har hämtats från Örebro Stadsbibliotek, Uppsala Stadsbibliotek samt från sökmotoren Google. Viss litteratur har hämtats tidigt, såsom litteraturen till bakgrunden medan studierna har hämtats senare. Detta beror på att forskning kring samsjuklighet mellan en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning är bristande och således har det varit svårt att finna lämplig forskning till studien. Vissa hemsidor som jag velat hämta material ifrån, har kunnat ifrågasättas i trovärdighet. Detta har exempelvis varit hemsidor där varken författare eller år har funnits med, vilket lett till att jag istället sökt efter andra lämpliga hemsidor och som således berört samma ämne. I denna studie har jag strävat efter att använda mig av främst böcker som berör detta ämnesområde men även hemsidor där "kända" författare inom ämnesområdet har skrivit.

Således har jag försökt undvika sekundärkällor eftersom jag strävat efter att inte tolka andra författares tolkningar utifrån en viss originaltext (Bryman, 2011, s. 121).

Relevanta sökord som har använts har varit "borderline", "ätstörning", "anorexi", "samsjuklighet", "borderline personality disorder", "eating disorder", "anorexia nervosa" samt "comorbidity"

7.6 Tillförlitlighet

"Tillförlitlighet" är ett begrepp som består av fyra komponenter; "trovärdighet", "överförbarhet", "pålitlighet" samt "objektivitet" (Bryman, 2001, s. 354). Syftet med tillförligheten inom kvalitativ forskning är att se om resultatet är överförbart i andra studier som belyser samma ämnesområde (Bryman, 2011, s. 352).

Trovärdigheten lägger vikt vid att beskrivningen av resultatet, även omfattar att forskningen är i enlighet med studiens ämne. Överförbarhet syftar till visa att studiens innehåll är av djup förståelse och även ger konkreta beskrivningar av innehållet. Syftet är även att se om innehållet är anpassningsbart till andra situationer. Pålitlighet innebär att kunna se om studiens innehåll har en hög grad av tillförlitlighet genom olika processer i studiens gång. Exempel på detta är beskrivningen av forskningen. Slutligen beskriver objektivitet att forskaren i fråga inte avsiktligt delar med sig av personliga värderingar för att styra studiens förlopp (Bryman, 2011, s. 354-355).

Tillförlitlighet avseende denna studie har kunnat ses utifrån flera olika aspekter. Under resultatet besvaras syfte och frågeställningar tydligt, vilket har kunnat tolkas utifrån intervjupersonernas historia. Andelen intervjupersoner i förhållande till resultatets tolkning, är en annan aspekt gällande tillförlitligheten. Då samtliga intervjupersoner belyst ett flertal aspekter som kan ses som en gemensam orsaksförklaring till varför samtliga utvecklat en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning, menar jag att detta ytterligare styrker tillförlitligheten.

7.7 Forskningsetik

Etiska principer spelar en viktig roll i undersökningar där individer är inblandade. En viktig aspekt utifrån de etiska principerna, är informationskravet som innebär att jag som intervjuare ska informera de berörda personerna om studiens syfte. Detta innebär vidare att intervjupersonernas ska informeras om att deras deltagande är frivilligt och att de kan avbryta det när som helst (Bryman, 2011, s. 131).

En annan aspekt är konfidentialitetskravet. Detta innebär att de uppgifter som framkommer under intervjun ska behandlas på ett sätt att inga obehöriga kan ta del av dem. Den tredje viktiga aspekten är nyttjandekravet, vilket innebär att den information som framkommer, endast får användas i studiesyfte (Bryman, 2011, s. 132).

Som intervjuare följde jag etiska principer gällande intervjuerna. Utifrån det har jag utgått från ett antal premisser innan jag påbörjat samtliga intervjuer. Ett utav de belyser kravet gällande informationen. I mitt mejl till samtliga intervjupersoner, har jag inlett med att berätta vem jag är, vad jag studerar, vad min C-uppsats handlar om, samt syftet med uppsatsen. Jag har betonat att deltagandet är frivilligt för att personerna inte ska känna någon press till intervjun. Jag har även förklarat sekretesslagen och att namnen i uppsatsen kommer att vara fingerade. På så sätt behåller intervjupersonerna sin anonymitet offentligt.

En aspekt jag ansett ha stor betydelse för mina intervjuer, belyser vikten av ett inkräktande på intervjupersonernas privatliv. Då studiens syfte kan av många uppfattas som integritetskränkande, har min avsikt med intervjufrågornas utformning, varit att ställa relativt enkla och inte alltför privata frågor. Jag såg snarare att intervjupersonerna hade möjligheten att berätta privata saker om de så önskade.

Etiska principer ska även tas hänsyn till vilken grupp av individer som intervjuas. En viktig aspekt gällande etik, är om deltagandet, i någon form, skadar intervjupersonerna. Ett exempel på ”skada” är om deltagarna upplever en sämre självkänsla på grund av det som har berättats. Inom den kvalitativa forskningen är dessutom viktigt att beakta konfidentialiteten eftersom det är betydligt svårare att intervjuva anonyma personer, jämfört med exempelvis intervjuer inom den kvantitativa forskningen (Bryman, 2011).

Då samtliga av mina intervjupersoner befinner sig i en svår livssituation, tåls det att diskutera huruvida mitt undersökningsområde var etiskt rätt eller ej. I samband med att jag informerade om att deltagandet var frivilligt, betonade jag också att intervjupersonerna kunde avbryta intervjun om de så ville. Som jag tidigare nämnt, strävade jag efter att ställa relativt öppna frågor och som inte inkräktade alltför mycket på intervjupersonernas livshistoria. Under samtliga intervjuer kom det dock fram information som kan teoretiskt sätt skada samtliga intervjupersoner. Jag valde dock att betona att den information som framkom under samtliga intervjuer, skulle behandlas med stor respekt och att intervjupersonernas namn skulle vara fingerade i uppsatsen. Jag försäkrade mig att samtliga intervjupersoner förstått innebörden av deltagandet samt studiens syfte och fattade beslutet om att slutföra intervjuerna.

En annan viktig aspekt inom forskningsetiken är i vilken grad man som intervjuare ska göra intrång i andra personers privatliv. Det är viktigt att beakta att intervjupersoner inte alltid vill svara på samtliga frågor som ställs, vilket kan bero att vissa frågor är känsliga (Bryman, 2011).

Detta är en viktig aspekt som jag hade i beaktande, då jag var fullt medveten om att jag samtalade med en utsatt grupp av individer som bar på traumatiska livshistorier. Under samtliga intervjuer upplevde jag aldrig att någon intervjuperson reagerat negativt på intervjufrågorna eller på deras deltagande- tvärtom, upplevde jag en positiv respons av att de kunde dela med sig av sina historier och att detta skulle användas i ett studiesyfte.

Det är även viktigt att belysa det faktum att samtliga intervjupersoner hittades genom sökmotoren Google samt nätverket Twitter.

Detta tillvägagångssätt kan ses som oetiskt, eftersom informationen blir offentlig och inte beaktar det faktum att det kan vara känsligt material inblandat (Bryman, 2011). För att minimera detta, valde jag att efterlysa intervjupersoner via Twitter, genom att skriva en kort beskrivning av studiens syfte. Jag betonade även att man kunde kontakta mig privat om man var intresserad av att delta i studien, vilket två av fem intervjupersoner gjorde. På så sätt offentliggjordes inte deras deltagande. Genom att googla på sökord såsom ”borderline blogg” fann jag ytterligare tre intervjupersoner, där jag lämnade en kommentar om att jag skrev en uppsats där syftet var jag undersöka hur individer med en kombination av en anorexili liknande

problematik och emotionell instabil personlighetsstörning upplevde sin livssituation utifrån dessa två sjukdomstillstånd. I min kommentar lämnade jag min student-mejladress, vilket inte offentliggjordes och lät dessa personer själva kontakta mig om de önskade delta. I den mån jag har kunnat, har jag strävat efter att följa etiska riktlinjer och behandla den information jag har fått fram, på ett respektfullt sätt.

Den checklista som belyser de etiska riktlinjerna (Bryman, 2011) är även en väsentlig del som jag använt mig utav inför och efter samtliga intervjuer.

8. Resultat och Analys

I detta kapitel kommer det först ges en presentation av samtliga intervjupersoner. Därefter presenteras resultat samt analys. Resultatdelen delas in i underteman vilka övergripande representerar studiens resultat. Samma genomgång kommer att presenteras i analysdelen.

8.1 Presentation av intervjupersonerna

Intervjuperson Elin

Elin som idag är i 20-årsåldern, växte upp som ensam barn i Polen tillsammans med sin mamma. Elin har aldrig träffat sin pappa men dock försökt ta kontakt med honom. Eftersom Elin växte upp i Polen, upplevde hon skolgången som svår. Mycket av detta berodde på skolupplägget men även då Elin blev mobbad i skolan. I hennes hemland blev Elin utsatt för sexuella övergrepp, vilket Elin tror har bidragit till hennes psykiska mående. Elins mamma har alltid haft ett alkoholproblem, vilket bidragit till att Elin ofta tagit hand om henne. Runt 3-årsåldern utvecklade Elin ett självskadebeteende och under högstadiet umgicks hon i fel kretsar, vilket bidrog till att Elins självskadebeteende förvärrades. Under högstadiet började Elin även att missbruka droger. När Elin var i 20-årsåldern, fick hon diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. Hennes ätstörningar började då hon var i 5-årsåldern.

Intervjuperson Sara

Sara är uppvuxen med två yngre syskon, mamma samt pappa. Under Saras barndom har hennes pappa haft svåra alkoholproblem, vilket Sara har haft svårt att hantera. Sara upplever sig själv alltid ha haft lätt för att skaffa vänner. Under mellanstadiet upplevde Sara att hon hade koncentrationssvårigheter, vilket bidrog till att hon utvecklade aggressionsproblem. Sara började missbruka när hon var i 16-årsåldern. I 17-årsåldern fick Sara diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. Hennes ätstörning debuterade när Sara var 14 år. Sara har blivit utsatt för både psykiska och fysiska övergrepp.

Intervjuperson Felicia

Felicia är uppvuxen med två äldre syskon, mamma samt pappa. Hon har alltid tyckt att hon har haft lätt för att knyta an till vänner. Skolan var enligt Felicia inte hennes starka sida. Felicia fick diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning när hon fyllde 18 år och när hon var 14 år, utvecklade hon ätstörningar av anorektisk typ. Felicia har blivit utsatt för fysisk misshandel i hemmiljön.

Intervjuperson Tove

Tove är uppvuxen med två yngre syskon, mamma samt pappa. Tove har alltid haft ett nätverk i form av mormor, morfar och kusiner. Tove upplevde sin skolgång till en viss del harmonisk men under högstadiet blev hon mobbad och i samband med det, utvecklade hon ätstörningar. Tove fick diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning när hon fyllde 19 år men tycker att hennes svårigheter började i 15-årsåldern. Tove har blivit utsatt för sexuella övergrepp, vilket hon menade var en utlösande faktor till hennes två sjukdomstillstånd.

Intervjuperson Linnea

Linnea är uppvuxen med två äldre syskon, mamma och pappa. Linnea har uttryckt att hon alltid haft god kontakt med sina föräldrar och att de alltid försökt stötta henne. Under grundskoleperioden, har Linnea berättat att hon alltid känt sig annorlunda och i 10-årsåldern blev hon utsatt för mobbning, vilket bidrog till att Linnea utvecklade en utseendefixering som senare bidrog till att hon utvecklade ätstörningar. Linnea fick diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning i 21-årsåldern. När hon var 13 år blev hon utsatt för sexuella trakasserier av klasskamrater till henne. Detta bidrog enligt Linnea, till att hon utvecklade ett självskadebeteende.

8.2 Anknytning

8.2.1 Resultat

Samtliga intervjupersoner ombads beskriva sin barndom. I tre av de fyra intervjuerna, berättade intervjupersonerna att de växt upp i en otrygg miljö. En av intervjupersonerna, Elin, berättade att kontakten med mamman varit väldigt dålig ända sedan barnsben och att avsaknaden av en fadersfigur, gjorde att hon kände sig otrygg i hemmet.

*”Mamma har varit alkoholist ända sen jag föddes, så jag har alltid fått ta hand om henne” -
Elin*

Elin berättar vidare att mamman aldrig förstått hennes självskadebeteende, vilket hon utvecklade som 3-åring. Hon kände under barndomstiden att mamman inte var närvarande ”såsom en mamma brukar vara”. Vidare i intervjun berättar Elin att pappan ett flertal gånger försökt få kontakt med henne men att mamman vägrat umgänge mellan de och det faktum att Elin aldrig haft ett nätverk i form av mormor, morfar och övriga släktingar, bidrog till att Elin upplevde sig vara ett ensamt barn. Elin berättar att mamman aldrig gett det stödet hon har behövt i sina behandlingar för sin psykiska ohälsa och Elin tror själv att det beror på att mamman inte förstår hennes problematik.

”... det känns så jävla jobbigt... för jag menar, jag förstår ju hennes problem så jag tycker väl att hon kan ta reda på varför jag är som jag är” - Elin

Saras historia skildrar liknande upplevelser och hon berättar att hon har växt upp med två äldre syskon, en mamma och en alkoholiserad pappa. Mor- och farföräldrar har Sara aldrig

upplevt ha en kontakt med och idag finns de inte i livet. Sara berättar att familjemiljön var ständigt kaotisk eftersom pappan hade svåra alkoholproblem, vilket bidrog till att han ofta var psykiskt instabil och våldsam. Sara berättar vidare att hon upplevde att mamman var medberoende till pappans psykiska problematik och blundade för pappans missbruk. Mamman har alltid försökt ge Sara stöd gällande hennes psykiska ohälsa men Sara berättar att hon upplevde att mamman aldrig riktigt förstod hur hon mådde.

Jag frågar Sara hur hennes ätstörning började och hon berättar att hon idag ser att det finns samband mellan pappans nedlåtande kommentarer kring hennes kroppsstorlek och hennes debut i sjukdomen.

”min pappa påpekade jämt att jag var tjock och det var jag ju inte... och det räckte liksom... det blev någonting som började växa inom mig” – Sara

Sara berättar att hon kände att det var pappans sårande kommentarer som bidrog till att hon successivt utvecklade sin ätstörning.

”men idag vet jag att det var han som styrde detta” – Sara

I slutet av intervjun berättar Sara att pappan utsatte henne för såväl psykisk som fysisk misshandel. Sara berättar att hon fått uppleva mycket som liten flicka.

”min pappa kunde inte dricka... han blev ett monster” – Sara

Felicia, som växt upp med mamma, pappa och två äldre bröder, säger först att hon tycker att hennes barndom varit ”helt okej”. Men vidare i intervjun berättar Felicia att hon är uppvuxen med misshandel och att det har präglat hela hennes barndom. Hon tycker att det är svårt att förklara hur hon upplevde misshandeln men säger att det är vanligt förekommande i hennes hemland. Felicia tror att det har varit lättare att acceptera misshandeln då, eftersom ”man gör så där borta”. Trots de fysiska övergreppen som Felicia har blivit utsatt för i sin barndom, säger hon att hon på ett sätt kan förstå sina föräldrars tankesätt.

”uppfostringssättet är ju att misshandla... liksom... jag kan inte skylla på dem... för det är ju fel... men...” – Felicia

Vi pratar vidare kring Felicias diagnos emotionell instabil personlighetsstörning och hon berättar att hon fick diagnosen i vuxenpsykiatri när hon fyllde 18 år. Felicia upplever att familjen inte förstår hennes mående men säger också att de alltid försökt ge henne stöd.

”de har ju försökt... de stöttar ju och gör liksom allt de kan... men de vet ingenting om borderline-diagnosen- det har vart så att jag liksom aldrig har släppt in dom” – Felicia

Jag frågar Felicia hur hennes ätstörning började och Felicia berättar att hon alltid tänkt att hon är tjock. När Felicia var i 14-årsåldern, blev hon deprimerad av oklara orsaker. I kombination med depressionen berättar Felicia att hon började reflektera alltmer kring kroppsstorlek. Felicia säger också att hon blev kränkt hemma, då hennes föräldrar kallade hennes tjock.

Slutligen berättar Felicia att hon alltid haft och har än dag sin resterande släkt i sitt hemland.

Tove berättar i början av vårt samtal att hon är uppväxt med två småsyskon och föräldrar som idag fortfarande är gifta och lever tillsammans. Toves nätverk har främst bestått av morbror och mormor och vidare i intervjun, berättar Tove att mormor är den som alltid ”funnits där för mig, speciellt när mamma har mått dåligt”. Tove berättar att hon ibland såg sin mormor som sin extra-mamma, även fast Toves biologiska mamma alltid varit närvarande i hennes liv.

8.2.2 Analys av anknytning

Ett grundläggande behov som barn har, är att de behöver omges av trygga och stabila vuxna i sin närhet. Detta bidrar till att barnet i fråga får rätt förutsättningar för att skapa en trygg grund (Payne, 2005). Psykoanalytikern Mahler utgick från en teori där moderns utveckling tillsammans med barnet, utgjorde en viktig och betydelsefull del. Om utvecklingen sågs vara bristande, menade Mahler att detta i sin tur kunde resultera i att barnet i vuxen ålder, riskerade att utveckla en instabil personlighetsstörning. (Näslund, 1998).

Barn som växt upp med en otrygg anknytning kan exempelvis ha varit utsatta för fysisk och psykisk misshandel. Detta kan bidra till att barnet i fråga kommer att behöva professionell hjälp i vuxen ålder, för att bearbeta sina upplevelser (Utterbäck, 2010).

Individer med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning antas ha växt upp med en otrygg desorganiserad anknytning, vilket i sin tur förmodas ha påverkan individens sätt att hantera tankar och känslor i vuxen ålder (Asard, 2006, s. 5).

Begreppet ätstörningar definieras utifrån olika typer av matproblematik. Forskare är idag eniga om att bantning är en utlösande faktor men alla som bantar, utvecklar inte en ätstörning. Psykisk sårbarhet och/eller biologisk sårbarhet tycks vara bidragande faktor till varför en individ utvecklar en ätstörning. En utlösande faktor kan vara ett trauma, ett annat belyser relationen mellan föräldrar och barnet. Utifrån en forskning rapporterades det att flickor mellan 9-12 år med ett otryggt anknytningsmönster, löpte större risk att utveckla en ätstörning (Swanberg, 2004, s. 16-18).

Utifrån ovanstående intervjuer, har ett gemensamt ämne präglat hur intervjupersonerna upplevde sin barndom. Samtliga intervjupersoner beskrev en barndom av bland annat otrygghet och instabilitet i familjen.

Som tidigare nämnt bör ett barn omges av trygga och stabila vuxna i sin närhet (Payne, 2005). En central aspekt utifrån intervjuerna belyser anknytning. Utifrån detta jag finner jag tänkbara orsaker till varför intervjupersonernas barndom präglats av en otrygg hemmiljö, som senare också lett till att intervjupersonerna utvecklade en ätstörningsproblematik samt diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning.

Elins situation kan exempelvis tolkas utifrån ett barnperspektiv där kontakten med mamman, inte utgjort en viktig del i Elins liv. Elin har i sin intervju även belyst att hon har haft en avsaknad av en fadersgestalt, vilket även kan kopplas samman till vikten av att ett barn bör omges av trygga och stabila vuxna för att senare i livet få rätt förutsättningar för att utvecklas (Payne, 2005). Elin skildrade även mammans alkoholism och menade att ”jag var den som

alltid fick ta hand om henne”. Elins historia kan således ha bidragit till att Elin känt ett stort ansvar gentemot sin mamma, vilket kan ha bidragit till att Elin inte känt sig sedd.

Detta kan således utgöra en stor del i att analysera Elins uppväxtår och avsaknaden av en trygg och stabil primär omsorgsgivare (Payne, 2005, Näslund, 1998).

”Övergivningsdepression” är ett tillstånd där barnet i fråga inte tillgodoses tillräckligt med stöd från modern och senare utvecklar en depression. Detta tillstånd är likartat med den depressionen som man har kunnat se hos individer med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning (Näslund, 1998, s. 43-44). Då Elin i sin intervju berättat att hon ofta fick ta hand om sin mamma, kan jag se ett tänkbart samband mellan Elins upplevelse av att inte vara sedd, till Elin svårigheter med att handskas med känslor i vuxen ålder.

Då Elin diagnostiserats med emotionell instabil personlighetsstörning samt anorexiliknande problematik, kan en teoretisk tänkbar förklaring till uppkomsten av Elins diagnos, ses utifrån ett följande perspektiv; det faktum att Elin haft en otrygg desorganiserad anknytning, utan att ha blivit sedd under sin barndom, samt att Elin inte haft en stabil grund från sin primära omsorgsgivare, kan således ha påverkat till varför Elin utvecklade emotionell instabil personlighetsstörning samt en anorexiliknande problematik.

En liknande analys kan ses utifrån Saras perspektiv, där hon beskriver att hon har växt upp med två föräldrar, där pappan haft ett alkoholmissbruk. Under sin uppväxt utsattes Sara för psykisk och fysisk misshandel av pappa.

Trauma tycks kunna ha en stor påverkan på ett barns utveckling genom livet. Trauma kan bidra exempelvis bidra till en ökad sårbarhet. Om barnet växer upp en miljö där barnet blir nonchalerat eller ifrågasatt, kan detta bidra till att barnet utvecklar en sårbarhet som senare i livet kan komma att innebära stora svårigheter vid exempelvis känslöhantering (Kåver & Nilsson, 2005, s. 59-60).

Som tidigare nämnt skildrar Saras historia bland annat psykiska och fysiska övergrepp. Sara har i sin intervju berättat att mamman var medberoende till pappans alkoholproblematik, vilket kan analyseras som att Saras åsikter blev nonchalerade, då hon inte blundade för pappans alkoholmissbruk. Känslan av att vara försummad, kan således ha bidragit till att Sara i vuxen ålder utvecklade en svårighet i att kunna hantera sina känslor och handlingar, vilket visat sig i hur hennes borderline-problematik yttrar sig. Det faktum att Sara utsattes för såväl psykiska som fysiska övergrepp, kan även det ha påverkat att Sara utvecklade en sårbarhet, då hon i sin intervju förklarat att hon ”alltid varit ett känsligt barn”. Utifrån Saras berättelse kan jag teoretiskt sätt tolka detta som att traumat som Sara upplevde som barn, kan ha påverkat hennes utveckling under åren och bidragit till att Sara idag har en hög sårbar- och känslighet. Detta kan även kopplas till att Sara idag i vuxen ålder har en ätproblematik, vilket resulterar i självsvälts-perioder i kombination med hetsätningar. Här kan en teoretisk förklaring antas utifrån Saras svårigheter i att kontrollera sina känslor som resulterar i negativa handlingar.

Toves situation kan ses utifrån ett anknytningsperspektiv då mamman inte alltid varit närvarande eftersom hon har mått dåligt. Tove berättade tidigare att hennes mormor ofta

fungerade som en extramamma till Tove då. Här kan även Mahlers teori kopplas in, då en teoretisk tänkbar orsaksförklaring till Toves diagnos emotionell instabil personlighetsstörning samt anorexiliknande problematik, är att anknytningen mellan Tove och hennes mamma varit bristande (Näslund, 1998, s. 43-44). En tänkbar förklaring av den eventuella bristande kontakten, kan vara att mamman mått dåligt under Toves barndom och att hennes mormor då fungerade som en extramamma åt henne. Möjligtvis kan detta ha påverkat Toves kontakt med mamman och hur anknytningen såg ut.

Under intervjun med Felicia, inledde hon med att berätta om att hon blivit utsatt för fysisk misshandel av sina föräldrar. Felicia poängterade dock att hon ”på ett sätt förstår de” eftersom ”man gör så där borta” och till det sistnämnda ordet, refererade Felicia att detta är ett vanligt sätt i hennes hemland.

Som tidigare nämnt finns det olika typer av anknytningsmönster. I relation till Felicias historia, vars barndom haft inslag av fysisk misshandel, kan jag teoretiskt se att Felicia har en typ D-anknytning, vilket innebär en otrygg och desorganiserad anknytning. Typiskt för denna anknytning är att barn ofta växt upp med fysiska och psykiska övergrepp (Payne, 2005, s. 131). Utifrån vad Felicia berättat i intervjun, kan jag tänka mig att hennes barndom präglats av en otrygg grund. Detta kan men behöver inte vara beroende på det hon utsattes för. Mycket talar dock för att övergreppen satte spår i hennes personlighet och hennes sätt att hantera situationer i vuxen ålder, då Felicia berättat att hon utvecklade en ätstörning av anorektisk typ samt att hon i 18-årsåldern fick diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning.

Det är sen tidigare känt att barn som har utsatts för fysisk och psykisk misshandel, tenderar att utveckla en anknytning av typ D- otrygg och desorganiserad anknytning. Senare i livet kan detta innebära stora konsekvenser genom att barnet kan ha avvikande beteendemönster (Utterbäck, 2010). Eftersom Saras barndom haft inslag av psykiska och fysiska övergrepp, kan detta teoretiskt antas att Sara haft en otrygg anknytning med sina föräldrar. Då det antas att individer med emotionell instabil personlighetsstörning, haft en otrygg desorganiserad anknytning, kan jag därmed anta att Saras anknytningsmönster till sina föräldrar, kan ha utgjort en stor del till varför Sara utvecklade emotionell instabil personlighetsstörning.

En invaliderande familj innebär att barnet i familjen omges av otrygga primära omsorgsgivare och att omgivningen är kaotisk för barnet. Om barnet växer upp i en sådan familj, kan detta leda till att omgivningen kan ha svårt att hantera barnets känsliga sårbarhet. Detta kan i sin tur öka risken att barnet i vuxen ålder kan ha svårt för att hantera svåra situationer (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008). Utifrån samtliga intervjuer, finner jag således tänkbara kopplingar till intervjupersonernas uppväxt och hur de fungerar i vuxen ålder gällande tankar, känslöhantering samt beteende.

Utifrån Saras berättelse, utvecklade hon i tidig ålder ett alkoholmissbruk som senare också övergick i ätstörningar och heroinmissbruk. Möjligtvis kan det finnas kopplingar till Saras uppväxt i en kaotisk familjemiljö, där pappan alkoholism stod i centrum och mamman var medberoende. Således har den kaotiska hemmiljön som Sara växt upp i, kunnat bidra till att hon under tonårstiden samt under vuxenåldern, utvecklade andra psykiska svårigheter.

8.3 Utsatthet

8.3.1 Resultat

Temat ”utsatthet” belyser vilka typ av svårigheter intervjupersonerna mött gällande skolåren.

Elin berättar att hon upplevde sin skolgång som väldigt svår, eftersom hon under de två första åren gick i skolan i sitt hemland. Där upplevde Elin att upplägget i skolan var väldigt svårt och Elin berättar själv att hon hade koncentrationssvårigheter som var kopplade till skolan. Vidare i intervjun berättar hon att hon blev mobbad i skolan på grund av hennes övervikt. När Elin var 9 år, flyttade hon och hennes mamma till Sverige och i samband med flytten, fick Elin börja om 2:a klass eftersom att hon inte kunde svenska.

”... även i den nya skolan blev jag mobbad...typ för att jag inte var svensk...jag hade liksom inga vänner...så det var inte lätt” – Elin

Längre fram under skoltiden började Elin umgås med andra barn, som senare också blev hennes vänner. Elin säger dock att det inte var ett bra umgänge, eftersom de ofta snattade, rökte och drack alkohol. Under högstadiet berättar Elin att hon började umgås med vänner som missbrukade droger, vilket per automatik gjorde att Elin också började. Elin berättar också att hennes självskadebeteende blev värre under högstadiet och jag frågar Elin om något speciellt inträffade under den perioden. Elin minns två speciella händelser i barndomen som kan ha påverkat Elins mående under högstadieperioden;

”när jag var liten, när jag bodde i Polen hade jag en barnvakt som var ungefär 20 år och hon var sadist... när hon kände för det så brukade hon lägga in mig i en bäddsoffa och stänga igen bäddsoffan... så jag låg i bäddsoffan i flera timmar... och jag skrek och sådär...men hon brydde sig inte, jag hörde henne skratta flera gånger” – Elin

Sara berättar att hon alltid haft lätt för att skaffa vänner och att hon till en början trivdes i skolan men att hon under mellanstadiet började hata skolan alltmer. Jag frågar Sara vad hon tror kan ha berott på hennes negativa känslor kring skolan och om det fanns någon utmärkande händelse som bidrog till att hon inte trivdes i skolan.

”framåt mellanstadiet började jag hata skolan och hade väldigt dåliga lärare som tryckte ned mig” – Sara

”jag var ju väldigt aggressiv i skolan... det blev som ett uttryck för hur jag mädde” – Sara

Vi pratar kring Saras mående och Sara berättar att en stor del av hennes mående berodde på pappans alkoholism och hans labila mående i hemmet.

”jag hade ju ett trauma i barndomen... och sen föll jag in i ett missbruk när jag var 16, 17” – Sara

Sara berättar vidare kring sin ätstörning och tänkbara faktorer som hon tror kan ha ökat risken till att hon blev sjuk;

”min pappa påpekade ju jämt att jag var tjock och det var jag ju inte då... och det räckte liksom... det blev någonting som växte inom mig... jag ville att han skulle tycka att jag var fin. Idag vet jag att det var han som styrde detta. Förälderns röst är så viktig och den räcker” – Sara

Vi pratar om hur Saras familj bemötte henne och hennes ätstörningsdiagnos. Sara berättar att de inte förstod men att hennes mamma försökte förstå. Sara kände dock att hon aldrig riktigt kunna sätta sig in i hur hon mådde.

”hon såg ju allting klart och tydligt och hon såg när jag gick rakt in i missbruket... men hon gjorde ingenting” – Sara

Sara berättar hur hon upplevde sin barndom och berättar att hon var ett känsligt barn.

”min pappa var ju nykter de första åren i mitt liv... så jag fick ju en bra start i livet. Men sen började han dricka igen och det var då kaoset började, när jag var runt 4. Men jag har förträngt så mycket... men jag var ju yngst när han var varit dålig, så jag har varit mest mottaglig. Sen har jag alltid varit mest känslig av oss syskon och lättare varit ett offer... för pappa. Jag har ju fötts med den här känsligheten” – Sara

Sara berättar slutligen att hon haft ett heroinmissbruk, vilket Sara själv tror startade efter den fysiska och psykiska misshandeln hon utsattes för som barn. Vidare berättar Sara att hon ser en stark koppling till att hennes missbruk vidmakthållits på grund av hennes borderline-diagnos, som Sara menade gick hand i hand med varandra.

Linnea, som är uppväxt med två föräldrar och två äldre bröder samt mormor och morfar, säger att hon har haft en harmonisk uppväxt med god kontakt med sina båda föräldrar och även sina mor-föräldrar. Linnea berättar att hon alltid känt att hennes föräldrar har försökt stötta henne, vilket hon menar har varit en viktig del i hennes liv.

Linnea berättar hon redan vid 6-7 års ålder kände sig annorlunda och nästintill utanför i skolan. Hon kan idag inte peka ut några faktorer till varför hon kände såsom hon gjorde men tror att det kan bero på att hon ofta ville hjälpa och stötta andra som hade det svårt, vilket enligt Linnea kan ha lett till att ingen såg henne.

”jag fanns ju alltid där för alla... liksom så fort någon mådde dåligt var jag det jag som hjälpte... och jag ville hjälpa, det ville jag verkligen. Men när det handlade om mig... vem såg mig då liksom?” – Linnea

När Linnea gick i 4:an blev hon mobbad och Linnea säger att hon tror att det var anledningen till att hon utvecklade en fixering vid sitt utseende och som senare ledde till hennes debut i anorexin.

”det var ju på grund av mobbningen som det blev som det blev... jag var bara 10 år och började då hata hur jag såg ut” – Linnea

Felicia, som tidigare berättat att hon tror att hennes ätstörning debuterade när hon blev kallad tjock hemma, säger att hon än idag tycker att det är jobbigt att äta tillsammans med familjen, eftersom hon då ofta påminns om vad som sades när hon var yngre.

”jag kommer ihåg att jag alltid blivit tjock hemma... jag har aldrig varit den smala typen ... och sen har jag alltid haft ett dåligt självförtroende” – Felicia

Tove berättar att hon alltid trivts i skolan och att hon alltid haft lätt att skapa nya vänskapskontakter och hon ofta umgicks med killar. Tove berättar vidare att hon i femte klass på mellanstadiet hamnade i kläm mellan två kompisar och blev mobbad.

8.3.2 Analys av utsatthet

Anknytningsteorin belyser även här att det är viktigt att barnet omges av trygga och stabila vuxna, eftersom detta skapar en viktig grund för att barnet senare i livet utvecklar en social förmåga. Barnet i fråga kommer utifrån inläring, att utveckla sin identitet samt sträva efter att vilja anpassa sig i sociala sammanhang (Payne, 2005, s. 128). I likhet med biosociala teorin behöver barnet omges av trygga vuxna som kan få stöd i att hantera sin känslighet. Om detta inte utvecklas gynnsamt, riskerar barnet att utveckla svårigheter som kan beröra relationsproblem. Biosociala teorin menar att personer med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning, kan ha haft en hög grad av emotionell sårbarhet (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 52-53).

En hög grad av sårbarhet samt känslighet i kombination med bantning, tros kunna påverka en individs utveckling av en ätstörning. Psykisk stress i form av skolsvårigheter samt relationsproblem är även de exempel som kan vara bidragande faktorer till att en individ utvecklar en ätstörning (Medivia, u.å.). Ätstörningars uppkomst antas även handla om någon form av negativitet i barndomen (Alphonse, 2012).

Utifrån ovanstående och i enlighet med resultatdelen som pekade på intervjupersonernas utsatthet, ser jag klara teoretiska utgångspunkter som kan ha påverkat dessa personers liv ogynnsamt. Samtliga har under barndomen levt i en utsatt position men på olika sätt.

Elins berättelse präglar en skoltid av mobbning samt fel umgängeskrets under hennes tonårstid. Utifrån de sociala kontexter som vi människor omges av, skapar omgivningen också en bild av oss av hur vi bör vara och agera. Jag kan därmed se att Elins skoltid som visar att mobbning var ett återkommande ämne, möjligtvis har bidragit till att Elin till slut haft en bild av sig själv som ett barn utan vänner. Bilden av att vara utanför en gemenskap, menar jag har förstärkt Elins negativa mående och kan även ha bidragit till att Elin sökte sig till andra vänner under hennes tonårstid som dock visade sig vara av fel umgänge för henne, vilket har framkommit från Elin själv.

Då ett barn strävar efter att vilja anpassa sig utifrån den sociala omgivningen (Payne, 2005) menar jag att en teoretisk förklaring till Elins opassande umgänge kan bero på att Elin kände sig behövd och välkommen in i den nya gruppen och valde därmed att anpassa sig.

Den höga sårbarheten som Elin haft sedan barnsben, har således kunnat påvisa att aspekter såsom mobbningen och skolsvårigheterna, bidragit till att Elin ökade en risk för att utveckla emotionell instabil personlighetsstörning samt en anorexiliknande problematik.

Trauma är även det ett genomgående mönster i intervjupersonernas berättelse. Om ett barn blir nonchalerat, kan detta ökar risken för att barnet utvecklar en hög sårbarhet (Kåver & Nilsonne, 2005, s. 59-60).

Saras berättelse präglar en barndom av nonchalans utifrån pappans sida. I kombination med att pappans alkoholmissbruk påverkade Sara till en hög grad, menade Sara själv att detta gjort henne ”till ett känsligt barn”. Utifrån Saras berättelse samt den teoretiska aspekten, finner jag tänkbara orsaker om Saras höga emotionella sårbarhet. En bidragande faktor kan som tidigare nämnt ha varit pappans försumlighet gentemot Sara som barn men även hans alkoholmissbruk, då Sara berättat att detta gjorde att pappan blev labil i hemmet. Även här kan en tänkbar förklaring ses utifrån biosociala teorin som menar att ett barn som växer upp i en invaliderande miljö, riskerar att inte kunna utveckla sin förmåga i att hantera nya situationer. Den invaliderande miljön har således en stark påverkan på de individerna med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008).

Traumat som Sara utsattes för i samband med att hon var närvarande då pappan var labil i hemmet, kan även det ha bidragit till att Sara utvecklade en ätstörning. Den psykiska stressen kan även ses då både Sara och Felicia fick höra negativa kommentarer om sin kroppsstorlek från familjen. Utifrån detta kan jag anta att de nedlåtande kommentarerna kan ha bidragit till att de destruktiva tankarna kring kroppen och maten utvecklades och senare vidmakthölls, vilket resulterade i att Sara och Felicia utvecklade en anorexiliknande problematik.

Även om biosociala teorin belyser att nonchalans under barndomen är ogynnsamt i den vidare utvecklingen, är det tydligt att Sara upplevt detta under sin tonårstid, då mamman inte fanns där för henne då hon utvecklade ett heroinmissbruk.

Den bristande uppmärksamheten, invalidering, kan således ha bidragit till att Sara utvecklade emotionell instabil personlighetsstörning samt anorexiliknande problematik (Kåver & Nilsonne, 2002).

Traumat kan även här kopplas till Linneas berättelse och hur hennes skolgång såg ut. Då Linnea berättat att hon utsattes för mobbning i 10-årsåldern, kan jag anta att Linnea som barn blivit nonchalerad och ifrågasatt (Kåver & Nilsonne, 2002) av skolkamraterna. Jag kan anta att detta kan ha varit en utlösande faktor till Linneas debut i anorexin, då Linnea under intervjun uttryckt att detta utlöste sjukdomsdebuten. Samma typ av analys har gjorts utifrån Toves berättelse, som har liknande berättelse som Linneas, där mobbning var ett centralt ämne. Utifrån Toves berättelse, kan jag teoretiskt anta att utanförskapet och utsattheten under skoltiden kan ha bidragit till att Tove utveckla en anorexiliknande problematik.

Sammanfattningsvis har utsattheten som intervjupersonerna haft, kunnat bidra till att samtliga utvecklat en emotionell instabil personlighetsstörning samt anorexiliknande problematik. Då

en hög sårbar- och känslighet i kombination med psykisk stress, tros kunna påverka uppkomsten av dessa två sjukdomstillstånd (Kåver & Nilsson, 2002, s. 52-53, Medivia, u.å.) är detta således ett begrepp kan antas ha haft en stor inverkan till insjuknandet av dessa sjukdomstillstånd.

8.4 Övergrepp

8.4.1 Resultat

Under samtliga intervjuer framkom det att majoriteten av de intervjupersonerna blivit utsatta för sexuella övergrepp. Detta framkom utan att jag ställde frågor som indikerade på om intervjupersonerna blivit utsatt för någon typ av övergrepp. Den gemensamma nämnaren för intervjupersonernas berättelser är att de upplevt psykiska samt fysiska övergrepp.

Under intervjun med Elin, framgår det att Elin blivit utsatt för sexuella övergrepp i sitt hemland. Vi diskuterar inte vidare detta men Elin berättar att hon tror att det innebar en stor påverkan på hur hennes liv ser ut idag och framförallt uppkomsten av sin borderline-diagnos.

”... och sen var det sexuella övergrepp när jag var liten... utav några... pojkar i samma bostadsområde jag bodde på” - Elin

Saras historia skildrar övergrepp som hon utsattes för då hon var barn. Under samtalets gång nämner Sara nämner detta endast enstaka gånger och berättar att hon utsattes för psykisk misshandel av sin pappa i form av nedlåtande kommentarer om sin kropp men även fysisk misshandel. Vad det rörde sig om, berättar inte Sara.

Felicia, som berättat att hon är uppväxt i ett annat land, där synen på uppfostran skiljer sig från Sveriges, säger att hon ”på ett sätt” förstod sina föräldrars agerande eftersom ”man gör så där borta”.

Linnea, som beskrivit hur hon alltid tog hand om alla i skolan och gjorde sitt yttersta för att ingen skulle vara ensam, berättar att hon blivit utsatt för sexuella trakasserier av tre killar i hennes klass. Detta skedde enligt Linnea när hon var i 13-årsåldern och Linnea menar att det var denna händelse som utlöste hennes självskaðebeteende.

*”när jag blev sexuellt trakasserad, så var jag ju redan känslig... det gjorde att det bara blev värre... efter det började jag skära mig själv... och när jag var 14 blev jag deprimerad” -
Linnea*

Tove skildrar en liknande historia, då hon berättar att hon blev våldtagen då hon var 15 år. Tove säger att ”allt det jobbiga” började efter det och när jag frågar Tove vad som exakt började, svarar Tove att hennes borderline och hennes ätstörning utbröt efter det. Samtidigt berättar Tove att hon alltid varit ett ”känsligt barn” och säger att våldtäkten förvärrade hennes känslighet ytterligare.

8.4.2 Analys av övergrepp

Mahlers teori utgick från att ett barn kan ha olika typer av anknytning. En typ D-anknytning, även kallad otrygg desorganiserad anknytning, tyder på att barnet i fråga haft en otrygg

barndom. Barn som har en typ D-anknytning, tros ha upplevt fysiska och psykiska övergrepp (Payne, 2005, s. 131, Utterbäck, 2010).

Biosociala teorin betonar vikten av invalidering och kopplar detta begrepp till individer med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. Om individens hemmiljö tenderar att vara kaotisk, är risken stor att individen i fråga utvecklar en problematik som lik emotionell instabil personlighetsstörning (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008).

Samtliga intervjupersoner har berättat om att de blivit utsatta för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp. De fysiska övergreppen har omfattat slag och de psykiska har omfattat nedlåtande kommentarer från närstående. Utifrån intervjuerna, har jag kunnat tolka att samtliga intervjupersoner troligtvis har en typ D-anknytning utifrån vad som har framkommit. Då detta anknytningsmönster har en stark koppling till varför vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning, menar jag att denna koppling kan teoretiskt antas men behöver samtidigt inte vara så.

Elin, Linnea och Tove har alla blivit utsatta för sexuella övergrepp.

Detta kan teoretiskt ses som ett trauma, vilket i sin tur kan ha bidragit till att samtliga utvecklat en hög sårbarhet. Detta kan även ha resulterat i att samtliga efter traumat, inte fått möjlighet att bearbeta situationen, vilket således kan ha ökat personernas oförmåga att hantera andra svåra situationer som uppkommit senare i livet. Då det finns en stark koppling mellan en invaliderande miljö samt diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008), analyserar jag att denna händelse som dessa tre intervjupersoner utsattes för, har varit en bidragande faktor till deras insjuknande i emotionell instabil personlighetsstörning. Ett stöd för min analys, är att dessa tre intervjupersoner, själva uttryckt att övergreppet som de utsattes för, har bidragit till deras insjuknande i emotionell instabil personlighetsstörning.

Den höga sårbarheten kan även ses i det faktum att två av intervjupersonerna blivit utsatta för fysiska och/eller psykiska övergrepp. Felicia beskriver en barndom där hon utsattes för fysisk misshandel i form av slag, medan Sara beskriver att pappan riktade nedlåtande kommentarer till henne angående hennes kroppsstorlek. I Saras fall förekom även våld.

Följande aspekter kan även ses som ett trauma (Kåver & Nilsonne, 2002)- dels för att intervjupersonerna utsattes för en händelse som tros ha påverkat deras liv och dels för att intervjupersonerna upplevde detta utifrån familjens handlande.

Då begreppet invalidering även har en betydande aspekt här, menar jag att detta har ökat risken för att samtliga personer utvecklat emotionell instabil personlighetsstörning (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008).

8.5 Samsjuklighet

8.5.1 Resultat

Då syftet med min kvalitativa studie var bland annat att få en inblick om intervjupersonerna kunde se ett tänkbart samband mellan diagnoserna, valde jag att fråga varför intervjupersonen

tror att denne insjuknade i emotionell instabil personlighetsstörning samt en anorexiliknande problematik. Utöver denna fråga, ställde jag en följdfråga beroende på vad som sades under samtliga intervjuer. En återkommande fråga var om diagnoserna kunde behandlas samtidigt och i sådana fall med vilken typ av behandlingsmetod.

Elin, som har haft sin diagnos sedan 20 års-åldern, menar att ”man är liksom född med borderline”.

”jag tror man är född med en borderline... jag har liksom haft den hela tiden... ända sen jag var liten... men jag tror borderlinen liksom bryter ut sen vid vuxen ålder men att man har den när man är liten” – Elin

Elin menar också att båda diagnoserna ”går in i varandra” och ser sina sjukdomar som lika genom det sättet de uttrycks.

”det går ju in i varandra... ätstörningar och borderline är ju vanligt... det blir liksom en krock mellan diagnoserna... men man tänker inte logiskt med diagnoserna... ätstörningen blir till slut en borderline” – Elin

Jag frågar Elin vad hon menar med att ”ätstörningen blir till slut en borderline” och Elin förklarar att hon ser det som att ätstörningen till slut uttrycks genom olika sätt som hon anser är typiska för hennes borderline.

”dom går ju in i varandra egentligen... ena stunden kan man tänka logiskt- att man inte är en flodhäst men å andra sidan blir det typiskt men det är klart att du är tjock, då blir det ett borderline-tänkande; ena stunden är du så och andra stunden är du så... i mitt liv är det ett antingen eller” – Elin

Elin säger också att hon tror att miljön har en stor påverkan på huruvida en person insjuknar i borderline.

”jag tror miljön man är uppväxt i kan förvärra eller förbättra den... det är därför jag tror att vissa inte får ett borderline-utbrott om man säger så” – Elin

”i mitt fall tror jag också det är på grund av de sexuella övergreppen, mobbningen, allt sånt som egentligen som blev så tydligt” – Elin

Sara menar att hon ser att en bidragande orsak till hennes ätstörning och borderline, var att hon utsattes för fysisk och psykisk misshandel av sin pappa. Det missbruket som Sara haft, menar hon gjorde hennes borderline ”betydligt” värre.

”jag har kommit till en acceptans... det var för att jag utsattes för psykisk och fysisk misshandel dagligen i så pass många år... så hela min självbild blev söndertrasad... och sen gick jag i ett missbruk och ingen visade mig vägen... det fanns ingen där för mig... så det blev för starkt och jag gick min väg” – Sara

Sara berättar att hon vid 11 årsålder utvecklade alkoholism, vilket hon också tror har bidragit till hennes psykiska ohälsa. Sara menar också att hon är född med en känslighet som gjort det ”svårare i livet” för henne.

”det är en inköpsport... när man är alkoholist och när man är så ung, så ser man ingenting klart... och då blir lätt att man faller i destruktiva mönster... och när det inte funkade, ja då tog man nästa” – Sara

Sara berättar vidare att hon under sina år gjort ett flertalet suicid-försök och ofta skedde dessa i samband med hennes överdoser.

Sara säger att hon ser samband mellan sin ätstörning och sin borderline.

”det går i hand i hand på något sätt... allting handlar om att hitta ett bättre mående... man känner mig värdelös, det vet man när man har borderline” – Sara

Felicia delar liknande uppfattningar kring samsjukligheten mellan sina diagnoser och säger att hon tycker att diagnoserna ”går hand i hand”.

”det handlar mycket om känslor och man kan koppla det till båda diagnoserna” – Felicia

En annan tänkbar orsak som Felicia reflekterat kring, kan vara den fysiska misshandeln hon utsattes för.

Linnea berättar att hon tror att de sexuella trakasserierna hon utsattes för som 13-åring, kan ha påverkat till varför hon utvecklade sin ätstörning, eftersom det var efter den händelsen som hon blev alltmer fixerad vid sitt utseende. Linnea säger också att hon som barn var väldigt orolig och ständigt ville veta vad som skulle hända och när jag frågar Linnea om hon någonsin tänkt på varför hon blev ett oroligt barn, säger Linnea att hon inte vet.

Linnea berättar vidare att hon genom hela sitt liv alltid haft negativa tankar och en hög grad av känslighet vilket hon tror kan ha påverkat hennes situation idag.

För övrigt säger Linnea att hon inte ser samband mellan hennes ätstörning och hennes borderline.

Tove berättar att hon många gånger funderat på varför just hon blev sjuk och säger att hon idag ser den våldtäkt hon utsattes för, som orsaken till hennes insjuknaden i ätstörningen och henne borderline.

”den händelsen... den vände upp och ner på hela mitt liv” – Tove

Tove berättar också att hon läser mycket om sina diagnoser och säger att det är vetenskapligt bevisat att ätstörningar och borderline ”hör ihop” och Tove tror själv på detta. Slutligen säger Tove att hon ”använder” sin ätstörning på ett sätt för att ”kontrollera” sin borderline.

”när jag äter för mycket, då skär jag mig... det händer varje gång... det blir ett sätt för mig att ta ut ångesten, smärtan... det är så känsloladdat” – Tove

8.5.2 Analys av samsjuklighet

En intressant aspekt med följande avsnitt, är att beakta den eventuella samsjukligheten. Då forskningen tyder på en betydligt högre grad av samsjuklighet mellan diagnoserna emotionell instabil personlighetsstörning och bulimia nervosa (Hultén, 2011) anser jag att det är av stor vikt att undersöka den eventuella samsjukligheten mellan en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning. Detta eftersom det idag inte finns en tillräckligt evidensbaserad kunskap kring de eventuella gemensamma orsakerna till uppkomsterna av sjukdomstillstånden samt den behandlingsform som lämpar sig bäst för individer med dessa två sjukdomstillstånd.

Samtliga intervjupersoner har i sina intervjuer uttryckt att diagnoserna de har, är väl lika med varandra och går "hand i hand". Majoriteten av intervjupersonerna har menat att en viss typ av händelse bidrog till att de utvecklade båda diagnoserna. Gemensamt för samtliga intervjupersoner enligt min analys, är att de har en hög sårbar- och känslighet. Dessa känslotillstånd menar jag är fullt naturliga med tanke på vad de upplevt i sin barndom.

En teori till varför vissa individer insjuknar i ätstörningar och andra inte, beskrivs som en multifaktorell förklaring. Hög sårbar- och känslighet i kombination med en stark påfrestning, tycks vara en bidragande faktor. Bantning är även ett begrepp som har beskrivits som en inköpsport till varför vissa individer utvecklar en ätstörning (Medivia, u.å.).

Biosociala teorin belyser ett flertalet liknande tänkbara orsaker till varför vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning. Om en individ har en hög emotionell sårbarhet, är det viktigt att denna får stöd i att bearbeta sina tankar och känslor. Brister detta, kan det leda till att individen i fråga senare i livet får det svårt att hantera nya situationer som är svåra. Detta kan i sin tur leda till att en stark reaktion utlöses hos individen, vilket således kan leda till starka känslor och ogynnsamma konsekvenser (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 52-53). Den höga sårbarheten i kombination med att individen växer upp i en kaotisk familj som har svårt att hantera individens känslomässiga sårbarhet, bidrar till att det är större risk att individen utvecklar emotionell instabil personlighetsstörning (Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008).

Om en individ har diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning, är det stor risk att denne kan utveckla annan psykisk problematik. Detta beror på den höga sårbarheten (Westman, 2006, s. 6).

Den information som har framkommit utifrån intervjupersonernas berättelse, tyder på att samtliga således haft en hög sårbar- och känslighet, vilket även kan ha bidragit till att samtliga insjuknat i emotionell instabil personlighetsstörning.

Då teorier bakom uppkomsten av ätstörningar, har en hel del likheter med biosociala teorin, menar jag att samsjukligheten mellan sjukdomstillstånden anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning, är mycket vanlig. Detta kan även kopplas till vad intervjupersonerna har berättat.

Således är min slutsats att det finns tänkbara gemensamma faktorer som har påverkat till varför samtliga intervjupersoner har en anorexiliknande problematik och diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. En klar aspekt och även en gemensam nämnare för samtliga, är den höga sårbar- och känsligheten samt att de upplevt ett eller flera trauman, vilket också varit centralt i deras liv.

9. Diskussion

Under följande kapitel kommer en djupgående diskussion att belysas. Begrepp som är centrala under följande kapitel är hur metoddelen innehåll samt relevans, studiens styrkor och begränsningar, kopplingen till forskning samt resultat och slutligen förslag på framtida forskning inom studiens område. Syftet med följande kapitel är således att diskutera resultatet och problematisera det som framkommit.

Ett centralt syfte med den kvalitativa studien var att undersöka hur personer med anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning, upplevt den eventuella samsjukligheten mellan dessa två diagnoser. Ett annat centralt syfte var att problematisera gemensamma tänkbara orsaker till personernas insjuknade i dessa två diagnoser.

Utifrån det som framkommit under intervjuerna och som använts som resultat, pekar majoriteten av intervjupersonernas svar på att de finns flera tänkbara orsaker till varför de utvecklat en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning. Trauma är ett begrepp som jag anser vara centralt i samtliga intervjupersoners berättelser. Begreppet trauma kan i sin tur kopplas till olika typer psykiska påfrestningar. Ett exempel på detta är övergrepp.

Trauma är enligt den biosociala teorin en tänkbar förklaring till varför vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning och andra inte (Kåver & Nilsson, 2005, s. 59-60). I likhet med att samtliga personer berättat om ett antal traumatiska upplevelser som de blivit utsatta för, menar jag att begreppet är oerhört centralt för att kunna förklara den eventuella uppkomsten av emotionell instabil personlighetsstörning. Med det vill jag också tillägga att flera faktorer bidrar till att vissa insjuknar och andra inte men jag ser detta som en tydlig och relevant tänkbar förklaring.

Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen (1990) har i en studie undersökt huruvida traumatiska händelser i barndomen, kan ha påverkat varför vissa individer insjuknat i emotionell instabil personlighetsstörning. Resultatet pekade på att kvinnor diagnostiserade med emotionell instabil personlighetsstörning, hade blivit utsatta för såväl fysiska som sexuella övergrepp i betydligt högre grad, jämfört med andra grupper (Goodrich, Hill, Lohr, Ogata, Silk & Westen, 1990, s. 1009)

Detta kan även ses utifrån det faktum att såväl som biosociala teorin som övriga forskningar, indikerar på att trauma är ett centralt begrepp i att förklara varför vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning och andra inte.

Sansone & Sansone (2006) har i sin forskning redovisat att personlighetsstörningar är relativt vanliga hos individer som lider av en ätstörning. Faktorer såsom att vara kvinna och utsättas för en negativ händelse menar forskarna är riskfaktorer för att en individ utvecklar en ätstörnings-problematik.

Varför vissa individer insjuknar i en ätstörning och andra inte, är i likhet med teorin till varför vissa individer utvecklar emotionell instabil personlighetsstörning; hög sårbar- och känslighet (Stockholms läns landsting, 2008). Med anledning av detta, vill jag därmed belysa samsjukligheten som jag menar är betydligt vanligare än vad det forskas kring.

Samtliga intervjupersoner har belyst att ätstörningsproblematiken och personlighetsstörningen går hand i hand. Med detta har intervjupersonerna menat att den ena diagnosen påverkar den andra och oftast hänger tankar, känslor och beteende ihop med hur dessa två sjukdomstillstånd uttrycks.

Med anledning av de tidigare studierna samt denna studies resultat under kapitlet samsjuklighet, vill jag betona värdet av att se samsjuklighet mellan dessa två diagnoser som betydligt vanligare än vad det idag är erkänt.

Bulimia nervosa och emotionell instabil personlighetsstörning har länge setts som en vanlig samsjuklighet hos en individ (Hultén, 2011). Idag finns det ett flertal forskningar som undersökt hur dessa diagnoser hänger ihop samt vilket typ av behandling som lämpar sig för individer med dessa två pågående sjukdomstillstånd. Föga förvånande är att samsjukligheten mellan en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning, i regel inte är prioriterad, då evidensbaserad behandling idag inte tycks finnas. Således resulterar detta i att en individ som lider av dessa båda diagnoser, tenderar att endast behandlas för en, medan den andra fortsätter att vidmakthållas. I enlighet med intervjupersonernas berättelse, har samtliga uttryckt att diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning blivit prioriterad medan ätstörningsproblematiken blivit bortglömd. Det är inte svårt att se en klar problematik i detta förhållningssätt utifrån psykiatrins roll.

Samtliga intervjupersoner har diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning samt en anorexiliknande problematik. Begreppet anorexiliknande problematik avser antingen diagnosen anorexia nervosa eller ÄS UNS typ 1.

Vidare har forskarna Sansone & Sansone kommit fram till att risken för att en individ insjuknar i en ätstörning, är betydligt högre om individen i fråga är diagnostiserad med en personlighetsstörning (Sansone & Sansone, 2006).

Majoriten av intervjupersonerna har berättat att personlighetsstörningen bidrog till att de utvecklade en ätstörning. Med det vill jag även betona att det finns andra tänkbara förklaringar till en ätstörningsdebut men samsjukligheten är en viktig del, då forskningen kan starkt kopplas till intervjupersonernas berättelse kring tänkbara orsaker till insjuknandet av både en anorexiliknade problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning.

Anknytningsteorin belyser hur barn kan utveckla olika typer av anknytning till sina föräldrar eller andra primära omsorgsgivare (Payne, 2005). En typ D-anknytning visar på att barnet i

fråga har en otrygg och desorganiserad anknytning. Barn som upplevt psykisk och fysisk våld, tros ha en större benägenhet till att utveckla en typ D-anknytning (Payne, 2005, s. 130-131, Utterbäck, 2010).

Teorin gällande en otrygg och desorganiserad anknytning menar jag kan kopplas till biosociala teorin som belyser trauma som ett centralt begrepp i att förklara till varför vissa individer insjuknar i emotionell instabil personlighetsstörning och andra inte (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 52-53). Trots att det idag inte tycks finnas evidensbaserade förklaringar till varför vissa individer utvecklar en ätstörningsproblematik, menar jag att orsaken kan mycket väl ses i det som belyses i både anknytningsteorin och biosociala teorin. Detta kan således förstås utifrån att anknytningen mellan barnet och föräldrarna kan vara skadat.

Biosociala teorin menar jag även kan kopplas till varför samtliga intervjupersoner idag lider av en ätstörningsproblematik, då samtliga upplevt trauma. Sansone & Sansone (2006) menade att två riskfaktorer för att utveckla en ätstörning, är att individen i fråga är kvinna och blivit utsatt för en påfrestande händelse i livet.

Därmed menar jag att samsjukligheten snarare är vanlig än ovanlig, då de tänkbara grundorsakerna till varför samtliga insjuknat i detta sjukdomstillstånd, är i likhet med varandra. Trauma är således ett begrepp som jag ser en tänkbar orsaksförklaring.

Även om det idag finns betydligt mer forskning kring samsjukligheten mellan bulimia nervosa och emotionell instabil personlighetsstörning (Hultén, 2011), menar jag att bulimia nervosa och en anorexiliknande problematik, inte skiljer sig åt i att förklara tänkbara orsaker. Däremot uttrycks de på olika sätt men kontentan är att förstå att dessa två ätstörningar grundar sig på ett kroppsmisnöje som uttrycks på olika sätt. Därmed har jag kommit fram till slutsatsen att samsjukligheten mellan en anorexiliknande problematik och emotionell instabil personlighetsstörning, i regel kan förklaras på liknande sätt som mellan bulimia nervosa och emotionell instabil personlighetsstörning samt att den är betydligt vanligare än vad de idag är belagt.

Både Svenska Psykiatriska föreningen (2006) och Stockholms läns landsting (2009) har i en studie och i ett vårdprogram, uttryckt att samsjukligheten mellan ätstörningar och emotionell instabil personlighetsstörning är vanlig (Andersson & Ekselius & Fagemo et al., 2006, s. 62, af Sandeberg & Birgegård et al., 2009, s. 98) och med det vill jag belysa att ätstörningar omfattar olika typer av ätstörningar och däribland en anorexiliknande problematik som kan ses i anorexia nervosa eller ÄS UNS typ 1. Med anledning av detta, menar jag att det är viktigt att fortsätta studera detta område och undersöka eventuella behandlingsformer som lämpar sig för denna patientgrupp med båda diagnoserna.

Som i alla studier, finns det begränsningar och även i denna som jag har kunnat se tydligt. Ett exempel handlar om urvalsmetoden som jag till stor del använt mig utav, vilket har varit nätverket Twitter. Jag anser att denna urvalsmetod inte är optimal i förhållande till resultat men jag vill samtidigt betona att resultatet är enligt mig kan tolkas som tillförlitligt. Detta vill jag grunda på den information som framkommit under tolkningsramen, samt de resultat som

har presenterats, vilket har visat en koppling. De tidigare studierna under kapitlet ”tidigare forskning” menar jag också stärker denna studies resultat.

I mitt sökande efter tänkbara intervjupersoner, har jag varit i kontakt med ett flertal psykiatriska enheter samt avdelningar runt om i Sverige. På grund av den bristande responsen från psykiatrin runt om i landet, har jag dessvärre inte kunnat få kontakt med någon tänkbar intervjuperson via detta sätt. Att vända mig via nätverket Twitter samt bloggar har varit de enda tänkbara sätten som också gett resultat i mitt sökande. En ytterligare begränsning som kan ses, är det faktum att samtliga intervjupersoner kan ha andra psykiatriska diagnoser, vilket också kan ha påverkat resultatet. Eftersom jag inte tagit reda på om intervjupersonerna är diagnostiserade med andra diagnoser, menar jag att resultatet kan vara en begränsning. En ytterligare begränsning kan ses i det faktum att det idag inte finns tillräckligt mycket forskning kring samsjukligheten mellan en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning. Det har därmed gjort det svårt att koppla relevant data till forskning som belyst ämnesområdet.

En styrka i studien kan ses utifrån det faktum att resultatet är väl trovärdigt enligt mig. Det är sen tidigare känt att biosociala teorin belyser tänkbara orsaker till varför vissa individer utvecklar emotionell instabil personlighetsstörning och andra inte (Kåver & Nilsson, 2002, s. 59-60, Stockholms läns sjukvårdsområde, 2008), vilket jag menar kan starkt kopplas till vad intervjupersonerna berättat om sin barndom och de påfrestningar de utsattes för. Detta kan även kopplas till analysens innehåll, där jag fört samman resultatet med tolkningsramen. Återigen vill jag betona att resultatet enligt mig är trovärdigt med tanke på vad tolkningsramen belyser.

Svårigheter inom det sociala arbetet, har enligt mig visat sig tydligt utifrån studiens resultat. Utifrån de bristande forskningarna som idag finns kring samsjukligheten mellan en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning, anser jag att det är viktigt inom det sociala arbetet att forska vidare på detta område.

Det är idag väl känt att behandlingsformen DBT (dialektisk beteendeterapi) är lämplig för patienter som lider av bulimia nervosa och emotionell instabil personlighetsstörning (Cognitus, u.å.). Jag vill betona att det är viktigt att finna en lämplig behandlingsform för de individer som lider av en anorexiliknande problematik i kombination med emotionell instabil personlighetsstörning. Detta menar jag är väl tydligt utifrån vad intervjupersonerna berättat kring hur deras diagnos bemöts och behandlas. Således menar jag att det är av stort värde att forska mer inom samsjukligheten mellan dessa två diagnoser, så att individen i fråga behandlas för båda samtidigt. Såsom jag ser det, är det också stor risk att individen i fråga tenderar att ”falla mellan stolparna” om endast en diagnos behandlas samtidigt som den andra viktmaxthålls. Detta kan resultera i att individen inte tillgodoser sig rätt hjälp eftersom majoriteten av intervjupersonerna menade att diagnoserna hänger ihop.

Ovanstående menar jag är en svårighet inom det sociala arbetet och säkerligen för personal som arbetar med denna patientgrupp, där vissa individer lider av både en anorexiliknande problematik samt emotionell instabil personlighetsstörning. Jag menar att forskning inom detta område är av stort värde eftersom dessa två diagnoser tenderar att följa varandra, utifrån

vad som framkommit i intervjun. Detta resulterar självfallet i att individens mående tenderar att bli alltmer sämre. Jag vill samtidigt betona att de fem intervjupersoner jag intervjuat inte utgör hur samtliga individer med samma samsjuklighet mår men jag ser ändå deras historia som en indikation på hur personer med dessa diagnoser kan uppleva det och med anledning av detta, bör detta tas på största möjliga allvar.

Referenslista

af Sandeberg, Anna-Maria & Birgegård, Andreas & Mohlin, Lillian & Ström Nordlander, Christel & Norring, Claes & Siverstrand, Marie-Louise (2009). Regionalt vårdprogram ätstörningar 2009. *Stockholms läns landsting*, 2009; 62, 98

Alphonse, Elisabet (2012). *Vad är en ätstörning och vad kan man göra?* Hämtad den 21 december från

<http://www.lul.se/sv/Kampanjwebbar/Infoteket/Funktionsnedsattningar/Psykiska-funktionsnedsattningar/Faktablad-om-psykiska-funktionshinder/Vad-ar-en-atstoring-och-vad-kan-man-gora/>

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders*. Washington DC: Author

Andersson, Eva & Ekselius, Lisa & Fagemo, Ingalill & Herlofson, Jörgen & Kullgren, Gunnar & Lindström, Eva & Ramklint, Mia & Svanborg, Pär (2006).

Personlighetsstörningar- kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svenska Psykiatriska Föreningen*, 2006; 43, 61.

Anknytning, trygg bas och inre arbetsmodeller (2001). Hämtad den 19

december <http://socfamratt.se/varnad/boende/904-anknytning-trygg-bas-och-inre-arbetsmodeller>

Anorexi (2007). Hämtad den 12 oktober 2012

<http://www.capioanorexicenter.com/Om-atstoringar/Anorexi/>

Asard, Malena (2006). Ökar förståelsen för tankar och känslor. *Psykologtidningen*, 4; 5

Bartocci, Claudia & Grave, Ricardo Dalle & Oliosi, Manuela & Todisco, Patrizia (1996).

Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Dissociation*, 4(4), 247-275, 279.

Bierer, Linda M. & Mitropoulou, Vivian & New, Antonia, S. & Schmeidler, James & Siever,

Larry J. & Silverman, Jemery M. (2003). Abuse and neglect in childhood; relationship to personality disorder diagnoses. *Primary Psychiatry*, 8(10).

Biosocial teori (u.å.). Hämtad den 9 december 2012

<http://psykologtjanst.se/Biosocialteori.htm>

Björck, Caroline & Clinton, David & Norring, Claes (2012). *Matvanor och ätbeteende hos*

ätstörda tre år efter behandlingsstart. Hämtad den 19 november 2012

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Bulik, Cynthia, M & Brandt, Harry A, & Crawford, Steve & Fichter, Manfred M. & Halmi,

Katherine A. & Jacoby, Georg E. & Joiner, Thomas E. Jr & Jones, Ian & Kaplan, Allan S. & Kaye, Walter H. & Mitchell, James E. & Nutzinger, Detlev O. & Selby, Edward A. &

- Strober, Michael & Thornton, Laura & Treasure, Janet & Woodside, Blake D. (2010). Refining behavioral dysregulation in borderline personality disorder using a sample of women with anorexia nervosa. *American Psychological Association*, 1(4), 250-257
- Bulimi* (2007). Hämtad den 12 oktober 2012.
<http://www.capioanorexicenter.com/Om-atstorningar/Bulimi/>
- Cooper, Zafra & Doll, Helen A. & Fairburn, Christopher G. & Welch, Sarah L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. *Arch gen psychiatry*, 56(5)
- Dalman, Christina & Forsell, Yvonne (2004). *Psykisk ohälsa hos unga*. Hämtad 18 november 2012
- Den biosociala teorin* (2008). Hämtad den 20 december 2012
<http://psykologi.ifokus.se/articles/4d71573fb9cb4622270675e9-den-biosociala-teorin>
- Engström, Ingemar (2012). *Bulimia nervosa*. Hämtad den 10 oktober 2012
http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=981
- Erikson, Rolf (2006). *Vad är psykisk ohälsa?* Hämtad den 4 mars 2013
<http://www.suntliv.nu/Amnen/Stress/Fakta-om-stress/Vad-ar-psykisk-ohalsa/>
- Euroclinix (2012). *Ätstörningar- vem tar på sig ansvaret*. Hämtad den 3 oktober 2012
<http://www.euroclinix.se/blogg/kvinnlig-halsa/atstorningar-okar-i-sverige.html>
- Ghaderi, Ata & Parling, Thomas (2007). *Från självsvält till ett fullvärdigt liv- ny KBT-metod i 6 steg*. Stockholm: Natur & Kultur
- Ghaderi, Ata (u.å.). *Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid ätstörningar*. Hämtad 14 oktober 2012
<http://www.anst.uu.se/ataghade/kbt.html>
- Ghaderi, Ata (u.å.). *Anorexia nervosa- diagnos och behandling*. Hämtad 24 november 2012
<http://www.anst.uu.se/ataghade/anorexia.html>
- Goodrich, Sonya & Hill, Elizabeth M. & Lohr, Naomi E. & Ogata, Susan N. & Silk, Kenneth R. & Westen, Drew (1990). Childhood sexual abuse and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 147(8), 1008-1009, 1111.
- Hammarström, Anna (2012). *Emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS, borderline, personlighetsstörning, BPD)*. Hämtad den 21 oktober 2012
<http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Emotionellt-instabil-personlighetsstoring/>
- Hultén, Agnes (2011). *Ätstörningar*. Hämtad den 5 december 2012
<http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Atstorningar/>
- Högdahl, Louise (2011). *Behandlingsformer*. Hämtad den 12 december 2012
<http://www.atstorning.se/KATS/behandlingsformer.aspx>

- Högdahl, Louise (2011). *Dagvård*. Hämtad den 14 oktober 2012.
<http://www.atstorning.se/KATS/dagvard.aspx>
- Högdahl, Louise (2011). *Kognitiv beteendeterapi (KBT)*. Hämtad den 14 oktober 2012
http://www.atstorning.se/KATS/kognitiv_beteendeterapi.aspx
- Karlsson, Kay (2012). *Anknytning- om att tolka samspelet mellan föräldrar och små barn*.
 Malmö: Gothia Förlag
- Klasén McGrath, Monica (2012). *Anorexia nervosa hos unga*. Hämtad 20 november 2012
<http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Anorexia-nervosa/>
- Klefbom, Jenny (2010). *Självskadebeteende*. Hämtad den 16 november 2012
<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=170&sjalvskadebeteende>
- Kvalitativ metod* (u.å.). Hämtad den 22 november 2012 <http://kvalitativmetod.webs.com/>
- Kåver, Anna & Nilsson, Åsa (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning*. Stockholm: Natur & Kultur
- Ljungman, Amanda (2012). *Det ätstörda samhället*. Hämtad den 5 oktober 2012
<http://aspekt.nu/2012-07-06/det-atstorda-samhallet/>
- Vad är borderline?* Hämtad den 14 november 2012
<http://www.mbtsverige.se/borderlinepersonlighetsstorning/>
- Nordfeldt, Sam & Stjernfeldt, Michael. *Tidig diagnos av ätstörning- hjälpreda för skolhälsovård*. Hämtad den 6 oktober 2012
- Nyman, Håkan (2009). *Personlighetsstörning*. Hämtad den 9 oktober 2012
<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=139&Personlighetsstorning>
- Näslund, Görel (1998). *Borderline personlighetsstörning– uppkomst, symtom, behandling och prognos*. Stockholm: Natur & Kultur
- Payne, Malcolm (2005). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur
- Sansone, Lori A & Sansone Randy A (2011). Personality pathology and its influence of eating disorders. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), 14–18.
- SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården (2005). *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning*. Hämtad den 1 november 2012
https://www.google.se/#hl=sv&tbo=d&client=psy-ab&q=hur+m%C3%A5nga+med+personlighetsst%C3%B6rningar+70000&oq=hur+m%C3%A5nga+med+personlighetsst%C3%B6rningar+70000&gs_l=serp.3...11060.12073.1.12835.6.6.0.0.0.155.588.4j2.6.0...0.0...1c.1.3.psy-ab.U7Q-G0JdBZ0&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=c7fad607a2933487&biw=1366&bih=59

- Socialstyrelsen (2012). *Samsjuklighet*. Hämtad den 20 november 2012
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Samsjuklighet/Sidor/default.aspx>
- Svenska Terapiförmedlingen (2008). *Borderline personlighetsstörning*. Hämtad den 2 november 2012 <http://hittaterapi.se/artiklar/borderline-personlighetsstorning/>
- Swanberg, Inga (2004, s. 16-18). *Prevention av ätstörningar- kunskapsläget idag*. Hämtad den 26 december 2012.
- Söderlund, Eva-Lena (2012). *Vad är en personlighetsstörning och vad kan man göra?*
Hämtad den 5 oktober 2012
<http://www.lul.se/sv/Kampanjwebbar/Infoteket/Funktionsnedsattningar/Psykiska-funktionsnedsattningar/Faktablad-om-psykiska-funktionshinder/Vad-ar-en-personlighetsstorning-och-vad-kan-man-gora/>
- Tenglund, Samuel (2012). *Psykisk hälsa bland unga ökar*. Hämtad den 4 oktober 2012
<http://www.varldenidag.se/nyhet/2012/06/28/Psykiska-ohalsan-bland-unga-okar/>
- Utterbäck, Anette (2010). *Anknytning*. Hämtad den 25 november 2012
<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=261&Anknytning>
- Vad är borderline?* (2008). Hämtad den 26 december 2012
http://www.slso.sll.se/slpotemplates/slpopage1____14251.aspx
- Vad är DBT?* (u.å.). Hämtad den 29 december 2012 <http://www.cognitus.se/dbt-self-help/>
- Westman, Agneta (2006). Vårdprogram- emotionellt instabil personlighetsstörning.
Psykiatriska kliniken, 2012, 6.
- Ätstörning UNS* (2010). Hämtad den 12 oktober 2012.
<http://capiroanorexicenter.com/Om-atstorningar/Atningsstorning-UNS/>
- Ätstörningen UNS* (2009). Hämtad den 20 oktober 2012.
<http://atstorningar.ifokus.se/articles/4d714743b9cb46223905c81d-atstorningen-uns>
- Ätstörningarnas orsaker* (u.å.). Hämtad den 22 december
<http://www.medivia.se/AN/teorier.htm>

Bilaga

Intervjufrågor

Bakgrunden i barndomen (hur växte X upp, hur såg familjen ut – närvarande föräldrar, eventuella syskon, nätverk i form av farmor/farfar, mormor/morfar, släktingar, skolgång, vänner, relationer, m.m.)

När fick X diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning? Hur gick det till? Ålder?

Typ av behandling?

Situationen idag gällande behandlingen?

Familjens stöd/påverkan gällande diagnosen, behandlingen, kontakten?

Intervjupersonens egen upplevelse av diagnosen, behandlingen, bemötandet, m.m.?

Hur ser intervjupersonen idag på sin diagnos?

När blev personen sjuk i AN/äs UNS? Hur började det? Ålder?

Vad för typ av behandling har intervjupersonen fått för sin ätstörning? Har båda diagnoserna kunnat behandlas samtidigt- isåfall hur? Vilken typ av terapi?

Hur har familjen/vänner/relationer/övriga nätverket bemött personen och diagnosen? Stöd?

Hur ser intervjupersonens situation idag ut idag med diagnoserna?

Egna tankar/funderingar kring varför intervjupersonen själv tror att den blev sjuk i emotionell instabil personlighetsstörning och AN/ÄS UNS? Ser personen eventuella samband?

Bilaga

Informations-utskick

Hej!

Mitt namn är Dahlia Aljaderi och jag läser Socionomprogrammet termin 6 vid Örebro Universitet.

Under denna termin skriver vi socionomstudenter vår C-uppsats och jag har valt att skriva om ämnet emotionell instabil personlighetsstörning i kombination med anorexia nervosa eller angränsande tillstånd. Eftersom jag hade min praktik under termin 5 på Närpsykiatri i Karlskoga, som är en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning, kom jag i kontakt med olika typer av diagnoser som jag fann väldigt intressanta- därav har jag valt att undersöka sambandet mellan emotionell instabil personlighetsstörning och anorexia nervosa eller angränsande tillstånd i min kommande C-uppsats.

En stor del av forskningen tyder på en hög grad av samsjuklighet mellan diagnoserna emotionell instabil personlighetsstörning och bulimia nervosa. Hetsätningarna och det kompensatoriska beteendet hos individen, beskrivs på ett sätt som bristande impuls kontroll. Då det inte finns tillräcklig evidensbaserad forskning kring samsjuklighet mellan emotionell instabil personlighetsstörning och anorexia nervosa eller angränsande tillstånd, vill jag med denna bakgrund därför undersöka eventuella tänkbara samband mellan diagnoserna.

Underlaget i min C-uppsats är därmed att finna det eventuella perspektivet gällande samsjukligheten, samt hur patienten i fråga har upplevt sin situation med två diagnoser som det inte finns så mycket evidensbaserad forskning om.

Då min C-uppsats är av kvalitativ analys, är min förhoppning att jag skall kunna ha möjlighet att hålla intervjuer med patienter som uppfyller kriterierna för emotionell instabil personlighetsstörning och anorexia nervosa eller angränsande tillstånd. Syftet med mitt mejl, är således att tillfråga Er på mottagningen om ni har möjlighet att hjälpa mig att genomföra intervjuer med tänkbara patienter med diagnoserna emotionell instabil personlighetsstörning och anorexia nervosa eller angränsande tillstånd. Ätstörning definieras genom att patienten uppfyller kriterierna enligt DSM-IV eller för ätstörning utan närmare specifikation typ 1 eller typ 2. Patienten har således en ätstörning av anorektisk typ men fortfarande mens (typ 1) eller fortfarande har en vikt som är högre än 85 % av den förväntade (typ 2).

Min önskan är således att jag med Er hjälp kan komma i kontakt med patienter med diagnoserna emotionell instabil personlighetsstörning och anorexia nervosa eller angränsande tillstånd och med det, vore jag tacksam om Ni tillfrågar tänkbara patienter om de kan tänka sig att Ni på enheten lämnar ut deras namn samt telefonnummer, så jag vidare kan ta kontakt med de inför intervjun.

Min förhoppning är att intervjuerna skall genomföras så snart som möjligt men självklart också beroende på vilken möjlighet intervju-personerna har.

Vid ytterligare frågor, kontakta gärna min handledare Sanna Aila Gustafsson (sanna.aila-gustafsson@evbroll.se)

Jag vore ytterst tacksam om Ni har möjlighet att hjälpa mig i detta!

Med vänliga hälsningar

Dahlia Aljaderi