

ÄMNE: Socialt arbete, C-kurs: Psykosocial inriktning

HANDLEDARE: Jorge Calbucura

ABSTRAKT:

Man har genom forskning inte kunnat dra någon generell slutsats angående orsaksfaktorer bakom anorexia nervosa. Alla drabbade har egna erfarenheter och tankar om varför just hon eller han blivit sjuk. Vårt syfte var att i möjligaste mån återspegla de i studien utvalda kvinnornas beskrivningar av tankar och erfarenheter kring sitt sjukdomsförlopp, utifrån familjeförhållanden och individuella faktorer. Vi ville veta vad de ansåg vara orsaken till just deras insjuknande, men också vad som var anledningen till att de slutligen bestämde sig för att bli friska. Detta syfte ledde oss till frågeställningar som: Hur kan familjen påverka ett insjuknande i anorexia nervosa? Vilka individuella faktorer kan influera? Vad ansåg de vara vändpunkten för sitt tillfrisknande? För att få en så tydlig bild som möjligt av kvinnornas tankar och erfarenheter behövde vi se en helhet, varför vi valde att göra en kvalitativ studie med djupintervjuer. I arbetet framförs tidigare forskning om familjeförhållanden och individuella faktorer som kan ha en inverkan på insjuknandet, samt om vändpunktsprocesser. Vår granskning gick ut på att tolka kvinnornas berättelser i jämförelser med den forskning vi använt oss av. I vårt resultat framkommer att berättelserna till viss del liknar varandra, och att vissa jämförelser kan ses med forskningen, men att erfarenheterna trots allt är unika och därmed skiljer sig för de fyra kvinnorna.

NYCKELORD: Anorexia nervosa, bakgrundsorsaker, familjeförhållanden, individuella faktorer, vändpunktsprocesser

TITEL: Anorexia nervosa – Beskrivna erfarenheter av sjukdomen

FÖRFATTARE: Emelie Anner
Viktoria Wulff

DATUM: Juni 2006

Förord

Vi vill rikta ett stort TACK till de fyra kvinnor som ställt upp och delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Utan Er hade denna studie inte kunnat genomföras.

Hela arbetet har genomförts i nära samarbete mellan författarna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| 1. BAKGRUND | 5 |
| 1.1 Inledning | 5 |
| 1.2 Bakgrund | 5 |
| 1.3 Problemformulering | 7 |
| 1.4 Syfte | 7 |
| 1.5 Frågeställningar | 7 |
| 1.6 Avgränsning | 7 |
| 1.7 Varför är vårt arbete relevant? | 7 |
| 2. METOD | 9 |
| 2.1 Val av ämne | 9 |
| 2.2 Metodval | 9 |
| 2.3 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet | 9 |
| 2.4 Urval | 10 |
| 2.5 Insamling av information | 10 |
| 2.6 Tillvägagångssätt | 10 |
| 2.7 Tolkning av intervjuer | 11 |
| 2.8 Metodproblem | 12 |
| 2.9 Etiska överväganden | 13 |
| 2.10 Erfarenheter under arbetets gång | 13 |
| 3. BEFINTLIG FORSKNING | 15 |
| 3.1 Inledning | 15 |
| 3.2 Familjeförhållanden | 15 |
| 3.3 Individuella faktorer | 17 |
| 3.4 Vändpunkter | 18 |
| 3.5 Sammanfattning | 20 |
| 3.6 Granskning av forskning | 20 |
| 4. EMPIRI | 21 |
| 4.1 De fyra kvinnorna | 21 |
| 4.2 Intervjublocken | 21 |
| 4.2.1 <i>Block 1 – bakgrundsinformation</i> | 21 |
| 4.2.2 <i>Block 2 – nutid</i> | 21 |
| 4.2.3 <i>Block 3 – sjukdomstiden</i> | 22 |
| 4.2.4 <i>Block 4 – utvärdering</i> | 22 |
| 4.2.5 <i>Block 5 – framtidsperspektiv</i> | 25 |
| 5. TOLKNING AV INTERVJUER | 26 |
| 5.1 Inledning | 26 |
| 5.2 Tolkning av insjuknande utifrån familjeförhållanden | 26 |
| 5.2.1 <i>Familjeförhållanden</i> | 26 |
| 5.2.2 <i>Ett insnärt familjemönster</i> | 26 |
| 5.2.3 <i>Ett överbeskyddande familjemönster</i> | 27 |
| 5.2.4 <i>Ett rigitt familjesystem</i> | 27 |
| 5.2.5 <i>Familjen som identitetsskapare</i> | 28 |
| 5.3 Tolkning av insjuknande utifrån individuella faktorer | 28 |
| 5.3.1 <i>Negativ syn på sig själv</i> | 28 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 5.3.2 | <i>Perfektionism</i> | 29 |
| 5.3.3 | <i>Folkhälsoinstitutet och socialstyrelsens orsakskedja</i> | 30 |
| 5.4 | Tolkning av vändpunkter för tillfrisknandet | 31 |
| 5.4.1 | <i>Eskalationspunkt</i> | 31 |
| 5.4.2 | <i>Ny relation</i> | 31 |
| 5.4.3 | <i>Ny livssituation</i> | 31 |
| 5.4.4 | <i>Bemötande</i> | 32 |
| 5.4.5 | <i>Specifika händelser</i> | 32 |
| 5.4.6 | <i>"Antingen/eller-alternativ"</i> | 32 |
| 5.4.7 | <i>Familjens inverkan</i> | 33 |
| 6 | SAMMANFATTNING AV TOLKNING | 34 |
| 6.1 | Jämförelse mellan kvinnornas beskrivning och befintlig forskning | 34 |
| | <i>Tabell 6.1.1: familjeförhållanden</i> | 34 |
| | <i>Tabell 6.1.2: individuella faktorer</i> | 34 |
| | <i>Tabell 6.1.3: vändpunkter</i> | 35 |
| 7 | DISKUSSION | 36 |
| 7.1 | Sammanfattande diskussion | 36 |
| 7.2 | Egna reflektioner | 37 |
| 7.2.1 | <i>Familjeförhållanden</i> | 37 |
| 7.2.2 | <i>Individuella faktorer</i> | 38 |
| 7.2.3 | <i>Vändpunkter</i> | 39 |
| 7.3 | Avslutande diskussion | 40 |
| | REFERENSLISTA | 41 |
| | BILAGA - Intervjumall | 43 |

1. BAKGRUND

I detta kapitel kommer vi att ge en bakgrund till problemet och berätta varför studien är intressant samt vad som är syftet med den. Genom hela uppsatsen refererar vi till anorektiker som "hon" då vi utgår ifrån kvinnor.

1.1 Inledning

”Jag är hellre sjuk, olycklig och mager, eftersom frisk är detsamma som fet, ful och olycklig. Bara jag får vara mager, spelar lycka och utseende ingen som helst roll.” (Glant, 1998, sid. 74).

Åsa, en före detta anorektiker, beskriver sin sjukdom för oss i boken ”Sluta svälta” (Glant, 1998).

Ätstörningar är ett genomgripande problem i dagens samhälle. Problemet har i stor omfattning uppmärksamats i media de senaste åren, inte minst sedan Kronprinsessan Victoria för några år sedan gick ut med att hon drabbats av ätstörningar. Dagens utseendefixerade samhälle ses ofta som en orsak bakom ätstörningar, vilken sanning det ligger i detta vet man emellertid inte. Gränsen mellan det privata och det offentliga livet blir allt otydligare. Denna omständighet i förening med massmedias och konsumtionssamhällets vinstinriktade påverkan av privatlivet kan spela en framträdande roll för spridningen av ätstörningar (Dükler, 1995).

1.2 Bakgrund

Ätstörningar är allvarliga psykosomatiska sjukdomar¹ som blir allt vanligare i dagens samhälle. Ätstörningar förekommer i flera former, de vanligaste är *anorexia nervosa* och *bulimia nervosa*. Ungefär 10-40 nya fall av anorexi och 5-65 fall av bulimi beräknas inträffa per 100 000 kvinnor och år i Sverige. Ungefär 10 % av patienter med anorexi är män (Svenska Psykiatriska Föreningen & Gothia, 2005).

Anorexia nervosa innebär självsvält, den drabbade anser själv att hon är tjock trots att så inte är fallet. En anorektikers liv kretsar mycket kring mat trots att personen i fråga sällan äter själv.

Bulimia nervosa är hetsätning. Den drabbade äter och äter men kompenserar sedan sitt ätande med att exempelvis kräkas, fasta eller motionera efteråt. Även bulimiker känner sig tjocka, trots att de inte behöver vara det. Det är svårt att upptäcka bulimia nervosa då den drabbade ofta är normalviktig.

UNS betyder Utan Närmare Specifikation och är de lindrigare varianterna av ätstörningar där olika kompensationsmetoder som kräkning, fasta och intensiv motion används för att banta. Denna typ av ätstörning kallas ibland i media för "anorexia light" och kan vara början på en svårare ätstörning.

På senare tid har fler varianter av ätstörningar uppkommit, bland andra *ortorexi* och *hetsätningstörning*. *Ortorexi* är en ”nyttighetsätstörning”, den drabbade är besatt av att äta nyttigt och att träna intensivt. Inom denna kategori är mörkertalet extra stort, främst bland män. Man ser dem bara som oerhört nyttiga och vältränade. *Hetsätningstörning* är en form av bulimi, men de drabbade kompenserar inte sitt ätande, vilket gör att sjukdomen i de flesta fall leder till övervikt. Förekomst av hetsätningstörning uppges vara cirka 2 % i befolkningen (www.mediviva.se).

¹ Psykosomatisk sjukdom betyder att psykisk ohälsa uttrycks genom kroppsliga symtom.

Då vi har egna erfarenheter av anorexia nervosa, genom att personer i vår närhet varit drabbade, har vi alltid haft ett intresse för ämnet. Vi har funderat över varför man drabbas; vilka orsaker ligger egentligen bakom? Även vändpunkten, varför man slutligen väljer att bli fri från sin anorexi, har känts intressant. Vi vet sedan tidigare att man inte kan generalisera orsakerna bakom olika individers insjuknande i sjukdomen, varför vi vill ägna vår uppsats åt att undersöka kvinnors personliga erfarenheter, om orsaksfaktorer samt vändpunkter inom ämnet anorexia nervosa.

Anorexi blev känt redan under 1600-talet, men fick sitt namn av den engelske kirurgen William Gull först under slutet av 1800-talet (Råstam-Bergström, Gillberg & Gillberg, 1995). Anorexia nervosa är latin och betyder ”nervös aptitlöshet”. Detta är egentligen teoretiskt fel då det inte är aptiten det är fel på. Anorexi kännetecknas istället av extremt låg vikt och en väldig rädsla för att bli tjock (Glant, 1998).

Det finns flera teorier kring orsakerna bakom anorexi, dock vet man inte helt säkert vad som föranleder sjukdomen. Troligen är det en kombination av samhället samt biologiska och psykologiska faktorer som samspelar. Sjukdomen drabbar främst flickor eller unga kvinnor. Ett av de viktigaste argumenten för att sociokulturella faktorer har betydelse i anorexins uppkomst, är att kroppsidealet för kvinnor har blivit allt smalare. En vanlig uppfattning är då att anorexia nervosa nästan enbart förekommer i de västerländska samhällena. Detta har i sin tur tolkats utifrån betydelsen av västerländska värderingar med betoning på slankhetsidealet. Anorexi förekommer även i utvecklingsländer, men en slutsats som har dragits är att sjukdomen utanför västvärlden huvudsakligen förekommer hos personer som har anammat västerländska värderingar och levnadsvillkor (Clinton & Norring, 2002).

Familjens betydelse för anorexins uppkomst har varit föremål för spekulationer ända sedan symtomet beskrevs för första gången. Wallin refererar till familjeterapeuten och psykiatern Salvador Minuchin och hans medarbetare har varit framstående inom forskningen när det gäller huruvida familjeförhållanden kan ses som en möjlig orsaksfaktor till anorexia nervosa eller inte. De beskrev en enhetlig familjetyp, den s.k. ”psykosomatiska familjen”, där alla med en familjemedlem som led av anorexi, passade in. Med en psykosomatisk familj menade Minuchin en familj där en eller fler medlemmar förmedlar och visar sina känslor genom kroppsliga symtom. Detta kan mynna ut i anorexi. Fler forskare efter honom har också, med grunden i Minuchins ursprungsteorier, beskrivit familjeförhållanden som en avgörande roll till sjukdomens uppkomst. Dock har ingen kunnat bekräfta Minuchins modell som den enda sanna (Wallin, 2004).

Det finns individuella faktorer som är nära relaterade till anorexi och kan utgöra exempel på riskfaktorer. Det är dock klarlagt att vissa egenskaper kan vara en konsekvens av anorexin, medan andra påverkar förloppet av sjukdomen utan kausalt samband (Wonderlich, Lilenfeld, Riso, Engel & Mitchell, 2005). Råstam-Bergström m.fl. anser också att personer med anorexi visar stora individuella likheter, såsom extremt höga ambitioner, perfektionism och social tillbakadragenhet. Dessa egenskaper tycks till stor del ha funnits hos individen långt innan ätbeteendet blev avvikande (Råstam-Bergström m.fl., 1995).

De flesta som drabbas av anorexia nervosa får behandling för att bli friska, men vissa tar sig ur sjukdomen på egen hand. Skådespelerskan Tracy Gold led av anorexi och hennes vändpunkt beskrivs i en artikel i tidningen ”Weight and see”(Levitt, Shelley, Wagner & Joyce, 1994):

”What finally did register was Gold’s catching sight of her 80-pound self in the mirror one night in September 1992. “I saw somebody” she said “who would die of anorexia, and I had a panic attack” The diuretics and laxatives she had taken to purge herself made her heart beat even more rapidly, and Gold sat up all night, afraid to go to sleep because she was afraid she would never wake up. That marked a turning point: Tracy Gold chose to fight to save her life” (“Weight and See”, 1994, p 50).

1.3 Problemformulering

Utifrån ovanstående resonemang har vi utvecklat följande problemformulering:

Vilka unika orsaksfaktorer ligger bakom sjukdomen anorexia nervosa, för de i studien utvalda kvinnorna? Vad ansåg de vara vändpunkten för deras tillfrisknande?

1.4 Syfte

Syftet med vår studie är att i möjligaste mån återspegla hur de i studien utvalda kvinnorna beskriver sina personliga erfarenheter kring sitt insjuknande i anorexia nervosa, utifrån familjeförhållanden och individuella faktorer. Vi vill också söka svar på vad de själva anser vara vändpunkten för sitt tillfrisknande.

1.5 Frågeställningar

Hur kan familjen påverka ett insjuknande i anorexia nervosa?
Vilka individuella faktorer kan influera?
Vad är det som gör att man slutligen väljer att bli fri från sin anorexi?
Vad är viktigast för att få en vändpunkt?

1.6 Avgränsning

Då anorexia nervosa är den vanligaste ätstörningen, men också den vi har mest personlig anknytning till, har vi valt att göra vår studie med kvinnor som lidit av anorexi. Vi har valt att koncentrera oss på kvinnor då de vanligen är de som drabbas av sjukdomen. Uppsatsen berör inte behandling eftersom detta inte är relevant för att få fram bakgrundsfaktorer och vändpunkter.

Det föll sig naturligt att avgränsa oss till kvinnor som idag är friska, då vårt syfte är att återspegla deras personliga tankar och känslor kring hela sjukdomsförloppet, därmed även tillfrisknandet.

1.7 Varför är vårt arbete relevant?

Trots forskningens framsteg finns det fortfarande mycket som man inte vet om anorexins uppkomst och utveckling. Kunskaper om bakgrundsfaktorer till anorexi är begränsade. Flera kvalitativa studier, av framförallt patienters upplevelser, skulle ge ett viktigt komplement till de kunskaper som finns (Clinton & Norring, 2005).

Anorexia nervosa är ett stort problem i dagens samhälle. I alla områden inom socialt arbete är det viktigt att ha en förståelse för de man jobbar med och viss kunskap om den problematik man kan ställas inför. Genom studier som denna kan man få en ökad förståelse för hur de

drabbade själva känner sig, och vad de anser vara orsaken bakom sitt insjuknande i anorexia nervosa. Man kan också få större insikt i vändpunktsprocessen och vad en drabbad själv ser som den viktigaste ingrediensen för en lyckad sådan. Lyssnar man till varje individ och får veta vad de tror att orsaken till insjuknandet är, kan man lättare tillämpa en givande behandling. Nämner individen i fråga familjeförhållanden som en bidragande orsak bör man börja i den änden och arbeta med hela familjen. Uppger den drabbade individuella faktorer som bakgrundsorsak är det viktigare för den att personen få individualterapi.

Genom att höra numer friska kvinnor beskriva sina egna erfarenheter kan man också lära sig att upptäcka varningstecken tidigare och på så sätt kan samhället bättre arbeta preventivt för att förebygga sjukdomen. Skolan har en viktig roll för det preventiva arbetet då de har en stor insyn i elevernas vardag. Får de del av studier som vår, kan de lära sig att se vilka elever som kan befinna sig i riskzonen och tidigt uppmärksamma och hjälpa dem.

Skolan har också möjlighet att informera eleverna om sjukdomen. Om eleverna upplyses om vilka orsaker som kan ligga bakom anorexi kan de tillsammans uppmärksamma kompisar som visar varningstecken.

2. METOD

I detta avsnitt presenteras det praktiska tillvägagångssättet för vår undersökning, från introduktion till färdig studie. Här beskrivs och motiveras hur det insamlade materialet har bearbetats och använts i studien. Vi anser att om läsaren får en bättre förståelse för hur undersökningen har gått till väga, och vilket urval vi gjort, skapar detta en ökad insikt för vårt arbete.

2.1 Val av ämne

Under utbildningens gång har vi gradvis kommit fram till att vi ville skriva vår C-uppsats inom ämnet anorexia nervosa. Då den mesta forskningen vi granskat visar på möjliga generella orsaksfaktorer ville vi inrikta oss på personliga erfarenheter, beskrivna av numer friska anorektiker. Vi anser att det är av lika stor vikt att se till anledningar för vändpunkten som till orsaker bakom insjuknandet, varför vi ville få en helhet. Vi har således lyssnat till fyra kvinnors livsberättelser.

2.2 Metodval

Då syftet med studien är att återspegla hur, de i studien utvalda kvinnorna, beskriver sina personliga erfarenheter kring sitt insjuknande i anorexi, samt att söka svar på vad de anser vara vändpunkten, passar det bäst att göra en tolkning av livsberättelser. Detta är en kvalitativ studie som bygger på öppna intervjuer, dock med hög grad av strukturering.

Om man vill försöka förstå människors sätt att tänka och resonera eller om man vill urskilja handlingsmönster, bör man välja en kvalitativ studie (Trost, 2005). Även Kvale beskriver den kvalitativa metoden som ett bra sätt om intervjuaren vill undersöka uppfattningar och upplevelser. Det är intervjupersonens berättelse och synvinkel som ska försöka förstås och är i fokus (Kvale, 1997).

Vi valde att göra besöksintervjuer då de kan ge en större mängd information per undersökt individ. Det är lättare att få en mer korrekt bild av intervjupersonens svar då man kan se ansiktsuttryck och gester. Det är dessutom möjligt att ställa mer komplicerade frågor och få mer mångsidiga svar.

2.3 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Verifiering av kunskap diskuteras vanligen i relation till begrepp som validitet och reliabilitet. Vi har strävat efter att få en studie med så hög reliabilitet och validitet som möjligt. I en kvalitativ uppsats beskrivs validiteten som ansatsen att undersöka vad man avser att undersöka (Kvale, 1997) Reliabiliteten beror sedan på hur trovärdig studien är (Trost, 2005). Vi anser att vår studie har hög validitet då vi fått ta del av kvinnornas beskrivningar av sina erfarenheter genom de intervjuer vi gjort. De fyra kvinnorna svarade öppet och beskrivande på alla frågor vi hade. Båda författarna satt med vid intervjun, vilket gjorde att vi båda två hörde beskrivningarna och var bättre försäkrade för eventuella hörfel vid transkriberingen. Vi har genom hela studien varit öppna och reflekterande inför kvinnornas berättelser. Intervjuerna har dessutom korrekturlästs och godkänts av kvinnorna själva, vilket visar på att vi har hört och uppfattat rätt. Med anledning av ovanstående resonemang anser vi att vår studie har hög reliabilitet.

Vi anser också att vi uppnått yttre validitet då vår studie kan användas inom preventivt arbete i samhället, exempelvis i skolor. Genom att ta del av kvinnors egna erfarenheter kring orsaksfaktorer och vändpunkter i sjukdomen anorexi, kan skolpersonal tidigt uppmärksamma de elever som visar varningstecken. Vårt resultat visar genomgående på liknande personligheter som i enlighet med forskningen kan ses som riskfaktorer. Vår undersökning ger verkliga livsberättelser, vilket gör det lättare att applicera på elever, till skillnaden mot forskningen som är relativt allmän. Med anledning av att våra fyra intervjupersoner är helt oberoende varandra med olika bakgrunder, kan vår studie ses som generaliserbar. Trots så skilda livshistorier var svaren förvånansvärt lika, både vad gäller individuella egenskaper och det faktum att flertalet växt upp under problematiska familjeförhållanden.

Genom vår studie kan skolpersonal få större insikt och kunskap. De kan i sin tur göra elever och föräldrar mer uppmärksamma på problemet genom exempelvis undervisning och informationsträffar.

2.4 Urval

Vi har intervjuat fyra kvinnor i vår undersökning. Kontakten med dessa kvinnor togs via riksföreningen Anorexi/Bulimi-kontakt i Stockholm. Vi mailade till dåvarande regionchefen i föreningen för att få hjälp med att hitta våra intervjupersoner. Vi använde oss av ett relativt systematiskt urval då vi bad regionchefen att strategiskt välja kvinnor som passade in på våra kriterier: 1. Kvinnor som har varit drabbade av anorexi. 2. Idag friska från sin sjukdom. Dock var det upp till regionchefen att vidarbefodra vårt mail till kvinnor hon ansåg lämpliga, varför urvalet blev mer eller mindre slumpmässigt. Regionchefen lämnade vår mailadress till de kvinnor hon kontaktade. Svar fick vi ganska omgående, varpå vi valde ut fyra kvinnor som vi ansåg vara mest lämpliga utifrån en geografisk synvinkel.

2.5 Insamling av information

Den viktigaste källan för vår uppsats har varit de fyra kvinnor som vi har intervjuat. Informationen om tidigare forskning har vi fått genom litteratur och artiklar, vilka vi fann via Internet. Artikelsökningar gjordes i flera databaser, vårt huvudsakliga material fann vi dock i Academic Search Elite, PsycArticles, PubMed samt Wiley Interscience - International Journal of Eating Disorder. Då vi fick många träffar på varje sökord hade vi inga svårigheter med att hitta det material vi sedan använt oss av.

2.6 Tillvägagångssätt vid intervjuerna

Intervjuerna bokades via telefon samt mailkontakt och vi bestämde tillsammans med personen i fråga när och var vi skulle träffas. En intervju genomfördes i ett grupprum på ett universitet, en annan på dennes kontor och de två övriga i intervjupersonernas hem. Vi ansåg det vara av stor vikt att utföra intervjuerna på en avskild och ostörd plats. Samtidigt ville vi att individen skulle känna sig trygg i miljön, därav det gemensamma beslutet av plats.

Vår intervjumall hade vi konstruerat på egen hand, då vi ville försäkra oss om att få med det som var relevant för just vår undersökning. Dock tog vi viss hjälp från litteratur av Skott, 2004. Vi delade in vår intervju i fem block: bakgrundsinformation, nutid, sjukdomstiden, utvärdering och framtidsperspektiv.

Vi funderade över huruvida det skulle vara till fördel eller nackdel att skicka ut intervjumallen i förväg. Vi kom fram till att svaren antagligen blir mer uppriktiga och spontana om de var oförberedda på frågorna, då personen i fråga inte hinner tänka efter och fundera över vad vi som intervjuare vill höra. Vi valde således att inte skicka ut intervjumallen.

Vid intervjutillfället presenterade vi oss och berättade återigen betydelsen av vår studie. Vi informerade om tystnadsplikt och konfidentialitet. Vi bandade intervjuerna, vilket vi fått godkännande för redan vid tidigare kontakt.

Vi var medvetna om att två intervjuare dels kunde få intervjupersonen att känna sig mer spänd, dels kunde det medföra att intervjun blev rörig. Med anledning av detta valde vi att låta en av oss ha huvudansvaret vid intervjun medan den andra satt bredvid och observerade. Båda författarna, men framförallt den observerande, kunde redan vid detta stadiet börja reflektera över vad den intervjuade berättade. Efter intervjun satte vi oss i enskildhet för att delge varandra de första reflektioner och tankar vi fått under intervjun. Det var intressant att se att vi tagit fasta på samma saker, dock hade den observerande personen uppmärksammat fler detaljer. Redan här började vårt arbete med tolkningen.

Inför transkriberingen började vi med att lyssna igenom intervjuerna i helhet för att få ett andra reflekterande, utan avbrott. Under genomlysandet skrev vi ner tankegångar som dök upp. Vi pratade igenom det vi hört och reflekterat över, innan vi återigen lyssnade på banden, mening för mening, för att ordagrant skriva av intervjuerna. Vi tog dock inte med pauser eller onödiga biljud då vi ansåg att det var irrelevant för uppsatsen. När utskrifter av intervjuerna hade gjorts fortsatte vår tolkning då vi läste igenom dem var för sig. Återigen diskuterade vi kring det vi läst och vi upptäckte att vi allt som oftast drog samma slutsatser av kvinnornas beskrivelser. Det transkriberade materialet skickades sedan till personerna i fråga för genomläsning och godkännande. En av kvinnorna kände att vissa ord i hennes citat inte riktigt stämde överrens med vad hon menat. De citat vi ämnade använda oss av i uppsatsen omformulerades så kvinnan kände att hon kunde stå för dem.

2.7 Tolkning av intervjuer

Hermeneutik är ett tolkningsbaserat perspektiv som lämpar sig väl för att nå en bättre förståelse av exempelvis livsberättelser (Svenaesus, 2003). Vi utgår från ett hermeneutiskt perspektiv i vår tolkning, då vi försöker förstå kvinnornas erfarenheter i jämförelse med forskningen.

Intervjuerna kodades och sammanställdes i en tabell. Då vi både hört och läst igenom intervjuerna flertalet gånger hörde vi kvinnornas beskrivningar i bakhuvudet. Vi visste redan svaren på våra frågor, det var därmed lätt att föra in dem i tabellen. Vi utgick från frågorna på intervjumallen och sammanfattade kortfattat de mest relevanta svaren. Därmed fick vi en enkelt överskådlig blick innan vi började med empiri-kapitlet.

Vi valde att lägga upp empirin utifrån våra fem block, och under varje block belysa citat som bäst beskrev varje kvinnas svar på blockets huvudfråga/or. Under de två första blocken valde vi att bara göra en kort sammanfattning, då vi ansåg att den informationen bäst visades genom komprimerad text.

Under vår tolkning jämförde vi vårt resultat av kvinnornas beskrivningar av erfarenheter med befintlig forskning, utifrån familjeförhållanden, individuella faktorer samt vändpunkter. Ännu

en gång läste vi igenom kvinnornas intervjuer, för att ha dem i färskt minne. Vi läste sedan igenom vår del om befintlig forskning, var för sig. Vi hade intervjuerna bredvid och skrev ner de tankar och reflektioner som föddes. När vi gjort detta med alla fyra intervjuer, satte vi oss tillsammans för att återigen diskutera vad i kvinnornas beskrivningar vi kunnat jämföra med den forskning vi utgått ifrån. Vi kunde tydligt se att våra tankegångar var åt samma håll. Här började det verkliga arbetet med tolkningen av intervjuerna.

Vi valde att disponera tolknings-kapitlet efter samma utgångspunkter som vi använt oss av i den befintliga forskningen. Detta för att underlätta för oss själva såväl som läsarna. När det gällde familjeförhållanden utgick vi från Minuchins fem familjetyper. Redan under genomläsningen av intervjuerna och den befintliga forskningen hade vi båda sett exempel på de flesta av familjemönstren. Vi framhävde viktiga citat som beskrev varje familjetyp. Många gånger visste vi på en gång vilket citat som skulle kunna visa på det specifika familjemönstret, andra gånger var det en tolkningsfråga men vi båda var överrens om att jämförelser kunde ses. Vi gjorde sedan på samma sätt när det gällde individuella faktorer och vändpunkter.

Slutligen, för att få en överskådlig blick, gjorde vi tabeller där läsaren lätt kunde se likheter och skillnader i berättelserna, men också jämförelser med den befintliga forskningen. Denna sammanfattning redovisas i kapitel 6.

2.8 Metodproblem

Redan då vi gjorde intervjumallen tyckte vi att det var svårt att formulera tydliga frågor för att få svar på det vi ville veta. Vi gjorde en provintervju, vilken vi var nöjda med. Även de fyra intervjuer vi använt oss av i studien, ansåg vi vara lyckade. Vi fick utförliga svar på de frågor vi ställde. Under arbetet med analysen kände vi emellertid att vi skulle ha ställt ytterligare någon fråga. Vi anser att det inte hade gjort någon skillnad om vi gjort fler provintervjuer, då vi ändå inte skulle ha upptäckt detta förrän vid bearbetningen av berättelserna. Vi ansåg att vi fått svar på vårt syfte, varför vi inte kände att vi behövde komplettera. Däremot väcktes vår nyfikenhet för ytterligare frågor.

Det faktum att vi bad regionchefen för Anorexi/Bulimi-kontakt att strategiskt välja ut lämpliga kvinnor för vår undersökning, kan ses som ett metodproblem. Hon kan omedvetet ha valt utefter egna kriterier då hon blivit informerad om syftet med vår studie. Hon kan ha valt ut kvinnor som haft en viss typ av personliga faktorer och familjeförhållanden, och på så sätt påverka vårt resultat. Detta hade kunnat sänka vår reliabilitet. Dock är vårt syfte att återspegla beskrivningar av just de kvinnor vi valt ut för studien vilket gör att reliabiliteten trots allt är hög. Trovärdigheten i vår studie beror inte på vilka kvinnor vi intervjuat, snarare på de svar vi fått.

Vår förförståelse för sjukdomen var hög då vi har stor erfarenhet av ämnet. Detta behöver inte vara negativt då vi anser att erfarenheterna kan bidra till ökad förståelse inför tolkning och bearbetning. För att det ska vara till fördel vid granskningen av materialet måste vi vara medvetna om att vi besitter denna förförståelse. Detta för att vi ska kunna hålla oss objektiva. Vi hade, redan innan vi började intervju, bestämt oss för vilka komponenter vi ville undersöka. Detta kunde ha blivit ett metodproblem, vid genomlysandet såväl som tolkningen av intervjuerna, då vi kunde ha "letat" efter svar på vårt syfte. Dock var vi öppna för de beskrivningar vi fick del av, vilket gjorde att vi inte läste oss vid familjeförhållanden

och individuella faktorer utan kunde se fler anledningar som bakgrundsorsaker. Detta gällde även vid beskrivningar av vändpunkter.

2.9 Etiska överväganden

Forskningsetik handlar om att ta hänsyn till såväl fakta som värderingar. De fakta som måste uppmärksammas är vad studien syftar till, vad den konkret innebär, vilka möjliga risker som finns samt hur dessa kan undvikas (Hansagi & Allebäck, 1994).

Det bör ske ett informerat samtycke innan intervjun påbörjas. Den intervjuade måste få veta att tystnadsplikt råder och att hon när som helst kan avbryta intervjun. Hon bör också få veta syftet med intervjun samt hur den är upplagd i stort. Det gäller att ge ett intryck av vad intervjun berör men inte avslöja alla frågor, då detta kan påverka intervjupersonens svar (Trost, 2004).

Det var en självklarhet för oss att rikta vår studie mot kvinnor som idag är friska från sjukdomen. Vi anser att det vore oetiskt att utsätta en sjuk kvinna för en såhär tung intervju.

Vi är medvetna om att våra intervjuer kan bli känslomässigt laddade för våra intervjupersoner. Med detta i åtanke har vi formulerat våra frågor ur ett etiskt perspektiv, för att inte kränka individen.²

Dokument samt kassetband har förvarats i säkerhet då de innehåller privat information och kommer förstöras när studien är avslutad. Avidentifiering gjordes vid den första transkriberingen. Uppgifter som namn, städer och liknande togs bort helt och hållet, för att ge kvinnorna så stor anonymitet som möjligt.

2.10 Erfarenheter under arbetets gång

Arbetet har varit intressant och givande. Vi har lärt oss mycket, både vad det gäller förståelse för kvinnornas erfarenheter samt hur man genomför en bra intervju.

Vi erfor att de kvinnor som blev intervjuade på privat mark förekom lugnare och mer samlade. Det krävdes emellertid att intervjun skedde i en lugn miljö utan störande moment. Vi upplevde det positivt att vi var två som var med under intervjun, då vi hade fyra öron istället för två. Detta gjorde att vi tog fasta på olika saker, vilket senare underlättade vår bearbetning.

Vi blev väl bemötta av alla fyra kvinnor vi intervjuade. De var positiva och hjälpsamma och beskrev utförligt sina erfarenheter. Då vi var medvetna om att intervjun kunde vara väldigt känslomässig för kvinnorna, i och med att de skulle dela med sig av hela sin livsberättelse för två okända människor, funderade vi också mycket över hur vi bemötte dem. Det är viktigt att ha ett etiskt förhållningssätt och på ett respektfullt sätt ta del av deras innersta tankar och känslor. Det faktum att vi var två intervjuare upplevde vi aldrig som någonting jobbigt för kvinnorna. Vi tänker att det dels berodde på att de var förberedda på det samt att vi själva är kvinnor. Som kvinna är det ofta lättare att dela med sig av känslor och tankar till en annan kvinna, om personen i fråga är okänd sedan tidigare.

² Se intervjumall i bilaga

Så här i efterhand förstår vi att vi var snabba med att söka och få tag på intervjupersoner. Detta gav oss bättre förutsättningar inför arbetet med C-uppsatsen, då vi kunde påbörja vårt arbete tidigt. Vi kunde därmed ägna mycket tid åt att förbereda oss inför tolkningen genom att lyssna av och läsa igenom intervjun flera gånger.

3. BEFINTLIG FORSKNING

I denna del av uppsatsen beskrivs den allmänna kunskapssynen angående familjefaktorer och individuella faktorer som bakgrundsorsaker samt om vändpunkter. Fokuseringen ligger på dessa två orsaksfaktorer då vi, med grund i den forskning vi framför, anser att de kan ha betydelse för varandra.

3.1 Inledning

Då det ofta är familjesystemet som påverkar och bidrar till den personliga utvecklingen hänger familjen och individuella egenskaper ihop. Systemet är en helhet men dess delar integrerar med varandra och kan därmed påverka hela familjen, negativt såväl som positivt (Svenska Psykiatriska Föreningen & Gothia, 2005).

Det moderna samhället har de senaste decennierna blivit allt mer angeläget om att förmedla tips och goda råd till sina medborgare om hur de bör leva sitt liv. Privatlivet har successivt invaderats av den politiska och ekonomiska kulturens uppmaningar. Samhället har därmed stegvis tagit över alltmer av familjens traditionella roller. När samhället tar över det privata vardagslivets problemlösningar uppstår en risk att "vanliga" människor till slut kan förlora sin förmåga att själva lösa sina problem. Den förändrade och försvagade föräldrarollen har också påverkat det inbördes förhållandet mellan barn och föräldrar, oklara gränser tycks vara utmärkande för dagens samhälle. Om gränserna mellan barnets och den vuxnes roller blir otydliga är risken stor att barnet får svårt att definiera sig själv och sin egen roll i familjen och omgivningen. Det är en livsmiljö och en existentiell³ hållning som den blivande anorektikern försvarar sig emot. Ju mer hon försöker vinna uppmärksamhet och erkännande för sin identitet desto större motstånd möter hon från sin omgivning. Detta motstånd upplever hon som ett förnekande av hennes känslomässiga behov och intellektuella stimulans. Utan lämpliga reaktioner och referensramar⁴ från sin omgivning tvingas anorektikern vända all sin energi mot den egna kroppen. När hennes sensibilitet och tankeförmåga förnekas använder hon sin svältande kropp som ett psykosomatiskt budskap om sin utsatta situation. Självsvälten får dessutom en dubbel funktion eftersom den också formulerar ett budskap om att hon åtminstone kan ta kontrollen över sin egen kropp. Att anorektikern ofta har en låg självkänsla kan bero på att hon sällan får gehör för sig själv och sina egna existentiella ståndpunkter inom familjen och övrig social omgivning. Hennes rigiditet, perfektionism, ambition och isolering är de medel hon tar till för att skydda sig mot bristen av gränser inom familjen (Dükler, 1995).

Familjen och individuella egenskaper kan vara en bidragande orsak till ett insjuknande i anorexia nervosa, men kan också vara en hjälp i vändpunktsprocessen, om de omvärderas och används på ett positivt sätt.

3.2 Familjeförhållanden

Anorexia nervosa är en psykosomatisk sjukdom som föds ur en dysfunktionell⁵ familj. Den uppstår när känslor och tankar behöver uttryckas, men personen i fråga finner inget annat sätt att göra det, än genom kroppslig yttring. Minuchin och hans medarbetare gjorde under slutet

³ Existentiell betyder något som rör eller är avgörande för människans existens eller fortsatta liv.

⁴ Referensram är en människas bakgrund av erfarenheter, värderingar och föreställningar, efter vilken man tolkar och bedömer nya upplevelser.

⁵ Dysfunktionell betyder störd eller rubbad funktion.

av 1970-talet systematiska observationer av ett antal familjer, vars barn drabbats av anorexi. De tyckte sig se mönster i familjernas samspel, som de ansåg vara typiska för familjer i ett sådant läge:

1. otydliga gränser mellan familjemedlemmarna – ett *insnärjt* familjemönster
2. familjen beskyddar varandra mot konfrontation med omvärlden – *överbeskyddande*
3. det finns en dold konflikt mellan föräldrarna som det anorektiska barnet drar uppmärksamheten ifrån – *dold föräldrakonflikt*
4. familjens medlemmar har svårt att anpassa sig till nya situationer – en *rigid* familj
5. familjen har problem med att lösa och hantera konflikter – *konfliktundvikande*

Insnärjdhet syftar på att familjens ömsesidiga påverkan blir allt för stark. Den kan få konsekvenser på alla nivåer; familj, subsystem⁶ och individ. I en insnärjd familj kan förändring hos en familjemedlem, eller förändringen i relationen mellan två medlemmar, påverka hela systemet. Detta kan i sin tur medföra att direkt kommunikation inom familjen blir blockerad. Gränserna inom en insnärjd familj kan vara svåra att skilja på, svaga och lätta att överskrida. Korsas gränserna kan det innebära att ett barn agerar föräldraskap mot syskon eller föräldrar, alternativt kan barnet påverkas att välja sida mot sin ena förälder.

På individnivå kan den personliga utvecklingen vara fattig om man lever i ett insnärjt familjesystem. Gränserna som definierar en individuell självständighet är så svaga att den personliga utvecklingen hindras. *Överbeskyddande* hos en psykosomatisk familj visas genom att man skyddar resten av familjen mot omvärlden, det erbjuds hela tiden omvårdnad och beskydd. Familjen är också mycket känslig för bekymmer och konflikter. Genom att skydda barnet, dels från omvärlden men också från alla bekymmer och konflikter, kan föräldrarna komma att hämma barnets personliga utveckling, kompetens och intresse utanför familjen. Barnen däremot, framförallt det psykosomatiskt sjuka barnet, kan känna ett ansvar för att skydda sin familj. För det barnet kan upplevelsen av att kunna skydda sin familj genom att använda sig av sin anorexi, bli en förstärkning. Familjen blir ofta mer harmonisk och balanserad då fokuseringen läggs på det sjuka barnet istället för på möjliga *föräldrakonflikter*. *Rigida* familjer har svårt att anpassa sig till nya situationer vilket gör att de binder upp sig på att alltid behålla sin situation oförändrad. I perioder då utveckling är nödvändig eller när extrema händelser hotar, upplever de stora svårigheter. En rigid familj är sårbar för yttre omständigheter som kan komma att påverka balansen. Det rigida och överbeskyddande beteendet, kombinerat med ett instängt familjemönster, kan medföra att familjen blir *konfliktundvikande*. De får svårigheter att hantera och lösa problemen, som istället lämnas olösta och bildar en ond cirkel av indirekt kommunikation (Minuchin, Rosman & Baker, 1979).

Familjen anses vara grunden för identitetsskapande. Det anorektiska barnet kan växa upp i en familj med insnärjda mönster där gränserna mellan familjemedlemmarna är otydliga. Dessutom är barnet ofta överbeskyddat gentemot omvärlden. Föräldrarnas omtänksamhet uttrycks ofta i uppmärksamhet över barnet, som tenderar att bli för mycket. När barnet erfar att föräldrarna fokuserar på och kontrollerar dess handlingar allt för mycket, kan det reagera med att bli hämmad i sitt eget agerande och utvecklande. Barnet kan genom detta komma att utveckla perfektionism, och bli extremt medveten om sig själv och väldigt uppmärksam på andra människors signaler. I psykosomatiska familjer är gränserna, som avskärmar familjen från omvärlden, väl avgränsade och starka. Gränserna inom familjen är dock ofta diffusa och svaga (Minuchin m.fl., 1979).

⁶ Subsystem betyder mindre system inom familjen, exempelvis mor-dotter, syster-bror.

Historiskt sett har den dysfunktionella familjen varit i fokus för utvecklingen av anorexia nervosa. Jacobi m.fl. skriver om senare undersökningar som visar att anorektiska patienter beskriver olika aspekter av familjestrukturen. En grupp anorexipatienter som jämfördes med en kontrollgrupp, hade inga signifikanta skillnader under barndomen. Bevis för att familjeförhållanden kan vara orsaker till ätstörningen har dock inte verifierats⁷, därför kan de inte klassas som ensam riskfaktor utan kan endast ses i förhållande till andra faktorer (Jacobi, de Zwaan, Hayward, Kraemer & Agras, 2004).

Familjer med anorektiker uppfattar sina relationer som mindre engagerade och stödjande och mer isolerade än i familjer utan anorektiker. Vidare i artikeln framkommer att anorektiker och deras mödrar anser att familjen hade större problem med kommunikation och rollskapande än kontrollfamiljerna. I artikeln går också att läsa att mammor till anorektiker ofta beskrivs som överbeskyddande, oroliga och perfektionistiska medan pappor till desamma framställs vara känslomässigt begränsade, tillbakadragna och passiva. Anorektikern själv beskrivs som någon som har svårt att skiljas från sin familj och skapa en egen identitet. Dock gick det inte att hitta betydande skillnader mellan föräldrar till anorektiker och föräldrar till icke anorektiker (Strober & Humphrey, 1987).

3.3 Individuella faktorer

Låg självkänsla eller dålig självuppfattning har tagit en central roll vad det gäller bakgrundsfaktorer till anorexi. Jacobi m.fl. visar en undersökning där 24 studier inkluderades, varav 21 visade att anorektiska patienter hade lägre självkänsla och en mer negativ självbild, i jämförelse med kontrollgrupper. Dock menar författarna att även om självkänsla har utvärderats genom många studier med olika operationaliseringar, kan den inte ses som en specifik orsak till ätstörningen. Författarna skriver också att dålig självkänsla och självuppfattning inte är en riskfaktor för anorexi, däremot är det vanligt förekommande hos de drabbade (Jacobi m.fl., 2004).

Utifrån ett kliniskt synsätt är det välkänt att patienter med anorexi ofta visar ett rigtigt, stereotypt eller perfektionistiskt beteende. Det finns en osund perfektionism hos anorexidrabbade personer. Detta är vanligt förekommande, men kräver mer forskning för att kunna klassas som en riskfaktor (Jacobi m.fl., 2004).

I jämförelse med Jacobi m.fl. visar Wonderlich och hans medförfattare att perfektionism är en personlig riskfaktor för att utveckla, förvärra eller bibehålla en ätstörning i tonåren. Vidare menar författarna att förändringar i personligheten kan vara en konsekvens av ätstörningen i sig. Wonderlich m.fl. nämner att Strober har antagit att ett tvångsmässigt beteende kan indirekt, tillsammans med miljöpåverkan under tonårstiden, öka risken för att utveckla anorexi. Det är inte bara den drabbade som är ängslig och tvångsmässig i sitt beteende, hela familjen är karaktäriserat av perfektionism och konflikträdsla. Författarna menar att man hela tiden hittar ytterligare bevis för att personligheter är nära relaterade till anorexia nervosa och kan representera familjebaserade riskfaktorer. Samtidigt är det bevisat att vissa personliga variabler är en konsekvens av anorexi, medan andra kan influera förloppet av sjukdomen (Wonderlich m.fl., 2005).

I ett regeringsuppdrag om anorexi skrevs att sjukdomen har biologiska, psykologiska, sociala och kulturella komponenter, som kan finnas både på det individuella och samhälleliga planet.

⁷ Verifiera innebär att bestyrka riktigheten av påstående, att bekräfta, intyga.

I regeringsuppdraget går att läsa att det handlar om vem man är som person; medfödda fysiologiska förutsättningar, personlighetsdrag samt tidiga relationer till omvärlden. Utöver dessa komponenter spelar det samhälle vi lever i in, med dess värderingar och normer som styr och formar oss. Det har satts ihop en tänkbar orsakskedja som visar en möjlig väg mot anorexia nervosa:

1. En mottaglig individ

- Tidiga erfarenheter
- Familj
- Kamrater
- Att vara i tonåren
- Skola
- Kulturella och sociala budskap

} en känslig person

2. En osäker identitet

- Låg självkänsla
- ”snäll”, tyst och ”duktig”
- Tar hand om andra, åsidosätter egna behov, ”till lags”

} personlig

3. En besvärlig situation

- Utlösande faktorer; separation, ny miljö, nya krav osv.

} stress

4. Det kulturella budskapet

- Smal = vacker
- Beundrad
- ”någon”

} bantning

5. ”Utvägen”

- Anorexi

} fixering vid mat och vikt

Med denna modell vill de visa hur det kan vara för någon med känslig personlighet som påverkas av en osäker identitet samt en traumatisk eller jobbig händelse. Personen i fråga kan då fokusera kring maten och sin vikt för att bli ”någon” och känna att hon har kontroll över situationen (Folkhälsoinstitutet & Socialstyrelsen, 1993).

3.4 Vändpunkter

Vändpunkter framstår ofta som en avgränsad, dramatisk händelse i någons liv. Så behöver det dock inte vara då vägen ut ur problematiken sällan är mer synlig än de små förändringar i livet självt. Det är inte lätt att urskilja vilken händelse som leder fram till en vändpunkt. Förändring är resultatet av både inre och yttre problemlösningar och interaktionen dem emellan. Den sker oftast i relation till någon eller något, i allmänhet också tillsammans med någon. För att förstå förändringsprocesser är det viktigt att se människan som ett levande system och som en del av det sociala system som hon ständigt själv påverkar och påverkas av. När förändringar sker i en persons utveckling kan de på ett förenklat sätt ses som funktioner av eller i samband mellan egen beredskap och andras påverkningar. De händelser, som kallas vändpunkter, kan indelas i positiva och negativa, planerade och oplanerade. Händelser som till det yttre ses som negativa kan få positiv effekt beträffande exempelvis anorexin. Huruvida planerade

företeelser, av positiv eller negativ karaktär, blir till en vändpunkt eller inte beror på anorektikerns aktuella situation och samspelet med omgivningen. Bilden av vändpunkten, de avgörande händelserna, är subjektiv och beror på ur vilket perspektiv den ses och av vem. Den drabbade kan ha en annorlunda bild av viktiga faktorer till förändringen än vänner, anhöriga och behandlare (Melin & Näsholm, 1998).

En drabbad kan gå igenom olika faser under sin sjukdomstid. Förloppets faser kan innehålla brytpunkter som kallas för *eskalationspunkter* och *vändpunkter*. Med eskalationspunkt menas specifika situationer då exempelvis anorektikern upplever att deras problemutveckling går i negativ riktning. Eskalationspunkter kan ses som ögonblick i livet där anorexin och ångesten blir allt större. Det kan vara händelser som är relaterade till individens mående, exempelvis skilsmässa, sjukdomens effekt på anhöriga eller dödsfall i familjen. En anorektiker har stark viktfoxi och går på väldigt sträng diet, en eskalationspunkt kan då bidra till en ännu striktare diet eller att personen i fråga slutar äta helt (Johnsson, Laanemets & Svensson, 2000).

Vändpunkter fungerar också som hållpunkter då individen stannar upp och väljer en ny riktning i livet. En livshistoria kan innehålla flera vändpunkter och upplevelsen kan vara att man blir tvungen att ifrågasätta sin tidigare inställning, vanor och rutiner och kanske hela sin inställning till livet (Johnsson m.fl., 2000).

Nya relationer är ofta utgångspunkten för att man ska finna viljan att förändra sitt liv. En ny relation kan exempelvis vara en stabil behandlingskontakt eller en ny parrelation. Vidare menar författaren att vanor och rutiner medför en känsla av trygghet och ordning, oavsett hur situationen ser ut. Man väljer det man är van vid och som man tycker att man duger till och förtjänar. Dessa vanemönster medför att livsstilar etableras. Det är först när vanan och mönstret bryts som man ifrågasätter de sanningar man levt efter och dessa blir till uppenbara lögnar. Det är i denna stund, när rutinerna blir ohållbara och sanningarna inte längre är möjliga att leva efter, som viljan hitta en *ny livssituation* föds (Berghlund, 2000).

Om man i mötet med exempelvis en anorektiker bortser från diagnosen och ser till individen, kan personen i fråga se sig själv ur betraktarens ögon. Därmed får hon en bättre självkänedom och blir medveten om sina positiva sidor. Detta kan i sin tur gynna positiva förändringsprocesser och fokuseringen kan läggas på att hitta lösningsvägar istället för på sjukdomen (Berghlund, 2000).

Efter en tid, när alla valmöjligheter har övervägts, kommer individen till en tidpunkt då hon måste besluta om hon ska lämna sin livssituation/livsstil. Detta avgörande infaller ofta tillsammans med en vändpunkt i personens liv. En vändpunkt gör personen i fråga medveten om att gamla vanor och mönster inte längre är tillfredsställande. Individen hittar möjligheter, med vilka hon kan förändra sitt liv. I många fall är individen olycklig en lång tid innan hon ens vågar bryta sitt beteende. Hon kommer då till en tidpunkt när hon helt enkelt inser att hon inte kan fortsätta leva i sin nuvarande situation och väljer därför att förändra sitt liv (Fuchs-Ebaugh, 1988).

Två olika vändpunkter kan bidra till en förändring; *specifika händelser* och *”antingen/eller-alternativ”*. Specifika händelser är inträffanden som är betydelsefulla i sig, såsom dödsfall i en familj eller otrohet av sin partner. Den andra vändpunkten är *”antingen/eller-situationen”*, där valet man gör kan bidra till en förändring. Författaren beskriver att man kan komma till en punkt i livet då man inser att man antingen tar hjälp eller

dör av sjukdomen. Insikten kommer oftast i samband med en laddad händelse (Fuchs-Ebaugh, 1988).

3.5 Sammanfattning

Familjen är grunden för identitetsskapande (Minuchin m.fl., 1979). Dessa två faktorer är därmed nära besläktade och har stor betydelse för varandra, dels för ett insjuknande men kan också få betydelse för en vändpunkt. Används familjemönstren och de personliga egenskaperna på rätt sätt kan de hjälpa istället för att stjälpa.

3.6 Granskning av forskning

Minuchin m.fl. pratar om familjen som ett starkt system, som kan påverka ett insjuknande i anorexia nervosa. I dagens samhälle ser familjekonstruktionerna annorlunda ut mot tiden då Minuchin gjorde sin forskning. Hans forskning angående familjesystemen som en bidragande orsak kan därför vara relativt bräckliga idag. Med dåtidens kärnfamilj menade man mamma, pappa och barn, dagens kärnfamilj kan i princip se ut hur som helst. Familjegränserna är mindre tydliga, fler får ”nya” familjer i och med att skilsmässor ökar. Familjen är inte längre lika viktig, istället influeras ungdomar mer av samhället med media, skönhetsideal, kompisar och dess påtryckningar. Våra intervjupersoner är dock födda under 1970-talet, därför tyckte vi att Minuchins forskning var relevant i vår studie. Hans observationer har dessutom varit en viktig utgångspunkt för senare studier.

4. EMPIRI

I detta kapitel presenteras resultaten från våra intervjuer. Vi har delat in kapitlet i de fem olika block vi utgått ifrån (Skott, 2004) Vi har kortfattat berättat vad vi fick som svar på våra viktigaste frågor utifrån syftet. Först följer en kort beskrivning av kvinnorna.

4.1 De fyra kvinnorna

Karin är i 30-års åldern och har just fått sitt första barn. Hon har ett år kvar på universitetet. Hon bor tillsammans med sin sambo och deras barn. Karin insjuknade i anorexi vid 17-års ålder, men säger att det hade grott tidigare. Hon led av sin sjukdom i ca 7 år.

Anna är i 35-års åldern och läser till läkare på universitetet. Hon har varit gift tidigare, men är idag ensamstående. Anna fick diagnosen anorexi vid 29-års ålder, men beskriver att hon redan i högstadiet hade klar viktfoxi och ”tjockhetsångest”. Hon var riktigt dålig i ca 2-3 år men berättar om en diffus form av ätstörning som dessförinnan varade i ca 15 år.

Nathalie är i 30-års åldern och arbetar på en bank. Hon bor ensam men har ett fast förhållande. Nathalie insjuknade i anorexi vid 18-års ålder och hon led av sjukdomen i ca 10 år.

Jenny är i 25-års åldern och arbetar på en tidning. Hon är gift och lever tillsammans med sin man. Hon drabbades av ätstörningar vid 17-års ålder vilket övergick till anorexi vid 19-års ålder. Hon blev friskförklarad efter 4 år men känner själv att hon blev frisk efter 8 år.

4.2 Intervjublocken

4.2.1 Block 1 – bakgrundsinformation

De fyra kvinnorna är uppvuxna i olika delar av landet; Norrland, Stockholm, Småland och Skåne. Nathalie och Anna beskriver sin uppväxt som traditionell, Karin skildrar sin som jättebra med mycket kärlek, medan Jenny berättar att hon levt med skilda föräldrar, och att hon var lycklig hos sin mamma men mindre lycklig hos pappan.

Alla fyra kvinnor har vuxit upp tillsammans med syskon.

Jenny, Karin och Anna hade musik som ett stort intresse. Anna utövade också, liksom Nathalie, flera idrotter.

Tre av de intervjuade beskrev sig själva som blyga, tog inte mycket plats och hade svårt för att visa känslor. Jenny däremot såg sig själv som stark och självständig och tyckte om att synas och höras.

4.2.2 Block 2 – nutid

Alla fyra kvinnor ansåg att deras liv ser mer eller mindre bra ut idag. Alla beskrev sig själva som gladare, mer sociala och med bättre självkänsla än innan och under sjukdomstiden. Anna, Karin och Jenny berättade dock att de fortfarande arbetar med sig själva på ett eller annat sätt.

4.2.3 Block 3 – sjukdomstiden

Vi bad kvinnorna beskriva sig själva under sin sjukdomstid. Gemensamt för tre av våra intervjupersoner är att de upplevde sig som identitetslösa. Sådär skildrade de detta fenomen för oss:

Karin:

”Då var jag ingen, tyckte jag. Jag visste inte vem jag var, jag hade ingen identitet. Jag försökte verkligen skapa någonting och då var det verkligen det här, det klassiska har jag förstått nu, att sjukdomen, det var liksom jag.”

Anna:

”/.../det var rätt mycket kaos under den tiden, och jag visste väl inte riktigt vem jag var överhuvudtaget, för jag hade vissa delar som jag hängde upp mitt liv på som hade rasat, och då blev det ju så att jag skulle bygga upp nåt som skulle vara jag då.”

Jenny:

”Ingen alls. Eller rättare sagt, jag var en anorektiker. Och det är det man upplever, tycker jag, efter att man blev frisk att man var en anorektiker; man tappade hela sin personlighet, man tappade vem man var, man tappade allting annat som var viktigt och blev bara en anorektiker.”

Nathalie beskrev sig själv såhär:

”Jag var en väldigt, väldigt ledsen person. /.../ Men jag var väldigt väldigt duktig. /.../ Var väldigt duktig i skolan trots sjukdomen. /.../ Duktig, liten blyg person som inte ville synas.”

4.2.4 Block 4 – utvärdering

Då vårt syfte var att återspegla kvinnornas egna beskrivningar angående sitt insjuknande i anorexi, bad vi dem berätta om sina känslor och tankar kring detta. Följande upplevelser fick vi beskrivna för oss:

Anna:

”/.../ om jag kände att jag hade gjort fel eller om jag hade misslyckats, eller även om det inte var jag som hade gjort fel, så kände jag att det var mitt fel alltihop, och då svalt jag. /.../ detta blev ett sätt för mig att hantera känslor på, för det var så tydligt, att när det hände någonting så blev svälten ett verktyg på något vis. /.../ Varför det blev svälten från början är lite svårare att förstå, det är sånt som jag fortfarande försöker förstå.”

”/.../ nu var det en väldigt klar orsak till att det brast /.../ det var en kille där som var intresserad av mig /.../ Vi gifte oss sen då /.../ Sen kom han hem /.../ och deklarerade att han hade träffat en annan. Så det var egentligen då som allting rasade för mig.”

Jenny berättade:

”Orsaken upplever jag har varit dels mina föräldrars skilsmässa. Jag tog på mig väldigt mycket av den. Det att jag blev vuxen ganska snabbt när jag var liten gjorde att jag tappade min barndomstid. Det påverkade nog också. Att pappa hade extremt höga krav på mig gjorde att jag själv utvecklade höga krav vilket gjorde att anorexin och ätstörningarna kom in i mitt liv. Att jag har och är den typ

av personlighet som ofta drabbas, att jag ställer höga krav på mig själv och allt det där. Jag är envis. Men som den största orsaken ser jag den uppväxten jag hade, med de kraven och skilsmässan.”

De resterande två kvinnorna beskrev liknande upplevelser:

Nathalie:

”En stor del tror jag var just att jag var väldigt blyg, hade väldigt dåligt självförtroende. Väldigt lättpåverkad, så fort någon sa någonting om mina kläder eller mitt hår eller vad som helst så gick jag hem och var ledsen över det. Jag hade väldigt, väldigt dåligt självförtroende. Att det blev just en ätstörning, det vet jag faktiskt inte. /.../ att det blev någonting det kan jag förstå just för att jag var så känslig. Sen var det ju just bara en kommentar om mitt utseende, min kropp, som fick mig att sluta äta.”

Karin:

”/.../ så föraktade jag mig själv och tyckte att jag verkligen var värdelös. Jag hade inget självförtroende. /.../ jag tyckte att jag inte var lika bra som någon annan. Så när man då får höra att man är lite över sin viktkurva. Det var min gympalärare som sa nånting om att jag verkligen borde va med på gympan. Då kände jag att /.../ det kanske är att jag är tjock. /.../ det var kommentarer från skolan, sjuksyster och gympalärare. Jag vet att det började helt och hållet där när jag insåg /.../ att jag behövde tänka på när och hur jag åt och sjuksystemen sa att man skulle äta med visst mellanrum.”

Vidare sa Karin:

”Jag tror att det har mycket att göra med det här att jag inte kunde vara arg eller ledsen. Att jag vände det inåt istället och tyckte att det var helt fel att jag kände sådär starka känslor.”

Efter att vi fick höra kvinnornas beskrivningar av orsaksfaktorer bad vi dem redogöra för vad som blev vändpunkten. Vi fick fyra intressanta skildringar:

Karin:

”Dels att jag flyttade ifrån Stockholm, jag ville bara åka ifrån allt. /.../ hade jag precis varit inlagd några månader på ett behandlingshem /.../ då var man tvungen att bara vara helt plötsligt. /.../ vändpunkten kom då, att bara koppla bort allting. Att hinna känna efter vad man verkligen kände. /.../ så träffade jag en kille som bodde långt härifrån och så flyttade jag ner till honom. Och så bodde jag där ett halvår och då tillät jag mig att bara vara, jag tillät mig att gå upp i vikt. /.../ Och sen började jag på komvux /.../ Då flyttade jag hem. Då hade jag gjort slut med honom och insåg att nu måste jag lära mig att stå på egna ben. /.../ Det var jättekul och jag insåg att jag var en egen individ och att jag kunde göra saker själv och det gick bra /.../ Ja, det var väl det som var vändpunkten.”

Anna:

”Det var ju helt klart kontakten med kuratorn. Hon är en stabil person som liksom på nåt vis lärde mig att man kan lita på nån, att man kan prata om saker och att nån kan tycka om en för den personen man är, även om det kan vara svårt att fatta. /.../ Det var första gången jag kände att jag hade en trygghetspunkt, så hon känns jätteviktig för mig fortfarande, även om det var tre år sedan vi avslutade. Så att det tror jag var en viktig vändpunkt för mig /.../”

Nathalie:

”/.../ jag blev väldigt, väldigt deprimerad, vilket ledde till att jag försökte ta livet av mig. Jag vet att när jag vaknade upp på sjukhuset då och min familj stod runt omkring mig, det var första gången jag bad om hjälp. Så, det var väl vändpunkten, jag hade verkligen inte bett om hjälp innan. Jag ville bara bli lämnad ensam och sådär, men... Jag minns, det var en natt, den natten faktiskt, då insåg jag att nu vill jag inte leva med den här sjukdomen längre utan nu vill jag bli frisk. Jag försökte ta livet av mig när alla var runt omkring mig så det var väl ett rop på hjälp, inget allvarligt försök. Men det är jättestarkt såklart. Just att jag vågade be om hjälp första gången.”

Jenny:

”Man kan säga att jag hade flera vändpunkter. Dels en vändpunkt när jag erkände för min mamma, att jag har problem. /.../ det var en vändpunkt för i det läget började jag ta emot hjälp av kuratorer och psykologer. De kunde dock inte hjälpa mig. Då bodde jag i en mindre stad och där hade man inte så utvecklad ätstörningsvård, så det kom en till vändpunkt när jag flyttade till en större stad och bodde själv. Då började jag äta ännu mindre, gick ner ännu mer. Min mamma fick reda på det här /.../ och åkte upp till mig och tvingade in mig på sjukhuset i staden. Det blev nog den största vändpunkten, när jag kände att de såg mig och föreståndarinnan där avbröt sin lunch och tog in mig och satte mig på akut väntelista. Då kände jag att jag blev trodd, folk såg mig och insåg att jag hade problem och att det var allvarligt. Och det blev nog en ganska stor vändpunkt för då hittade jag motivationen att själv försöka bli frisk.”

När vi frågade kvinnorna hur de upplevde sig själva under vändpunktsprocessen, fick vi liknande svar som vid frågan om vilka de var under sjukdomstiden. Två kvinnor beskrev dock att det gick i perioder, från att vara jättejobbigt till att bli mer intressant. Följande exempel fick vi av Nathalie:

”Från början var det ju en superkamp. Jag ville verkligen bli frisk men jag ville ju inte gå upp i vikt. /.../ jag grät /.../ Men sen när kilona kom och hjärnan fungerade och kroppen mådde bättre, då brydde jag mig inte lika mycket om det. /.../ det var en jättekamp med vikten i början, med det gick över, ganska fort. Sen blev det mer att jag blev ledsen över att ha slängt bort så många år av mitt liv på sjukdomen och den menlösa kampen mot kilona. Så kom jag in i en sån period. Men sen de här två åren när jag gick hos den här helt fantastiska psykologen, då var det mer intressant, jag såg mig själv utifrån /.../ Så det gick i perioder från att vara fruktansvärt jobbigt till att bli mer intressant.”

Efter att vi fick svar på erfarenheter kring orsaksfaktorer och vändpunktsprocesser, ville vi givetvis veta hur anorexin påverkat kvinnorna och deras liv. Alla känner att sjukdomen har påverkat dem mycket och att de har fått större självkänedom. Dessutom fick vi dessa uttalanden:

Karin:

”Man är inte offer för omständigheterna utan man gör sina egna val. Det har jag verkligen lärt mig, det är så som jag lever. Det är det som har påverkat mig. /.../ just att jag är så himla tacksam för att jag lever och att jag... nu blir jag lite såhär tårig, men det är så härligt liksom att jag... Usch, nu blir det såhär... åh, jobbigt! Men alltså jag är verkligen det, jag är så himla tacksam. Jag är inte ledsen över att jag vart sjuk utan jag är... mer tacksam över att jag fått gå igenom det så att jag kan njuta av livet fullt ut istället för att bara stressa omkring /.../”

Anna:

”Jag har en förståelse på ett annat sätt hur det är att må dåligt. Man ser på en person, eftersom man levt i det och eftersom man vet så mycket om det. /.../ Jag ser beteenden och så. /.../ man ser grejer på ett annat sätt. /.../ Så jag känner ju att det har kommit mycket positivt ur det. Om den här krisen inte hade drabbat mig så hade jag kanske inte blivit tvingad att ta tag i det på det sättet. /.../ Jag vet

inte, jag har lärt mig jättemycket, så på det viset skulle jag inte vilja vara utan det. Fast det är klart att det skulle vara trevligt om det fanns nåt lättare sätt *skratt*.”

Nathalie:

”Hela resan har ju varit fruktansvärd såklart, men jag har ju ändå lärt mig jättemycket av det /.../ Plus att jag har gått från att vara den här lilla blyga tjejen till att våga ta plats och mitt självförtroende har vuxit under de här åren av terapi, och jag är en helt annan människa, och det får man väl ändå tacka sjukdomen för. Eller behandlingen kanske. Men jag har verkligen lärt mig att utseendet inte spelar någon roll. Hur klyschigt det än låter. Jag skulle aldrig utsätta mig för något sådant här igen./.../ Jag har blivit en trevligare och gladare människa tror jag. Det är svårt att veta vem man skulle ha blivit annars, men jag kan inte tänka mig att jag skulle ha blivit såhär. ”

Jenny:

”Det har påverkat mig totalt. Hade jag inte gått igenom det jag har gått igenom hade jag inte vart den människan jag är idag. Även om jag inte känner mig extremt hel idag, så är jag ändå väldigt stark. Jag är väldigt medveten. Jag känner att jag har en erfarenhet som folk som inte har gått igenom det kan förstå. /.../ Jag har ett extremt behov och känner det som ett uppdrag jag har att hjälpa andra. Det är också en väldigt stor del av den jag är. /.../ Jag har gått igenom det här för att jag ska göra nånting med det. Jag kan inte gå igenom något så meningslöst och sen inte hjälpa folk, göra nånting med det. Sen har jag växt som människa tycker jag.”

4.2.5 Block 5 – framtidsperspektiv

Då vi ville ha de intervjuades livsberättelser frågade vi också om framtiden. Alla fyra sa att de ser ljusst på framtiden även om vissa ibland känner att det är jobbigt. Ett exempel från Anna:

”Det handlar mer om att komma i balans med sig själv och sin tillvaro liksom. Så jag har mycket framtidstro på det viset, även om det känns jobbigt ibland.”

Generellt sa kvinnorna att de aldrig kommer tillåta sig själva att bli sjuka igen. De känner att de har vuxit och blivit starkare individer som numer tror på sig själva. Tre kvinnor beskrev det såhär:

Karin:

”Men jag kommer i alla fall inte ha sjukdomen hängandes över mig. Absolut inte, aldrig mer. Vi har gjort upp... *skratt*”

Jenny:

”Jag är frisk. Så frisk som jag kan va. Jag brukar kalla mig själv för frisk anorektiker, och det kommer jag nog göra hela mitt liv.”

Nathalie:

”Jag tror på en bra framtid. Som jag sa, jag är helt säker på att jag själv aldrig skulle bli sjuk igen, det är jag inte det minsta orolig för.”

5. TOLKNING AV INTERVJUER

I detta kapitel kommer vi att tolka resultaten i empirin i jämförelse med den forskning som valts ut för denna studie.

5.1 Inledning

Vårt syfte är att återspegla kvinnornas beskrivningar av sina erfarenheter kring insjuknandet i anorexia nervosa samt vändpunkter. Då identiteten till stor del skapas av familjen tolkar vi berättelserna utifrån familjeförhållanden och individuella faktorer som bidragande orsaker för insjuknandet. De familje- och individuella faktorer som kan vara en bidragande orsak för insjuknande kan också komma att gynna en vändpunktsprocess, om de omvandlas och används i positiv riktning.

5.2 Tolkning av insjuknande utifrån familjeförhållanden

5.2.1 Familjeförhållanden

Oavsett om forskning verifierar eller falsifierar⁸ familjefaktorer som en riskfaktor för anorexia nervosa, så ansåg två av våra intervjupersoner att deras familjeförhållanden har varit en bidragande orsak till deras insjuknande:

Anna sa:

”/.../ säkert har ju familjeförhållanden påverkat, men jag kan inte riktigt säga hur.”

Jenny sa:

”/.../ som den största orsaken ser jag den uppväxten jag hade, med de kraven och skilsmässan”

Karin funderade över om familjefaktorer var en bidragande orsak även i hennes fall:

”Jag tror att det var hur många orsaker som helst. Mamma var modell under hela min uppväxt och mannekäng /.../ så hon bantade alltid. Det här med att skönhetsidealet fanns med jättestarkt. Skulle man vara snygg och få uppmärksamhet, då skulle man banta. Det fanns med mig i ryggsäcken /.../ jag tänkte att för att utifrån sett få någonting, då skulle man vara smal och snygg. Dels det och sen så fick min pappa diabetes i samma veva, och då började vi köpa hem lightprodukter.”

5.2.2 Ett insnärjt familjemönster

Familjen är grunden för identitetsskapande. De menar att familjens egenskaper inte ensamma kan utlösa psykosomatiska symtom men generella mönster i familjeprocesser kan bidra till somatiska reaktioner. De fem egenskaperna som tillsammans kan bidra till insjuknande är insnärjdhet, överbeskyddande, rigiditet, dold föräldrakonflikt och svårigheter att lösa konflikter (Minuchin m.fl. 1979).

I en av berättelserna vi fick ta del av, beskrev Jenny hur hennes föräldrars skilsmässa präglade hennes uppväxt. Hon berättade att hon var väldigt lycklig hos sin mamma men mindre lycklig hos sin pappa, som hon bodde tillsammans med varannan helg.

⁸ Falsifiera innebär att bevisa den fullständiga felaktigheten i en hypotes.

Vidare berättade Jenny att hon var social som person men hade inte mycket kompisar på fritiden:

”Jag och mamma umgicks väldigt mycket. Hon var min bästa vän. Det var henne jag pratade med om allting, det var henne jag umgicks med. Och i och med att jag tog ett ganska så stort ansvar i hemmet så blev det hon och jag.”

I en insnärjd familj kan förändringen i relationen mellan två medlemmar påverka hela systemet (Minuchin m.fl., 1979). Vi har inga belägg för att familjen levde i ett insnärjt mönster före separationen men med hänsyn till ovanstående citat tolkar vi att mor och dotter levde i ett relativt insnärjt system efter brytningen. I och med detta kan vi bara anta att de var vana vid ett sådant sätt att leva, sedan tiden de då levde tillsammans med pappan. Enligt Minuchin skulle då separationen mellan Jennys föräldrar ha påverkat hela familjesystemet.

Vidare beskrev Jenny att hon tidigt efter skilsmässan tog ett stort ansvar för sin lillebror:

”Jag blev en mamma när jag var tre år, kan man säga. Eller åtminstone så tog jag det ansvaret automatiskt.”

Minuchin hade sagt att då familjen levde i ett insnärjt familjemönster förhindrades intervjupersonens individuella utveckling. Han menar att när subgränser korsas kan de lätt överskridas. Barnen kan i och med detta agera förälder mot syskon (Minuchin m.fl., 1979).

5.2.3 Ett överbeskyddande familjemönster

Vi fick höra hur Karin beskrev sin uppväxt:

”Det var inget dystert, allt var väldigt glatt. Jag visste knappt om att det fanns krig i världen, det var väldigt överbeskyddat.”

Det överbeskyddande beteendet hos en familj visas genom omtänksamheten för varandra. Familjen kan dock bli känslig för bekymmer och konflikter vilket hämmar barnens personliga utveckling (Minuchin m.fl., 1979).

Karin fortsatte:

”Jag var /.../ aldrig arg. Jag var aldrig ledsen öppet. /.../ om jag blev ledsen så gick jag undan eller trängde bort det. Jag hade väldigt svårt för att visa känslor. /.../ det gjorde man bara inte. Eller jag var uppvuxen så /.../”

Karin berättade dock att man absolut kunde visa lycka och glädje, men inga negativa känslor. Det tyder vi som att familjen var känslig för bekymmer och konflikter, vilket hämmade intervjupersonens emotionella uttryckssätt.

5.2.4 Ett rigitt familjesystem

Anna sa:

”Jag har bott i en kärnfamilj kan man väl säga, förutom en period då mamma flyttade, det var rätt mycket bråk och sådär. Men de skilde sig aldrig så det har ändå varit ganska bra.”

Enligt vår tolkning hade Minuchin sett detta som en rigid familj. Han hade pekat på hur familjen har svårt att anpassa sig till nya mönster, i detta fall när mamman flyttade, och istället binder upp sig på att upprätthålla sitt tillstånd. Det slutade här med att föräldrarna

aldrig skilde sig, trots turbulenta förhållanden. Minuchin menar att då en extern händelse hotar balansen kan en rigid familj bli sårbar och få svårt att handskas med det. Om familjen samtidigt har ett instängt familjemönster kan de få besvär med att lösa konflikter. Som ett resultat av detta lämnas problem olösta och bildar en ond cirkel av indirekt kommunikation (Minuchin m.fl. 1979).

Anna fortsatte sin berättelse med att beskriva hur uppväxten var turbulent och otrygg. Det fanns inte så många vuxna att prata med.

”Även om jag levde i en kärnfamilj så var det ändå ganska otryggt. Pappa hade svårt att kontrollera sin ilska, och det var våldsamt så man var rädd och så. /.../ så var jag på ett vis väldigt otrygg innerst inne tror jag. /.../ Kanske om jag hade haft någon som jag hade kunnat prata med, som hade frågat mig vad jag kände, hade nog varit bra.”

Vi tolkar Annas beskrivning, att det inte fanns så många vuxna i närheten, som att de levde i ett relativt instängt familjemönster. Att pappan hade problem med att kontrollera sin ilska ser vi som en svårighet i att lösa konflikter. Detta medför att problemen i familjen lämnades olösta varpå kommunikationen i familjen blev lidande.

5.2.5 Familjen som identitetsskapare

Det finns ett samband mellan föräldrars överdrivna fokusering på barnet, såväl som dess handlingar, och att barnet hämmas i sitt eget agerande. I sin tur leder detta ofta till att perfektionism utvecklas. Hon blir därmed extremt medveten om sig själv och andra människors signaler (Minuchin m.fl. 1979).

”Jag kände att jag hade höga krav på mig jämt. Åtminstone från pappas sida. Det gjorde att jag blev högpresterande, jag skulle prestera nånting, visa för mig själv, jag skulle vara duktig i skolan. Jag skulle vara duktig på det mesta. Och var jag inte det så mårde jag ganska dåligt.”

Jenny, som gav oss denna beskrivning, utvecklade en personlighet som alltid ville vara bäst och måste prestera. Vi tolkar detta som ett perfektionistiskt beteende som vi, i likhet med Minuchin, sätter samman med pappans krav.

5.3 Tolkning av insjuknande utifrån individuella faktorer

5.3.1 Negativ syn på sig själv

Låg självkänsla och dålig självuppfattning är vanligt förekommande hos drabbade av anorexia nervosa (Jacobi m.fl. 2004). Två av våra intervjuade beskriver sig såhär:

Karin:

”/.../ jag tyckte att jag var dålig på allt. Jag tyckte att det är alltid någon som är bättre än mig. Jag föraktade mig själv så himla mycket /.../”

Nathalie:

”Jag hade väldigt, väldigt dåligt självförtroende. /.../ jag var så svag som person. Hade verkligen ingen motståndskraft. /.../ jag sög åt mig allt, allt elakt, alla pikar och sådär, det bara lagrades inuti.”

Det dåliga självförtroendet är dock inte en riskfaktor för anorexi (Jacobi m.fl., 2004). Likväl beskrev ovanstående två kvinnor att de upplevde just detta vara en bidragande orsak till sitt insjuknande:

Karin:

”Det började med det dåliga självförtroendet, på lågstadiet. Jag tror att det började redan på dagis, jag tyckte att jag inte var lika bra som någon annan.”

Nathalie:

”En stor del tror jag var just att jag var väldigt blyg, hade väldigt dåligt självförtroende. Väldigt lättpåverkad, så fort någon sa någonting om mina kläder eller mitt hår eller vad som helst så gick jag hem och var ledsen över det. /.../ Sen var det ju just bara en kommentar om mitt utseende, min kropp, som fick mig att sluta äta.”

I motsats till forskningen och dessa citat, sa Jenny följande:

”Jag var stark, hade jättebra självförtroende. Jag syntes ganska mycket, tror jag. Syntes och hördes. Inte på ett dåligt sätt men jag tyckte om att andra såg mig, tyckte om att bli bekräftad. /.../ Jag ville att folk skulle se mig och jag ville höras.”

Anna beskrev sig själv:

”Som liten var jag snäll, intresserad och ville vara till lags. Det kändes hemskt om jag gjorde fel.”

Detta tolkar vi som en form av dålig självkänsla och osäkerhet på sig själv.

Hon fortsatte:

”/.../ jag var /.../ kanske förhållandevis ganska självsäker när det gällde att skapa resultat, men egentligen så var jag nog rätt osäker”

Anna medgav att hon nog egentligen var osäker trots ett förhållandevis starkt självförtroende. Jenny, som beskrev sig själv som stark med ett jättebra självförtroende, nämnde aldrig någon osäkerhet hos sig själv under intervjun. När vi efter intervjuns slut pratade om varför någon med så bra självförtroende blivit drabbad av anorexia nervosa, framkom dock att hon själv funderat över om detta självförtroende var falskt.

5.3.2 Perfektionism

Det är välkänt att det finns en osund perfektionism hos anorexidrabbade personer (Jacobi m.fl., 2004). Ingen av våra intervjupersoner nämnde ordet perfektionism i samband med sin personlighet, dock kan vi se vissa tendenser till ett perfektionistiskt beteende:

Karin:

”/.../ jag kände hela tiden att om jag skulle göra nånting så ville jag göra 100 %, eller 200 %, jag ville vara bäst på alla grejer som jag skulle ta mig för. Annars var det ingen idé.”
”Jag var väldigt fixerad vid mig själv och hur jag såg ut.”

Anna:

”/.../ så var jag nog väldigt prestationsberoende/.../”

”Fick jag inte MVG på ett prov så kunde jag sitta i ett hörn på toaletten och var förtvivlad.”

Nathalie:

”/.../ hemma var jag den ordningsamma, duktiga tjejen /.../”

”/.../ jag var väldigt väldigt duktig. Jag pluggade på universitet när jag var sjuk och sådär. Var väldigt duktig i skolan trots sjukdomen.”

Jenny:

”/.../ jag skulle prestera nånting, visa för mig själv, jag skulle vara duktig i skolan. Jag skulle vara duktig på det mesta. Och var jag inte det så mådde jag ganska dåligt.”

Dålig självmedvetenhet och perfektionism är personliga riskfaktorer för att utveckla, förvärva eller bibehålla en ätstörning i tonåren (Wonderlich m.fl., 2005). Då alla de kvinnor vi intervjuat insjuknat under tonåren eller senare kan vi till viss del, genom att ha belyst kvinnornas dåliga självförtroende och perfektionistiska beteende, styrka denna forskning. Endast Nathalie och Karin sa att dålig självkänsla var en bidragande orsak till deras insjuknande, Jenny sa att det i stort berodde på hennes höga krav på sig själv. Alla fyra har dock mer eller mindre haft dessa personliga variabler.

Vidare skriver författarna att vissa personliga variabler är en konsekvens av ätstörningen, inte en utlösande faktor (Wonderlich m.fl., 2005). Detta visar vi genom följande citat av Nathalie:

”/.../ jag blev väldigt deprimerad i slutet.”

Även Karin beskrev att hon blev sorgsen och deprimerad av sjukdomen.

5.3.3 Folkhälsoinstitutet och socialstyrelsens orsakskedja

Orsakskedjan beskriver hur exempelvis tidigare erfarenheter, familj och kulturella budskap skapar en känslig person. Personen i fråga blir ofta osäker, snäll och vill vara till lags. För många finns en utlösande faktor, exempelvis en separation, nya krav osv. som leder till att man blir stressad och mister kontrollen. För att åter bli någon som man kan stå för och känna att man kan kontrollera något börjar man banta. Man blir fixerad vid mat och vikt, anorexin blir ”utvägen” ur allt det jobbiga (Folkhälsoinstitutet & Socialstyrelsen, 1993). Vi kan särskilt se denna orsakskedja hos Karin. Hon berättade tidigare under intervjun att hon växte upp i en överbeskyddad familj där man inte visade negativa känslor öppet. Hon berättade att hon hade dåligt självförtroende och alltid väldigt snäll. Den utlösande faktorn blev en kommentar från skolsyster och gympalärare. Hon fortsatte:

”Mamma var modell under hela min uppväxt och mannekäng och allt var det var, så hon bantade alltid. Det här med att skönhetsidealet fanns med jättestarkt. Skulle man vara snygg och få uppmärksamhet, då skulle man banta. /.../ det var då jag tänkte att för att utifrån få någonting, då skulle man vara smal och snygg.”

Vi kan följa Karin genom hela orsakskedjan, för att bemästra situationen blev anorexin hennes utväg. Även hos andra kvinnor kan vi tyda delar av orsakskedjan, men inte så tydligt som här.

5.4 Tolkning av vändpunkter för tillfrisknandet

5.4.1 Eskalationspunkt

Sjukdomsförloppets faser kan innehålla eskalationspunkter (Johnsson m.fl., 2000). Detta såg vi tydligt i Annas beskrivning:

”Jag hade en väldigt lång period som man egentligen inte kan klassificera som anorexi som jag kan se nu i efterhand, utan snarare i så fall UNS eller något sådant. /.../ Så höll det på, jag tränade mycket och åt väldigt lite. Sen kom han hem och deklarerade att han hade träffat en annan. Så det var egentligen då som allting rasade för mig. Jag ville inte äta överhuvudtaget.”

Vi ser tydligt hur Annas UNS utvecklades till anorexi i och med krisen.

5.4.2 Ny relation

Exempel på utgångspunkter för att man ska finna viljan att förändra sitt liv kan vara en stabil behandlingskontakt eller en ny parrelation (Berglund, 2000). Två av de intervjuade beskrev sina vändpunkter såhär:

Anna:

”Det var ju helt klart kontakten med kuratorn. Hon är en stabil person som liksom på nåt vis lärde mig att man kan lita på nån, att man kan prata om saker och att nån kan tycka om en för den personen man är, även om det kan vara svårt att fatta.”

Jenny:

”Min mamma /.../ tvingade in mig på sjukhuset i staden. Det blev nog den största vändpunkten, när jag kände att de såg mig och föreståndarinnan där avbröt sin lunch och tog in mig och satte mig på akut väntelista. Då kände jag att jag blev trodd, folk såg mig och insåg att jag hade problem och att det var allvarligt. Och det blev nog en ganska stor vändpunkt för då hittade jag motivationen att själv försöka bli frisk.”

Karin berättade att hon efter en tid på behandlingshem träffade en kille och flyttade till honom. Då tillät hon sig själv att bara vara och att bli mer lik sitt gamla jag igen. Vi tolkar detta som att tryggheten i den nya relationen bidrog till vändpunktsprocessen.

5.4.3 Ny livssituation

När livssituationen blir ohållbar och inte längre är möjlig att leva efter, kan viljan att förändra sitt liv födas (Berglund, 2000). Detta kan vi se utifrån Nathalies beskrivning:

”Ja, jag blev väldigt deprimerad i slutet. /.../ vilket ledde till att jag försökte ta livet av mig. Jag vet att när jag vaknade upp på sjukhuset då och min familj stod runt omkring mig, det var första gången jag bad om hjälp. Så, det var väl vändpunkten, jag hade verkligen inte bett om hjälp innan. Jag ville bara bli lämnad ensam och sådär /.../”

I likhet med Berglund ser vi det som att hennes livssituation blev ohållbar men hon visste inte hur hon skulle kunna be om hjälp för att förändra sitt liv, därav detta drastiska handlande. Hennes självmordsförsök blev ett rop på hjälp:

”Jag försökte ta livet av mig när alla var runt omkring mig så det var väl ett rop på hjälp, inget allvarligt försök.”

Ovanstående citat kan vi också sätta i samband med Fuchs-Ebaughs forskning, då hon säger att individen kan vara olycklig en lång tid innan hon kommer till den punkt då hon inser att hon måste förändra sitt liv (Fuchs-Ebaugh, 1988).

Vanor och rutiner medför en känsla av trygghet. Det är först när mönstret bryts och man inser de sanningar man levt efter, som man kan hitta viljan att förändra sitt liv (Berglund, 2000). Detta ser vi tendenser till i Jennys berättelse:

”Och i samma läge erkände jag min hunger för mig själv, och klarade inte av att motstå den. /.../ Jag hade vänner som brydde sig om mig och som ville att jag skulle bli frisk. Och det gjorde också att det blev extra viktigt för mig att bli frisk.”

5.4.4 *Bemötande*

Om man som utomstående bortser från diagnosen och ser till individen, kan personen i fråga få en ökad självkänedom. Fokuseringen läggs på att hitta lösningar istället för på problemet (Berglund, 2000). Detta beskrevs såhär av två av våra intervjuade:

Jenny:

”Det blev nog den största vändpunkten, när jag kände att de såg mig /.../”

Anna:

”Det var ju helt klart kontakten med kuratorn. Hon /.../ lärde mig /.../ att nån kan tycka om en för den personen man är /.../”

Vi tror att det var viktigt för våra kvinnor att de blev sedda som en person bakom sjukdomen. Detta för att bekräfta individen så att deras självkänsla förstärktes.

5.4.5 *Specifika händelser*

Specifika händelser kan bidra till en vändpunkt. Hon anser att händelsen i sig är betydelsefull och i och med den kan individen i fråga få viljan att förändra sitt liv (Fuchs-Ebaugh, 1988).

”Vändpunkten i min sjukdom /.../ att jag försökte ta livet av mig.”

Vi tror att för Nathalie, som gav oss denna beskrivning av sin vändpunkt, var självmordsförsöket ett resultat av tidigare ”antingen/eller-alternativ”. Vår tolkning är att hon första gången inte valde livet.

5.4.6 *”Antingen/eller-alternativ”*

Nathalie fortsatte sin beskrivning:

”/.../ när jag vaknade upp på sjukhuset /.../ då insåg jag att nu vill jag inte leva med den här sjukdomen längre utan nu vill jag bli frisk. /.../ Just att jag vågade be om hjälp första gången.”

Vi tror att hon då ställdes inför ytterligare ett ”antingen/eller-alternativ” vilket slutade med att hon vågade be om hjälp. Denna gången valde hon livet.

Även Karin gav oss också ett exempel på ”antingen/eller-alternativ”

”Första gången då fanns det inget alternativ, då kände jag att om jag inte får fortsätta vara smal då kan jag lika gärna ta livet av mig. /.../ Men sen vartefter så har det blivit att ja, men det kanske finns ett alternativ om jag fortsätter och sen har det blivit att det finns ett alternativ. Jag kan förändra själv också.”

Här tolkar vi citatet som att intervjupersonen gjorde ett val, antingen så gav hon upp eller så tog hon emot hjälp. Fuchs-Ebaugh menar att man kan komma till en punkt i livet då man inser att man antingen måste ta emot hjälp eller så får sjukdomen fortsätta att kontrollera livet (Fuchs-Ebaugh, 1988).

5.4.7. Familjens inverkan

På frågan vem som såg till att de fick hjälp svarade de:

Jenny:

”Mamma.”

Karin:

”/.../ mest mina föräldrar, speciellt mest min pappa /.../”

Nathalie:

”Det var mamma främst, men även min lillebror.”

I berättelserna ser vi hur familjemedlemmar spelade stor roll för en vändpunkt och för tillfrisknandet.

6. SAMMANFATTNING AV TOLKNINGEN

I denna del kommer vi att jämföra kvinnornas beskrivning av sina erfarenheter med den befintliga forskningen inom familjefaktorer, individuella faktorer samt vändpunkter. Vi har sammanställt tabeller som övergripande visar det resultat vi kom fram till.

6.1 Jämförelse mellan kvinnornas beskrivning och befintlig forskning

Vi vill återigen belysa att detta är vår tolkning utifrån kvinnornas beskrivning av sina erfarenheter.

Tabell 6.1.1: familjeförhållanden

| Familjefaktorer (Minuchin) | Karin | Jenny | Anna | Nathalie |
|----------------------------|-------|-------|------|----------|
| Insnärjdhed | | × | | |
| Överbeskyddande | × | | | |
| Dold föräldrakonflikt | | | | |
| Rigiditet | | | × | |
| Konfliktundvikande | | | × | |

Hos tre av de kvinnorna vi intervjuade kunde vi se någon form av de fem familjetyper som Minuchin menar är vanligt förekommande när en familjemedlem drabbas av anorexi. Hos Anna kunde vi till och med se tendenser till två av de beskrivna familjemönstren. I Nathalies beskrivning kunde vi inte se någonting som vi tycker tyder på att hon levde i en psykosomatisk familj, varför vi inte har lagt in henne i ovanstående tabell. Vi har inte kunnat se några tydliga kopplingar till en dold föräldrakonflikt.

Tabell 6.1.2: individuella faktorer

| Individuella faktorer | Karin | Jenny | Anna | Nathalie |
|---|-------|-------|------|----------|
| Låg självkänsla Dålig självuppfattning | × | | × | × |
| Osund perfektionism Tvångsmässigt beteende | × | × | × | × |

Vi kunde tydligt jämföra kvinnornas berättelser med forskningen om individuella faktorer. Alla de fyra kvinnor vi pratade med berättade om en osund perfektionism på ett eller annat sätt. Tre av fyra hade dålig självkänsla och ingen tro på sig själv under barndomen och sjukdomstiden.

Tabell 6.1.3: vändpunkter

| Vändpunkter | Karin | Jenny | Anna | Nathalie |
|---|-------|-------|------|----------|
| Ny relation(Berglund) | × | × | × | |
| Ny livssituation (Berglund) | × | | | |
| Specifik händelse (Fuchs-Ebaugh) | | | | × |
| ”Antingen/eller- alternativ” (Fuchs-Ebaugh) | × | | | × |

När det gällde vändpunkter var det svårt att bedöma vad som varit den avgörande händelsen eller upplevelsen för kvinnorna. Vi anser att Karin och Nathalie hade mer än en definitiv vändpunkt. Dock har vi sett att de flesta ansåg att en ny relation till någon var en betydande anledning till att de motiverades att ta sig ur anorexin.

7 DISKUSSION

Detta kapitel tar upp en sammanfattning av vår studie samt egna tankar och reflektioner kring kvinnornas berättelser, som dykt upp under arbetets gång.

7.1 Sammanfattande diskussion

Syftet med vår studie var att i möjligaste mån återspegla hur de i studien utvalda kvinnorna beskrev sina personliga erfarenheter kring sitt insjuknande i anorexia nervosa, utifrån familjefaktorer och individuella egenskaper. Vi ville också söka svar på vad de ansåg var vändpunkten för sitt tillfrisknande.

Mycket i den forskning angående familjefaktorer som vi tog fram kunde vi se tendenser till i våra fyra kvinnors beskrivningar. Mer eller mindre hade familjen en inverkan för dessa kvinnors insjuknande i anorexia nervosa.

Kvinnornas individuella faktorer var än lättare att applicera på forskningen, de gav en mer enhetlig bild av deras personligheter än vad de gjorde när det gällde familjeförhållanden. Alla beskrev en typ av perfektionism och de flesta en dålig självkänsla.

Vändpunkten berodde mycket på en viktig relation, precis som forskningen antyder, dock såg vi stora skillnader i hur relationen uppstod. Vi har genomgående sett att det viktigaste för att våra intervjuade fick en vändpunkt, var att de tillät sig själva att ta emot hjälp.

I sammanfattningen av resultatet har vi mer eller mindre kunnat se alla typer av familjemönster som Minuchin skriver om, en del var självklara medan andra mer var en tolkningsfråga. Dock var dessa familjetyper spridda över berättelserna. Detta tyder på att familjen har en inverkan, men vi kan inte se några tendenser till generella mönster som enligt Minuchin är vanligt förekommande i familjer där någon drabbats av anorexi.

När det gäller individuella egenskaper kunde vi emellertid se generella mönster. Vi har sett att tre av de intervjuade hade en svag tro på sig själva, alla fyra var till stor del perfektionister. Vi såg att en ny relation var överlägset avgörande för att våra kvinnor fick en vändpunkt. Hos Anna och Karin kunde vi se att det fanns mer än en avgörande vändpunkt. Detta förklarar vi med att det ibland kan behövas mer än en effekt för att man ska våga/vilja bli frisk.

Minuchin och hans medförfattare pratar om att ett barn som växer upp i ett överbeskyddat, rigitt, insnärjt eller konfliktundvikande hem löper stor risk att utveckla anorexi. Vi har sett hur Karin, som växte upp i en överbeskyddad familj, hade svårt att uttrycka och visa starka negativa känslor senare i livet. För henne var det inte naturligt att vara ledsen eller arg, hon hade fått lära sig att man inte "gjorde så". Vi tänker oss att detta spelade stor roll för hennes insjuknande i anorexi, känslor måste uttryckas och får man lära sig att inte visa starka känslor öppet hittar man egna vägar för att yttra dem.

Vi har också sett exempel på hur Annas rigida familj påverkade hennes insjuknande i anorexin. Vi kunde i berättelsen urskilja att Annas familj levde relativt insnärjt. Minuchin menar på att dessa faktorer i samspel kan ge en konfliktundvikande familj. Även här såg vi att kommunikationen blev lidande, och Annas sätt att visa sina känslor blev genom sin ätstörning.

Wonderlich m.fl. såväl som Jacobi och hans medarbetare menar att osund perfektionism kan vara en riskfaktor för utvecklandet av anorexi. Detta har vi sett hos alla av våra fyra intervjuade kvinnor. Alla satte upp höga krav på sig själva och ville prestera till 100 procent.

Vi har kunnat följa Karin i Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsens orsakskedja. Vi tänker att hon måste ha varit mottaglig för yttre påverkan då familjen, med dess överbeskydd, lade grunden för att hon utvecklades till en känslig och relativt osäker person. Hon hade dåligt självförtroende och hade svårt att visa sina känslor. När hon sedan fick kommentarer från skolan blev hon överdrivet medveten om mat och dess inverkan på kroppen. Då hennes mamma bantade under hela hennes uppväxt fanns det kulturella budskapet om skönhetsideal redan som en grund. Detta ledde till att anorexin blev en utväg, det blev hennes sätt att klara av situationen.

Berglund pratar om vikten av att se till individen bakom problemet, för att personen i fråga ska få en vändpunkt. Vi kan, på grund av kvinnornas berättelser, anta att det ligger stor sanning i detta. Anorexi är trots allt en sjukdom, inte en identitet. Blir man sedd som en anorektiker, så tror vi att det är svårare att ta sig ur sjukdomen - man förblir en anorektiker. Man behöver bli uppmuntrad att tro på sig själv och att man klarar sig utan sjukdomen, för att få mod och ork att bemästra den. Vi har sett detta i både Annas och Jennys berättelser, då de säger att deras behandlingskontakt, och bemötandet av denne, var avgörande.

Berglund pratar också om att en ny relation kan vara en väsentlig grund för tillfrisknandet. Alla utom Nathalie beskriver just en ny relation eller kontakt som var avgörande för att de skulle våga ta steget mot ett liv utan sjukdomen.

7.2 Egna reflektioner

7.2.1 Familjeförhållanden

Vi har funderat mycket över hur familjeförhållanden kan orsaka ett insjuknande i anorexi. Vi har sett att de självklart påverkar, men familjen kan inte vara den enda orsaken. Man måste samtidigt vara känslig som person och mottaglig för de påfrestningar man kan utsättas för. Vi håller med Minuchin om att identiteten formas av familjen, men i dagens samhälle är man dessutom så påverkad av andra faktorer, exempelvis media och kompisar. Familjen lägger grunden för en trygg bas, men i vissa fall är kvalitén på tryggheten sämre. Det kan vara en ”otrygg trygghet”. Familjen finns, men den ger inte alltid grunden man behöver för att utvecklas till en stark individ. Några av våra intervjupersoner beskrev en bra uppväxt, samtidigt som de tror att det var familjeförhållanden som bidrog till deras ätstörning. Vi antar att deras uppväxt till stor del varit en positiv upplevelse, men tydligen saknades någonting i den basala tryggheten. Frågan är vad som saknades? Var det brist på ömhet eller uppmärksamhet, eller handlade det om att det inte fanns någon vuxen som tog sig tid? Det intressanta är att se lojaliteten, ingen vill lägga skulden på sina föräldrar.

Jenny berättade att hennes föräldrar skildes när hon var tre år. Detta kom i mångt och mycket att prägla hennes uppväxt. Hon beskrev hur hennes pappa hade extremt höga krav på henne, vilket gjorde att hon utvecklade höga krav på sig själv. Hon sa själv att det var kraven som gjorde att anorexin kom in i hennes liv. Vi ser det som en självklarhet att man, med höga krav från en närstående, utvecklar mål för sig själv som är omöjliga att uppnå. Detta blir till slut ett ohållbart tillstånd, som alla människor hittar olika vägar ur. För Jenny blev anorexin slutligen lösningen. På så sätt fann hon sig själv i en situation som hon kunde kontrollera.

Tre av kvinnorna nämnde att de mer eller mindre blev påverkade av sin ena förälder, Jenny och Anna uppgav pappan, Karin mamman. I de fall då papporna nämndes som en bidragande orsak var han sträng och hård. Karins mamma bantade under hela hennes uppväxt. Detta fick

oss att fundera mycket över kvinnlig och manlig inverkan. Influerar könen insjuknandet olika, eller är det moderligt/faderligt inflytande som spelar roll? Vi ser det som att könen inte spelar någon egentlig roll, då alla tre drabbades av anorexi oberoende av vilket kön som berört. Vi tror dock att könet på den inverkan parten kan ha betydelse för vilken personlighet man får, innan såväl som under sjukdomsförloppet. Vi kan se skillnad i personligheten hos de drabbade, beroende på vem som varit den influerande föräldern. Karin, som blivit påverkad av sin mamma var återhållsam, snäll och försiktig. Anna och Jenny var mer bestämda, högrepresterande och kontrollerande.

Vi tror att föräldrarna har en stark påverkan då ett barn alltid ser upp till sina föräldrar och mer eller mindre vill efterlikna dem. Detta kan ske omedvetet.

7.2.2. Individuella faktorer

Karin, Jenny och Anna hade svårt att visa och uttrycka känslor. Detta har vi funderat mycket över, var kommer det ifrån? Är det en individuell egenskap eller utvecklas det genom familjen? Vi tänker att det i grunden är ett personligt drag men att familjen kan bidra till att förstärka eller försvaga detta. Växer man upp i en miljö där alla sorters känslor är ett vanligt inslag lär man sig att våga använda dem. Utifrån våra intervjuer har vi sett att man kan hämmas att visa sina känslor eller helt enkelt inte vågar uttrycka dem. Det beror helt på om känslor har uppmuntrats i familjen under uppväxtåren. Detta tror vi har en stor betydelse för utvecklandet av sjukdomen då känslor någon gång måste få levas ut. När man hela tiden lagrar känslor inuti kommer det slutligen att brista. Det får alltid konsekvenser förr eller senare, i dessa kvinnors fall blev det anorexin, som för dem blev ett uttryckssätt.

Vi har sett likheter i de intervjuades personligheter, under uppväxten. Dock skiljer sig en utav de kvinnor vi intervjuat från de andra tre. Den övergripande beskrivningen vi fick var att de hade en sämre självkänsla och att de inte tog så mycket plats utan gärna höll sig lite i bakgrunden. Jenny, däremot, berättar att hon hade ett starkt självförtroende. Hon tyckte om att stå i centrum för andras uppmärksamhet. Dock tror vi att alla fyra kvinnorna bar på en känsla av osäkerhet innerst inne och hade en relativt svag tro på sig själva. De sökte nog alla ett sätt att uttrycka och hantera denna osäkerhet, de fann bara olika alternativ för att klara av samma problem. Jenny, som beskrev ett starkt självförtroende, tror vi lade på en falsk fasad då hon ställdes inför situationer där hon tvingades att vara stark och ta ett stort ansvar. Även Jenny själv funderade över om det kunde vara så.

Då alla fyra kvinnorna hade ett relativt perfektionistiskt beteende innan sjukdomen bröt ut, kan vi dra slutsatsen att en osund perfektionism kan ha varit en riskfaktor för utvecklande och bibehållande av anorexin, när det gäller dessa fyra kvinnor. Vi anser att ett perfektionistiskt beteende kan innebära kontroll, över sin livssituation eller över sig själv. Kontrollbehovet kommer från en otrygghet i att man inte vet vem man är eller hur man ska hantera alla val och känslor som livet innehåller. Genom att lyssna till kvinnornas beskrivningar förstod vi att deras sätt att hantera livet blev att ta kontroll över maten. Självsvälten blev omedvetet utvägen.

Karin och Nathalie berättade att en kommentar var en bidragande orsak till deras insjuknande i anorexi. Kvinnorna sa att de var mottagliga för yttre anmärkningar, då de var så känsliga som personer. Vi tror inte att enbart en kommentar kan få någon att utveckla svältbeteendet, det måste ligga mer än dålig självkänsla bakom. Det måste vara något som gör att man blir så känslig. Man föds inte överkänslig, det är något man blir. Flickor/kvinnor är generellt sett

känsliga, men alla behöver inte drabbas av något. Det måste hända nåt på vägen för att känsligheten ska ta över och få individen att ta till ett så extremt beteende.

Tre av kvinnorna berättade hur sjukdomen blev deras identitet. Vi tyder i berättelserna att det är vanligt att anorektiker ser sig som just en anorektiker, med känslan av att utan sjukdomen är man ingen. Vi tror att det är därför som denna sjukdom är så svår att bli fri från. Man blir tvungen att börja om på nytt, man är ett oskrivet blad, då man inte är anorexin. Sjukdomen är en trygghet som man är rädd att lämna och rädslan blir för stark att övervinna.

Vi har också funderat över om den drabbades ålder vid insjuknandet kan påverka processen. Har det betydelse för vilken grad eller karaktär sjukdomen får? Eller har den kanske inverkan på hur länge man är sjuk? Våra intervjuade personer insjuknade i senare tonåren, vilket visar att de trots dåligt självförtroende var relativt starka som kunde ”hålla ut” längre. Vi menar även att åldern kan spela in när det gäller hur länge man är sjuk. Man kanske är mer mogen och har lättare att hitta motivationen när man är äldre? Vi tror också att man kan ha lättare för att inse att man är sjuk och behöver hjälp om man är lite äldre. Man har trots allt med sig mer i bagaget om man insjuknar när man är äldre. Man kan visserligen ha med sig mer negativa erfarenheter, men vi syftar på en mer personlighetsmässig mognad. Vi vet att anorexia nervosa är en tung sjukdom, som är svår att bli frisk från, men på något vis tror vi att utsikterna för att bli frisk är bättre ju senare i livet man insjuknar. Man har då en större medvetenhet om det liv man hade innan sjukdomen och därmed kan motivationen för att vilja hitta tillbaka dit vara större.

7.2.3 Vändpunkter

När vi var inne på motivationen kom vi också att fundera över hur viktig den var i vändpunktsprocessen. Några av de intervjuade beskrev hur en ny kontakt, antingen inom psykiatri eller en närstående person, blev den stora vändpunkten i deras sjukdom. De fick någon som såg dem och tog dem på allvar, någon att förlita sig på. Vi undrar om det var tillfället eller kontakten i sig som var mest betydande för tillfrisknandet. Hade vem som helst kunnat hjälpa dessa kvinnor, så länge tillfället var det rätta? Eller hade den viktiga personen kunnat göra skillnad, redan flera år tidigare? Vi tror att det är motivationen som styr. Det finns många personer som kan vara ”den rätte”, i grunden måste dock tillfället vara rätt och motivationen finnas.

Familjen har visat sig kunna vara dels en bidragande orsak till insjuknande men även en anledning och hjälp till en vändpunkt. Ett överbeskyddat familjesystem kan bli positivt för en vändpunkt om närheten och sammansvetsningen hålls på en lagom nivå. Vi tänker att man i en sådan familj är väldigt nära varandra och har man väl fått upp ögonen för problemet kan beskyddandet bli stödjande. Även de individuella egenskaper som visat sig vara förekommande hos alla våra intervjuade, såsom osund perfektionism och prestationsberoende, kan, om de används rätt, inverka i positiv riktning för en förändring. Har kvinnorna i fråga väl bestämt sig för någonting satsar de till 100 procent.

Vi anser, efter att ha hört kvinnornas berättelser, att en av de viktigaste faktorerna för att få en vändpunkt är viljan att skapa sig ett nytt liv. Att våga förändras. Givetvis behöver man en stöttepelare, vem detta blir är olika från person till person. För att tillåta sig att förändras kan det krävas att man kommer bort från sitt gamla liv på ett eller annat sätt, om det sedan är en permanent flytt eller en tid på behandlingshem är inte lika viktigt. Ordspråket säger att man

inte ska fly från problemen, men i vissa fall kanske det är en nödvändighet för att kunna börja om och hitta sig själv.

7.3 Avslutande diskussion

I Nathalies berättelse kunde vi inte se några antydningar på att familjen påverkade hennes insjuknande. Däremot var hon väldigt känslig som person. Vi har funderat över varifrån detta kom. På något sätt måste familjen ändå ha bidragit till att hon blev den känsliga person som hon beskrev att hon var. Hos de andra tre kan vi förstå att de drabbades av någonting, men i Nathalies fall kan vi inte se någon utlösande faktor. Vad var det som gjorde att just hon drabbades? Alla som har en känslig personlighet utvecklar inte någon form av problematik.

Varför blev det just en ätstörning? Denna fråga har vi funderat mycket över, men vi hittar inget svar. Inte heller intervjupersonerna kan förklara varför. Våra tankegångar har handlat om kontrollen. Det är ju ändå så att det som är lättast att kontrollera, är sig själv. Maten är en så stor del av livet, den är lättåtkomlig och den är enkel att ta till. Att kontrollera maten syns utåt, den ger ett snabbt resultat. Är det så att man vill visa människor att man mår dåligt? Söker man en reaktion och i så fall vilken?

Många nya frågor har väckts och vi har fått större förståelse för hur komplicerat detta ämne är. Ingen berättelse är den andra lik, vi vet att man inte kan generalisera och få fram en orsak bakom anorexia nervosa som gäller alla. Dock har vi kunnat se likheter mellan, de i studien utvalda, kvinnornas beskrivningar av erfarenheter. Vi har också kunnat se jämförelser med den befintliga forskning som vi har belyst i studien. Trots detta måste man utgå från varje individ och se till dess uppfattningar om just sin speciella verklighet.

REFERENSLISTA

Berglund, S-A. *Social pedagogik – I goda möten skapas goda skäl*. Lund: Studentlitteratur, 2000

Clinton, D. & Norring, C. (red.) *Åtstörningar – bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Falköping: Elanders Gummesson, 2002

Dükler, D. *När maten tar makten – föräldrar till anorektiker berättar om sig själva och sina familjer*. Stockholm: Carlsson Bokförlag, 1995

Fuchs-Ebaugh, H. *Becoming an EX – The Process of Role Exit*. The United States of America: The University of Chicago, 1988

Folkhälsoinstitutet & Socialstyrelsen. *Ett liv av vikt – regeringsuppdrag om anorexi/bulimi*. 1993

Glant, H. *Sluta svälta . handbok för dig som kämpar mot anorexi*. Stockholm: Natur och kultur, 1998

Hansagi, H. & Allebeck, P. *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård – handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur, 1994

Jacobi, C, de Zwaan, M, Hayward, C, Kraemer, H. & Agras, S. “Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Applications of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy”. *Psychological Bulletin*. Vol. 130, Issue 1, (2004), pp. 19-65

Johnsson, E, Laanemets, L. & Svensson, K. *Narkotikamissbruk – debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur, 2000

Kvale, S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur, 1997

Levitt, Shelley, Wagner & Joyce. “WEIGHT & SEE” *People*, Vol. 41, Issue 4, (1994), pp. 50-55

Melin, A-G. & Näsholm, C. *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur, 1998

Minuchin, S, Rosman, B. & Baker, L. *Psychosomatic Families – anorexia nervosa in context*. The United States of America: President and Fellows of Harvard College, 1979

Råstam Bergström, M, Gillberg, Ch. & Gillberg, C. *Anorexia nervosa – Bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. Sweden: Gummessons tryckeri AB, 1995

Skott, C. (red.) *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 2004

Strober, M. & Humphrey, L. “Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa and Bulimia” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 55, Issue 5, (1987), pp. 654-659

Svenaesus, F. *Sjukdomens mening – det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur och Kultur, 2003

Svenska Psykiatriska Föreningen & Gothia. *Svensk psykiatri nr. 8. Ätstörningar*. Växjö: Grafiska Punkten, 2005

Trost, J. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur, 2005

Wallin, U. "Ätstörningen och familjen – en översikt". *Tidskrift for Den norske lægeforening*, Vol. 124 (2004), pp. 2251 -2253

Wonderlich, S, Lilenfeld, L, Riso, L, Engel, S. & Mitchell, J. "Personality and Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorder*, Vol. 37 (2005), pp. S68- S71

www.medivia.se (januari, 2006)

BILAGA

Intervjumall

Block 1 – bakgrundsinformation

Hur såg din uppväxt ut?
Var växte du upp?
Familjeförhållanden?
Intressen?
Vem var du? Hur var du?

Block 2 – nutid

Hur ser ditt liv ut idag?
Familjeförhållanden?
Karriär/utbildning?
Vem är du idag? Hur är du?

Block 3 – sjukdomstiden

När insjuknade du i anorexi?
Hur länge var du sjuk?
Vem var du under sjukdomstiden?

Block 4 – utvärdering

Vad upplever du vara orsaken till ditt insjuknande i anorexi?
Har familjen påverkat?
Har individuella egenskaper haft inverkan?
Varför upplever du detta vara orsaken?
När visste du att detta var orsaken?
Vad blev vändpunkten för dig?
Varför blev detta vändpunkten?
Hur lång tid tog det för dig att bli frisk?
Vem såg till att du fick hjälp?
Hur upplevde du dig själv under denna process?
Hur har anorexin påverkat dig och ditt liv?

Block 5 – framtidsperspektiv

Hur ser du på framtiden?
Familjeförhållanden?
Karriär?
Vem är du i framtiden? Hur är du?