

Ätstörningar, migration och kultur

Det har länge funnits en stereotyp bild av att ätstörningar huvudsakligen drabbar unga vita kvinnor från goda ekonomiska förhållanden. Under 1980-talet beskrev man till och med ätstörningar som ett så kallat "kulturbundet syndrom" specifikt för västvärlden – man föreställde sig helt enkelt att ätstörningar inte drabbade personer på andra håll i världen eller med annan bakgrund. Idag vet man att denna bild är felaktig och bygger på fördomar. Ätstörningar kan drabba alla grupper i samhället, oavsett bakgrund, etnicitet eller socioekonomiska förhållanden. Forskning från USA och Storbritannien visar att ätstörningar är lika vanligt förekommande eller till och med vanligare hos icke-vita grupper i befolkningen jämfört med den vita befolkningen. Mönstren skiljer sig dock åt för olika ätstörningsdiagnoser. Till exempel tycks bulimia nervosa och hetsättningsstörning vara vanligare hos afroamerikaner och hos personer med latinamerikanskt ursprung i USA samt hos sydasiatiska grupper i Storbritannien, medan detta inte gäller för anorexia nervosa. Även hos ursprungsbefolkningar i Nordamerika, Australien och Nya Zeeland har man funnit en hög förekomst av ätstörningsbesvär. Ur ett globalt perspektiv blir ätstörningar allt vanligare, inte minst i de öst- och sydostasiatiska regionerna. Detta beror sannolikt delvis beror på en förbättrad förmåga att identifiera och uppmärksamma sjukdomsfall inom vården, men också på samhällsförändringar.



Faktaruta: **Vad är en ätstörning?**

Anorexia nervosa kännetecknas av en tydlig undervikt till följd av ett alltför lågt födo-intag, mot bakgrund av en rädsla för att gå upp i vikt och en skev uppfattning av den egna kroppsstorleken.

Bulimia nervosa kännetecknas av återkommande hetsätning, vilket innebär att man under en kortare tidsram äter en osedvanligt stor mängd mat och att man i samband med detta upplever kontrollförlust. Bulimia nervosa kännetecknas också av återkommande försök att kompensera för hetsätningen genom att till exempel fasta, kräkas, använda laxermedel eller träna överdrivet mycket. Personer med bulimia nervosa är ofta normalviktiga.

Hetsätningsstörning kännetecknas liksom bulimia nervosa av återkommande episoder av hetsätning, men utan samma tendens till kompensatoriska beteenden. Personer med hetsätningsstörning är ofta men inte alltid överviktiga.

Undvikande/restriktiv ätstörning (ofta förkortat ARFID) kännetecknas av återhållsamhet med maten av andra skäl än kroppsmissnöje, så som generellt låg aptit, känslighet för matens textur, form och temperatur eller rädsla för att sätta i halsen.

Stora skillnader mellan behov och erhållen vård

Trots att forskning alltså visar att förekomsten av ätstörningar är likartad inom grupper av olika etnicitet så är det dock fortfarande en betydligt mindre andel personer med migrationsbakgrund som får behandling för sina besvär, något som har kallats för en "blind fläck" inom ätstörningsvården. I ett fåtal studier, huvudsakligen från USA, har man undersökt vilka barriärer som kan ligga bakom denna skillnad mellan vårdbehov och faktisk tillgång till vård. Hur svåra ätstörningssymptomen är eller om det förekommer psykiatrisk samsjuklighet tycks inte skilja sig åt mellan grupperna och förklarar därför inte mönstren. Det är istället genomgående sociokulturella faktorer som tycks ha det största förklaringsvärdet. Kännedomen om när och var man bör söka vård kan till exempel variera. Att navigera och hitta rätt inom hälso- och sjukvården kan vara utmanande för vem som helst, men är ofta ännu svårare för personer som har bott kortare tid i landet eller som inte har svenska som modersmål. Stigma kopplat till olika sjukdomstillstånd kan också utgöra ett hinder, inte minst hos en föräldrageneration med bakgrund i ett kulturellt sammanhang där psykisk ohälsa inte varit något man talat öppet om. Detta kan i sin tur spä på känslor av skam och ensamhet, vilket också bidrar till att begränsa hjälpsökande.

Denna typ av stigma och osynliggörande riskerar att skapa en ond spiral som upprätthåller den stereotypa bilden av ätstörningar som något som huvudsakligen drabbar unga vita kvinnor. Icke-vita patienter inom ätstörningsvården kan till exempel beskriva hur de behöver kämpa mot en bild av att ätstörningar inte ”borde” drabba dem som grupp – att både andra och de själva har uppfattningen att de på något vis borde vara förskonade från att drabbas. Denna sorts fördomsfulla idéer tycks tyvärr också fortfarande påverka vårdgivare. Amerikanska studier har till exempel visat hur afroamerikanska personer som söker hjälp för ätstörningsbesvär hos sin husläkare mer sällan remitteras vidare till specialistvård jämfört med vita amerikaner med samma problematik. Samma mönster ses i studier där man till läkare och psykologer har delat ut kliniska fallbeskrivningar där endast patientens etnicitet skiljer sig åt: när fallbeskrivningarna beskriver en icke-vit patient har vårdpersonalen svårare att identifiera en ätstörning och föreslår mer sällan att patienten ska hänvisas till rätt vård.

Ytterligare en faktor av betydelse är så kallad *matfattigdom* (”food poverty” eller ”food insecurity” på engelska). Att leva i matfattigdom innebär att man av ekonomiska skäl inte har råd med en jämn tillgång av näringsriktig mat. Det kan till exempel handla om att man är tvungen att dra ner på matintaget mot slutet av månaden när pengarna tryter, att man får nöja sig med att köpa billig men näringsfattig mat eller att som förälder behöva prioritera bort det egna ätandet för att maten ska räcka till ens barn. Matfattigdom drabbar oftare kvinnor, ensamstående och personer med migrationsbakgrund. På senare år har det publicerats ett flertal studier som påvisar ett tydligt samband mellan matfattigdom och ätstörningar – inte minst den ojämna och varierande tillgången till mat tycks kunna bidra till utvecklandet av bulimia nervosa och hetsättningsstörning.

Hur ser det ut i Sverige?

En nyligen publicerad svensk studie med fokus på Stockholms län visar att precis samma mönster som man har uppmärksammat i USA och Storbritannien gäller även här. I den svenska studien har man använt data från hälsoenkäten Hälsa Stockholm, som var fjärde år skickas ut till ett stort antal vuxna stockholmare. I enkäten ingår bland annat självskattningsfrågor om ätstörningssymptom, så som återhållsamhet med maten, kompensatoriska kräkningar, kontrollförlust vid ätande och överdriven upptagenhet vid mat. Studien visar att ätstörningssymptom är avsevärt mycket vanligare hos invånare i Stockholms län som är födda utomlands, särskilt hos dem som är födda i ett utomeuropeiskt land. Ätstörningssymptom är också vanligare hos personer vars föräldrar är födda utomlands – den så kallade ”andra generationen”. Ur ett geografiskt perspektiv är ätstörningssymptom vanligare i Stockholmskommuner eller -stadsdelar med hög andel invånare med migrationsbakgrund. Dessa fynd kvarstår även då man tar hänsyn till ålder och kön.

När man tittar närmare på vilka som faktiskt söker och får vård inom den specialiserade ätstörningsvården i Stockholms län så speglar detta dock inte den geografiska fördelningen av ätstörningssymptom. Det är rent av så att de fem stadsdelar eller kommuner där ätstörningssymptom är allra vanligast – Rinkeby-Kista, Skärholmen, Botkyrka, Spånga-Tensta och Hässelby-Vällingby – också samtliga tillhör de områden vars invånare mest sällan får behandling inom ätstörningsvården. Man kan dessutom konstatera att alla dessa fem områden har en hög eller mycket hög andel invånare med migrationsbakgrund. Den stereotypa bilden av att ätstörningsbesvär huvudsakligen förekommer hos den vita majoritetsbefolkningen tycks alltså inte stämma i Stockholm heller, lika lite som i USA eller Storbritannien. I dagsläget är det inte känt om de möjliga förklaringsmodeller från amerikanska studier som beskrivs ovan också gäller för Sverige. Mer svensk forskning på området behövs.

Faktaruta: Några ord om viktiga begrepp

I detta kunskapsunderlag används begrepp så som "vit" och "icke-vit" – en terminologi som vissa kan tycka är svår att förstå eller rent av otidsenlig. Detta hänger delvis samman med att mycket av den forskning vi hänvisar till härstammar från USA eller Storbritannien. I dessa länder finns det en etablerad tradition av att tillfråga personer som deltar i forskning om hur de själva identifierar sig i fråga om ras eller etnicitet, med syfte att kunna belysa ojämlikhet mellan olika grupper. I Sverige och flera andra europeiska länder har man tvärtom brukat undvika dessa typer av frågor, då man varit orolig för att en kategorisering av människor baserat på hudfärg eller bakgrund istället ska spä på fördomar och rasism.

Det är viktigt att understryka att ras inte är ett giltigt biologiskt begrepp då det gäller människor – ur ett strikt biologiskt perspektiv finns det inte olika människoraser. Rasbegreppet är trots detta "verkligt" på så vis att det är en samhällelig meningsbärande konstruktion som påverkar människors liv i mycket hög utsträckning. Det är till exempel svårt att förstå och diskutera förekomsten av rasism, rasbaserade stereotyper och deras betydelse för hälsan utan att också kunna tala om ras som idémässigt begrepp. Många av de termer som används för att tala om ras är dock flytande – vilka grupper som anses vara "vita" har till exempel förändrats avsevärt över tid och har mycket lite att göra med faktisk hudfärg. Ett begrepp så som "icke-vit" kan också vara problematiskt, då det innebär att en grupp definieras utifrån vad den *inte* anses vara. Vissa talar hellre om etnicitet än om ras. Etnicitet har traditionellt använts för att beteckna en grups *egen* förståelse av kulturell tillhörighet, medan ras har betecknat utomståendes kategorisering. Etnicitet och ras blandas dock ofta i praktiken samman och används för att beskriva ungefär samma sak.

Att personer med migrationsbakgrund oftare uppvisar ätstörningssymptom är kanske egentligen inte så förvånande. Vi vet att personer som har migrerat till Sverige och deras barn i ”andra generationen” oftare är drabbade av andra psykiatriska åkommor, så som psykosjukdom eller posttraumatiskt stressyndrom. Detta gäller inte minst dem som flytt från krig och konflikter. Mot den bakgrunden är det kanske inte så överraskande att även ätstörningssjukdom kan vara vanligare förekommande. Det iögonfallande är framför allt att fynden står i skarp kontrast till den stereotypa bilden av ätstörningar som något som huvudsakligen drabbar unga medelklasskvinnor med nordeuropeisk bakgrund.

Trauma, mat och ätstörningar

Sambandet mellan traumatiska upplevelser och ätstörningar är välkänt. En klart högre andel av personer med ätstörningssjukdom har varit med om sådant som fysiska, emotionella eller sexuella övergrepp under uppväxten eller andra former av traumatiska händelser jämfört med den övriga befolkningen. Detta innebär naturligtvis inte att *alla* eller ens de flesta med en ätstörning har sådana erfarenheter, men på gruppnivå finns det ändå ett klart samband mellan trauma och påverkade ätbeteenden.

Trots detta nämns erfarenheter av våld, övergrepp och trauma ganska sällan som en möjlig förklaringsmodell när man diskuterar ätstörningar hos personer med migrationsbakgrund. Det finns dock en hel del forskning om hur krig, fångenskap och flykt kan påverka ätbeteenden. Personer som överlevt Förintelsen har till exempel uppvisat tendenser att samla på sig överdrivet stora mängder mat, sannolikt som ett inlärt skydd mot nya situationer av nöd. Den enorma betydelse som en enkel brödbit kunde ha för överlevnad i nazisternas koncentrationsläger återkommer gång på gång i självbiografiska skildringar av Förintelsen, hos författare så som Primo Levi eller Viktor Frankl. Mot denna bakgrund är det lätt att förstå att bröd och andra födoämnen kan få en särskild laddning – både känslomässigt och rent konkret – även när kriget och fångenskapen tagit slut. Mat kommer för vissa att symbolisera trygghet och överlevnad på ett sätt som för utomstående kan te sig underligt och överdrivet och som kan göra vardagslivet svårare. Forskning har till exempel visat att många Förintelseöverlevande drar sig i det längsta för att slänga mat, till och med när den blivit dålig. Även vissa specifika matsituationer kopplade till traumatiska minnen kan väcka stort obehag. Att stå i kön till en lunchservering kan till exempel kan föra tankarna till hur man köade i lägret för att få sin magra dagsranson.

Även direkta krigserfarenheter har visat sig kunna påverka ätandet. Hos soldater har det visat sig vara vanligt att man ”äter i förväg” som en överlevnadsstrategi. Detta innebär att man äter stora mängder mat under den förhållandevis bekväma tillvaron på en armébas, för att kompensera för den brist på mat som sedan ofta råder ute i fält. När dessa soldater sedan åter-

vänder hem till ett civilt liv finns ätbeteendena från armén kvar, men i ett helt annat sammanhang. Hos amerikanska krigsveteraner har man sett att detta ofta leder till överätande och övervikt. Samma grundläggande tendens kan ses hos andra med erfarenheter av krig och flykt: man äter stora mängder mat när man kan, eftersom erfarenheten av att aldrig veta när det kommer finnas mat nästa gång lever kvar.

Mat och resiliens

Som en slags motvikt till trauma talar man ofta om *resiliens*. Resiliens är från början ett begrepp från fysikens värld som beskriver ett materials förmåga att böja sig utan att gå sönder. Överfört till personer som varit med om traumatiska händelser syftar resiliens på en slags motståndskraft mot att utveckla svåra och långvariga psykologiska reaktioner i efterförloppet. En viktig faktor för att stärka förmågan till resiliens är en känsla av sammanhang: att det man utsatts för blir överblickbart och begripligt och att det finns en meningsfullhet i att gå vidare med sitt liv *trots* att man varit med om något oerhört svårt.

Det har visat sig att just mat och matlagning ofta kan vara en central del av en sådan känsla av sammanhang. För personer som har varit tvungna att lämna allt, fly sitt hemland och kanske har sett släktingar dödas kan de gamla välkända recepten som man växt upp med och brukade laga tillsammans i familjen utgöra en mycket viktig koppling till det tidigare livet. Ibland är maten kanske till och med den *enda* konkreta kvarvarande länken som kan skapa kontinuitet i en i övrigt väldigt annorlunda och ovan tillvaro i det nya hemlandet. Maträtter och matvanor – hur vi äter och vad vi tycker om – är för det mesta en väldigt stark del av vår kulturella identitet. Det är väl dokumenterat hur personer som genomlevt folkmord och lik-



nande ödeläggelse av ett samhälle eller en kultur kan finna styrka och tröst i att hålla liv i gamla recept och föra dem vidare till kommande generationer, som ett sätt att hedra minnet av det gamla och visa att allt ändå inte gått förlorat. För barn och barnbarn kan det också bli en viktig ingång i att närma sig och värdesätta sitt ursprung.

Vi vet samtidigt att personer som har varit tvungna att fly från ett land till ett annat till följd av krig och konflikt ofta lever under omständigheter som kan göra det svårt att laga mat på det sätt som man skulle önska. Detta är viktigt att uppmärksamma inte minst inom ätstörningsvården, där man vanligtvis tar för givet att en patient har rent praktiska möjligheter att följa matscheman och andra måltidsordinationer. För dem som bor ihop med många andra asylsökande på något av Migrationsverkets boenden eller som av ekonomiska skäl lever i trångboddhet kan det vara mycket svårt att komma åt att förbereda och laga sina egna måltider på det sätt som man har kommit överens om med sin behandlare. Som vårdpersonal behöver man uttryckligen fråga patienten om hur de praktiska möjligheterna att följa ett matschema ser ut.

Konsekvenser för behandling och forskning

Att drabbas av en ätstörning behöver inte nödvändigtvis innebära hopplöshet och långvarigt lidande. Verkningsfulla behandlingar för ätstörningssjukdom existerar, men de gör naturligtvis ingen nytta om de inte når ut till de personer som behöver dem. Att en oproportionerligt liten del av patienterna inom ätstörningsvården i Sverige har migrationsbakgrund kan dessvärre bidra till att hindra utvecklingen av bättre behandlingsmetoder som passar bredare grupper. Många patienter med migrationsbakgrund har säkerligen god hjälp av precis den behandling som erbjuds idag, men det kan också finnas behov av anpassade behandlingsmetoder som stämmer bättre överens med olika gruppers levnadsmönster och -villkor. Endast ett fåtal studier har undersökt hur ätstörningsvårdens innehåll kan anpassas för att bli mer relevant för grupper med annan kulturell bakgrund än majoritetsbefolkningen. Dessa studier beskriver framför allt hur behandlingsprogram framgångsrikt har anpassats för USA:s befolkning med latinamerikansk bakgrund, med ett större fokus på familjeinvolvering i behandlingen och på matens kulturella betydelse som uttryck för samhörighet och omsorg. Sådan utveckling av vården kräver dock naturligtvis att patienterna överhuvudtaget kommer till vårdens kändom.

Utöver den ojämlika tillgången till god behandling så begränsar gapet mellan vårdbehov och erhållen vård också i förlängningen vår kunskap om ätstörningar. Många forskningsstudier om ätstörningar bedrivs i ett vårdsammanhang med patienter som studiedeltagare. Om denna grupp inte är representativ för befolkningen i stort så blir studieresultaten ofrånkomligen snedvridna och därmed mindre pålitliga och tillämpbara. Det är till exempel i dagsläget svårt att


veta säkert om de skattningsskalor som rutinmässigt används inom ätstörningsvården fullt ut fångar upp sjukdomsbesvär hos olika grupper, eftersom de mestadels är utprovade för de unga vita kvinnor som fortfarande utgör merparten av patienterna inom den specialiserade ätstörningsvården. Detsamma kan sägas om de behandlingsprogram som tillämpas.

En möjlig väg framåt kan vara att utveckla samarbetet med till exempel skolsköterskor och husläkare – yrkesgrupper som är ”nära” invånarna – och via dem se till att alla de som behöver behandling fångas upp och lotsas rätt inom vården, oavsett bakgrund. En viktig del är naturligtvis också att inom vården ställa frågor som är relevanta och som belyser många olika aspekter av ätande och ätstörningar. Det har till exempel visat sig att den så kallade Kulturformuleringsintervjun i DSM-5 – ett intervjuinstrument som på ett personcentrerat vis lyfter sociokulturella perspektiv på hälsa, sjukdom och vårdsökande – kan vara ett hjälpsamt verktyg i att uppmärksamma ätstörningar hos personer med migrationsbakgrund.

Källor och lästips

- Becker AE, Hadley Arrindell A, Perloe A, Fay K, Striegel-Moore RH. A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: perspectives from ethnically diverse health care consumers. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 633–47.
- Chowbey P, Salway S, Ismail M. Influences on diagnosis and treatment of eating disorders among minority ethnic people in the UK. *J Public Ment Health* 2012; 11: 54–64.
- Doris E, Shekriladze I, Javakhishvili N, Jones R, Treasure J, Tchanturia K. Is cultural change associated with eating disorders? A systematic review of the literature. *Eat Weight Disord* 2015; 20: 149–60.
- Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 346–53.
- Gordon KH, Brattole MM, Wingate LR, Joiner TE. The Impact of Client Race on Clinician Detection of Eating Disorders. *Behav Ther* 2006; 37: 319–25.
- Hazzard VM, Loth KA, Hooper L, Becker CB. Food Insecurity and Eating Disorders: a Review of Emerging Evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22: 74.
- Rodgers RF, Berry R, Franko DL. Eating Disorders in Ethnic Minorities: an Update. *Curr Psychiatry Rep* 2018; 20: 90.
- Strand M. Food and Trauma: Anthropologies of Memory and Postmemory. *Cult Med Psychiatry* 2022; 47: 466–494.
- Strand M, Bäärnhielm S, Fredlund P, Brynedal B, Welch E. Migration background, eating disorder symptoms and healthcare service utilisation: findings from the Stockholm Public Health Cohort. *BJPsych Open* 2023; 9:e205.

- Strand M, Welch E, Bäärnhielm S. The Cultural Formulation Interview as a clinical tool in the assessment of eating disorders: a pilot study. *Front Psychiatry* 2024; 15: 1371339.
- Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19: 45.

**Transkulturellt Centrum**

Solnavägen 1E, 113 65 Stockholm
tc@regionstockholm.se



Faktablad 2024:2



Författare: Mattias Strand



Foton: Unsplash

Stockholm, oktober 2024

Fler rapporter och faktablad hittar du på vår webbplats:
www.transkulturelltcentrum.se