

UNGA KVINNORS UPPLEVELSER AV ATT LEVA MED ANOREXIA NERVOSA

En självbiografisk studie

YOUNG WOMEN'S EXPERIENCES OF LIVING WITH ANOREXIA NERVOSA

A autobiographical study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Höskolepoäng
Vårtermin 2014

Författare: Matilda Eliasson

SAMMANFATTNING

Titel: Unga kvinnors upplevelser av att leva med Anorexia nervosa
Författare: Eliasson, Matilda
Institution: Institution för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/Kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare: Hammarlund, Kina
Examinator: Brovall, Maria
Sidor: 22
Nyckelord: Anorexia nervosa, självbiografi, sjuksköterska, livsvärld, upplevelse

Bakgrund: Anorexia nervosa (AN) är en psykisk sjukdom med ätstörning och avmagring som följd av en matvägran och aptitlöshet. Den psykiska hälsan bland unga kvinnor blir allt sämre och under de senaste decennierna har förekomsten av AN ökat. **Syfte:** Att utifrån unga kvinnors perspektiv beskriva upplevelsen av att leva med AN. **Metod:** En kvalitativ studie där sex självbiografier har analyserats och sammanställts. **Resultat:** Fyra teman presenteras (1) att inte kunna identifiera sig med sin diagnos, (2) att finna andrum i aktiviteter och goda relationer, (3) att uppleva ett kaos av existentiella känslor och (4) att känna rädsla för det friska. **Diskussion:** Att leva med AN innebär ett stort lidande som tar sig uttryck i olika former. Trots sjukdom kan ett välbefinnande i vissa situationer upplevas vilket är betydande för hälsoprocessen. **Konklusion:** När sjuksköterskan ges kunskap om hur livet kan påverkas av AN kan patientens livsvärld bättre förstås. Därigenom kan vården och dess bemötande anpassas till patienten med AN. När upplevelsen av ett gott bemötande uppstår kan hälsoprocessen främjas.

ABSTRACT

Title: Young women's experiences of living with Anorexia nervosa
Author: Eliasson, Matilda
Department: Institution for Health and Learning, University of Skövde
Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing. Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor: Hammarlund, Kina
Examiner: Brovall, Maria
Pages: 22
Keywords: Anorexia nervosa, autobiographpy, nurse, life-world, experience

Background: Anorexia nervosa (AN) is a mental illness with eating disorder and emaciation as a result of a refuse to eat and loss of appetite. Mental health among young women is deteriorating and in recent decades, the existence of AN has increased. **Aim:** To describe the experience of living with AN, based on young women's perspective. **Method:** A qualitative study where six autobiographies have been analyzed and compiled. **Results:** Four themes are presented (1) not being able to identify with his diagnosis, (2) to find respite in activity and good relations, (3) to experience a chaos of existential feelings and (4) to feel the fear of it healthy. **Discussion:** Living with AN means a great suffering which manifests itself in various forms. Despite illness, a well-being can in some situations be experienced which is significant for the health process. **Conclusion:** When nurse is given knowledge of how life can be affected by AN a patient's life-world can better be understood. This allows the care and treatment to be adapted to the patient with AN. When experience of a good treatment occurs, the health process promotes.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND..... | 2 |
| Historiskt perspektiv | 2 |
| Anorexia nervosa | 2 |
| Tidigare forskning; att leva med AN | 3 |
| Förekomst..... | 3 |
| Orsak | 4 |
| Behandling | 4 |
| Sjuksköterskans roll..... | 5 |
| Livsvärld | 5 |
| PROBLEMFÖRMULERING..... | 6 |
| SYFTE | 6 |
| METOD | 6 |
| Datainsamling och Urval..... | 7 |
| Analys | 8 |
| Etiska överväganden | 8 |
| RESULTAT | 10 |
| Att inte kunna identifiera sig med sin diagnos..... | 10 |
| Att finna andrum i aktiviteter och goda relationer | 10 |
| Att uppleva ett kaos av existentiella känslor..... | 11 |
| Att känna rädsla för det friska..... | 13 |
| Sammanfattning av resultat..... | 13 |
| DISKUSSION..... | 15 |
| Metod | 15 |
| Resultat..... | 16 |
| Konklusion och klinisk implikation | 19 |
| REFERENSER | 20 |
| Bilaga 1 Urvalsöversikt | |
| Bilaga 2 Analysexempel | |

INLEDNING

Som studieförfattare kom jag i kontakt med anorexia nervosa (AN) redan i övre tonåren då en nära vän insjuknade i denna psykiska sjukdom. Jag stod undrandes och såg på hur min innan så livsglada och energiska vän förvandlades till en tystlåten, sorgsen och mager tjej. Under en tidsperiod led jag själv utav ätstörningen UNS (utan närmare specifikation). Dessa erfarenheter har tillsammans lett mig fram till valt intresseområde. Jag vet hur jag själv upplevde min tillvaro av ätstörningar, men vill med denna studie få en öka inblick i hur andra som lever med AN upplever sin tillvaro. Som sjuksköterska kan en ökad kunskap kring detta område vara en fördel i omvårdnadsarbetet av denna patientgrupp.

I dagens samhälle ökar antal vårdsökande inom psykisk ohälsa, däribland AN (Socialstyrelsen, 2013). Ökningen av AN, som främst drabbar unga kvinnor, ses bland annat bero på den växande medieexponeringen och dess slanka skönhetsideal (Legenbauer, Rühl & Vocks, 2008). Enligt Ghaderi och Parling (2007) innebär AN ett extremt stort lidande, både för patienten själv och dennes anhöriga. Det är lättare att förstå varför någon gör som den gör om vi kan sätta oss in i deras perspektiv, på så vis blir det också enklare att hjälpa dem se saker från ett annat perspektiv och att börja förändra (a.a.). Då antal vårdsökande av psykisk ohälsa ökar är det troligt att sjuksköterskan i sitt arbete kommer att möta patienter som har drabbas av AN. Det är därför viktigt att en sjuksköterska har kunskaper och förståelse för hur en patient med AN kan uppleva sin livsvärld. Följaktligen är detta ett mycket aktuellt ämne som både sjuksköterskor och annan vårdpersonal i någon form kommer i kontakt med under sitt arbetsliv. Wiklund (2003) menar att först när patienten upplever tillit och ett genuint intresse ifrån vårdaren kan patienten inbjuda till delaktighet i sin lidandeberättelse (a.a.).

BAKGRUND

Anorexia nervosa (AN) är enligt Lindskog (2008) en psykisk sjukdom med ätstörning och avmagring som följd av en matvägran och aptitlöshet. Ghaderi och Parling (2007) menar att anorexi inte är ett isolerat beteende utan påverkar det psykologiska välmåendet, den sociala funktionen och det fysiologiska fungerandet hos den drabbade. Den psykiska hälsan bland barn och ungdomar blir allt sämre, och under de senaste decennierna har förekomsten av AN ökat (Socialstyrelsen, 2013).

Historiskt perspektiv

Redan långt tillbaka i historien kan man finna att fastandet ansågs bota olika sjukdomar. Fastande eller svält användes även som straff och var en del utav det religiösa utövandet (Paulson Karlsson, 2012). Den allra första medicinska beskrivning av AN dokumenterades på 1694 av hovläkaren Richard Morton som kallade tillståndet för ”a nervous consumption”. Eftersom man inte fann fysiska orsaker till problemet ansågs orsaken vara psykisk. I början av 1900-talet och en tid framåt kom AN att beskrivas som en hypofysär dysfunktion med viktnedgång som följd. De psykologiska orsakerna till AN fortsatte vara av intresse och under 1940- och 50-talet kom orsakerna att präglas av ett psykoanalytiskt synsätt som innebar att självsvalt var ett försvar mot undanträngda sexuella fantasier. På 1970- och 80-talet var kriterierna för AN mycket stränga vilket resulterade i att många patienter förbisågs. Patienterna skulle förutom aptitlöshet uppfylla kriterier där en viktnedgång av den ursprungliga vikten var 25 procent och där patienten skulle vara under 25 år när sjukdomen debuterade. Efter 1994 började dagens diagnoskriterier att gälla och det var först då som AN inte längre klassades som en åldersrelaterad diagnos (Clinton & Norring, 2002).

Anorexia nervosa

Hällström (2009) skriver att AN vanligtvis debuterar i åldrarna 12-20. Sjukdomen debuterar på grund av att den drabbade upplever sig överviktig och då börjar följa strikta dieter, ofta i samband med överdriven fysisk aktivitet, för att gå ner i vikt. Enligt Socialstyrelsen (2011) är AN en störning som kännetecknas av avsiktlig viktnedgång vilken är framkallad och vidmakthållen av den drabbade själv. Störningen domineras av en förändrad kroppsuppfattning där rädsla för fetma och övervikt är tydlig och patienten strävar efter en låg kroppsvikt. Undernäring förekommer ofta, vilket kan följas av endokrina och metaboliska rubbningar samt andra störda kroppsfunktioner. Symtom som inskränkt diet, extrem fysisk aktivitet, självframkallade kräkningar och användning av avmagringsmedel, laxermedel och diuretika är vanligt. Störningen ses oftast hos tonårsflickor och yngre vuxna kvinnor (a.a.). Ghaderi och Parling (2007) skriver att AN handlar om att försöka ta kontroll över vad man äter, hur mycket man väger och hur figuren ser ut. De skriver även att upplevelsen av kontroll varierar och ter sig annorlunda i olika faser av sjukdomen. För den som lever med AN väcker ofta ätandet känslor av ångest, äckel och skuld, vilka ofta följs upp av självframkallade kräkningar (a.a.). Vidare skriver Hällström (2009) att när anhöriga påpekar att det är nödvändigt för patienten att gå upp vikt väcker detta ofta ångest, tomhetskänsla och ett inre kaos. Den drabbade granskar sin kropp noggrant på grund av den skeva kroppsuppfattningen och rädslan för att gå upp i vikt. Avmagring blir betydande för den drabbade och vikten kan gå ner så mycket att sjukdomen leder till akut livshotande

tillstånd. Vanliga tecken som ses hos de som drabbats av AN är avmagring, utmärglad kropp och ansikte, kalla underben och cyanotiska händer och fötter (a.a.). Tunt hår som ofta faller av och en torr hud vilken eventuellt är täckt med lanugohår är också förekommande (Strumia, 2005). Avmagringen drabbar både fettvävnad och muskelmassa. Temperaturregleringen störs, basalmetabolismen sänks och de drabbade blir mer känsliga för kyla. Patienter som framkallar kräkningar kan även ha skador på tänderna (Hällström, 2009).

Tidigare forskning; att leva med AN

Enligt Cooper, Deepak, Grocutt och Bailey (2007) präglars livet med AN utav en känsla av att vara tjock, vilket associeras med många negativa känslor. Känslan av att vara tjock uppkommer i tidig ålder för de som lever med AN vilket påverkar deras självbild negativt. Den drabbade blir allt mer sträng mot sig själv och ökar kontrollen över sina hungerattacker (a.a.). Arkell och Robinsson (2007) menar också att individer med AN ofta lider av en samtidig depression och att sjukdomen blir ett sätt att fly undan det som upplevs svårt i livet (a.a.). William och Reid (2010) menar i sin studie att avsaknad av sjukdomsinsikt och sjukdomskänsla är typiskt för en patient med AN och att ambivalenta känslor kring sin sjukdom ofta förekommer. Dessa är faktorer som oftast verkar negativt under patientens tillfriskningsprocess (a.a.). Patching och Lawer (2008) visar genom sin studie hur känslan av kontroll eller upplevelsen av att inte ha kontroll präglas genom hela sjukdomsförloppet hos den som lever med AN. Bristen av kontroll över sitt eget liv uttrycks som en bidragande orsak till att sjukdomen utvecklas. Genom en upplevd kontroll över mat och motion ökar känslan av att ha kontroll över livet, hos dem som lever med AN. Kontrollkänslan blir dock allt svagare i takt med att sjukdomen förvärras. För att kunna bli frisk behöver den negativa kontrollen ges upp vilket upplevs som mycket skrämmande. Känslor av skam är enligt i Skårderuds (2007) studie både en orsak och konsekvens till de symtom som uppkommer vid AN. Troop, Allan, Serpell och Treasure (2008) menar också att skam vid AN generellt sett förekommer i form av föreställning av hur andra ser på ens kropp. För den som lever med AN kan en kroppslig skam öka både viktnedgången och den skeva kroppsuppfattningen. Även en rädsla för viktuppgång kan öka vid kroppslig skam (a.a.). Rørtveit, Åström, Severinsson (2010) menar dock att för kvinnor med ätstörningar kan känslan av skuld och skam vara starkt utpräglad men dold. Vidare menar Rørtveit, Åström, Severinsson (2010) att för att främja den psykiska hälsan bland unga kvinnor bör dessa upplevelser åtgärdas (a.a.).

Förekomst

Majoriteten av de som insjuknar i AN är unga kvinnor. Det avvikande beteendet är nio-tio gånger mer förekommande hos flickor än hos pojkar (Hoek & van Hoeken, 2003). Bland tonårsflickor är incidensen av AN knappt en procent och sjukdomsprevalensen är mindre än så. (Internetmedicin, 2013). I dagens samhälle beräknas ungefär en procent utav av 20-åriga kvinnor ha eller har haft AN. Andelen män i samma ålder som beräknas insjuknat i AN är betydligt mindre (Hällström, 2009). Ungefär 90 procent av patienter med debuterande anorexia är unga kvinnor där debuten av AN sker i betydligt tidigare ålder än hos patienter med andra ätstörningar. Bland 100 000 unga kvinnor insjuknar ca 20-40 stycken i AN (Ghaderi & Parling, 2007).

Orsak

Den bakomliggande orsaken till AN är inte helt känd. Inte heller på vilka sätt olika faktorer samspelar för att predisponera, utlösa eller vidmakthålla sjukdomen. Riskfaktorerna kan bland annat vara genetiskt betingade faktorer, kvinnligt kön, tvångsmässiga och perfektionistiska personlighetsdrag (Hällström, 2009). Nilsson, Abrahamsson, Torbiornsson och Höggglög (2007) belyser att personlighetsfaktorer är vanliga hos personer som drabbas av AN vilka kan yttra sig i en extrem ambition eller perfektionism. Ghaderi och Parling (2007) beskriver orsaken till ätstörningar som multifaktoriell och att kombinationen av faktorer som ökar risken för självsvält varierar och är individuella. Det kan vara en kombination av låg självkänsla, missnöje av vikt och utseende eller bantning. William och Reid (2012) skriver att orsaken också kan vara mer komplicerad då misshandel, missbruk, tvångsproblem och svåra hemförhållanden predisponerar för ätstörningsproblematiken (a.a.). Enligt Legenbauer, Rühl och Vocks (2008) är nutidens västerländska medieexponering en stor orsak till att unga kvinnor drabbas av AN och att medias påverkan triggar ingång ätstörningsbeteendet. Legenbauer et al. (2008) menar vidare att medias framställning om vad som anses vara vackert idag är idealmålet "size zero", vilket betyder att idealet hos framförallt kvinnor är smalt. Även Carney och Louw (2006) har genom studier kommit fram till att samband mellan medias ideal och ätstörningar är stor. De menar att kvinnor som exponeras för mer mediepåverkan än de som inte utsätts för det i lika stor utsträckning, löper större risk att drabbas utav AN (a.a.).

Behandling

Ghaderi och Parling (2007) menar att de viktigaste delarna i en effektiv behandling för patienter med AN är att så fort som möjligt bryta självsvälten. Behandlingen behöver innehålla inslag som hjälper patienten att skaffa ett bredare och mer objektivt perspektiv på sin situation, för att på så vis locka fram en motivation hos patienten. Fokus läggs på metoder som får patienten att släppa den ouppnåeliga strävan av kontroll som denne tvångsmässigt befinner sig i. Vidare menar Ghaderi och Parling (2007) att en effektiv behandling kräver en erfarenhetsbaserad metod där AN sätts in i ett bredare sammanhang. Det är en komplex diagnos som kräver att man tar sig an den ifrån olika håll. För att uppnå normalisering av vikt införs strukturella måltider, vid behov görs detta med ett dagligt stöd från dagvård. I svåra fall kan tvångsvård i form av sondmatning bli nödvändigt. Enligt behandlingsriktlinjerna föreslås att patienter med AN ska gå upp ett halvt till ett kilo i veckan för att inte förlänga lidandet och tillfriskningsprocessen. Vid samtidig depression kan ett SSRI-preparat vara ett gott komplement. Dock bör medicinering inte vara den enda eller basen i en behandling av AN. Medicinering i kombination med psykoterapi förespråkas. Familjeterapi och kognitiv beteendeterapi (KBT) är exempel på detta (a.a.). Espeset, Gulliksen, Nordbo, Skårderud och Holte (2012) belyser även att arbeta med att acceptera sina känslor och att lära sig hantera dem, är av stor vikt för ett tillfrisknande från AN. Federici och Kaplan (2008) skriver att faktorer som inverkar på behandlingsresultatet bland annat är patientens motivation till förändring, förmågan att ta till sig den kunskap som ges i behandlingen och att uppleva ett socialt stöd i form av närande relationer (a.a.).

Sjuksköterskans roll

Enligt ICN's etiska kod (Socialstyrelsen, 2005) är sjuksköterskans främsta ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Sjuksköterskan har det yttersta omvårdnadsansvaret och ska jobba utifrån en värdegrund som speglar det etiska patientperspektivet vilket kortfattat innebär att visa fullständig respekt för patienten och hans livsvärld (a.a.). Betydelsen av sjuksköterskans roll hos patienter som lever med AN menar Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E. and van Elburg, A. (2011) är avgörande i vårdandet och för tillfriskningsprocessen. För att uppnå en god vård för patienter med AN är det av vikt att visa acceptans, lyhördhet, respekt, empati, intresse och ärlighet. Att visa ett erkännande av patienten och hans problem framkommer också vara betydande. Vidare skriver Bakker et al. (2011) att av vikt är sjuksköterskan sätter upp strikta regler för patienterna angående matvanor och hälsosam träning och är en förebild med god hälsa och bra matvanor. Patienter med AN har tryckt på vikten av en god vårdrelation i samband med behandling. (a.a.). En vårdrelation definieras enligt Wiklund (2003) som det utrymme och den relation där vårdandet sker. Syftet med en vårdande relation är att stödja patientens olika tillväxtprocesser. Det är av vikt att notera att en vårdrelation alltid är asymmetrisk eftersom vårdaren, exempelvis sjuksköterskan har i och med sitt yrke och sin kunskap en maktposition. Sjuksköterskan har ett ansvar att använda sin makt för att främja patientens hälsa, så att inte vården blir oetisk. Den vårdande relationen behöver vara ömsesidig, det vill säga att sjuksköterskan måste vara tillgänglig för patienten, men också att patienten bjuder in sjuksköterskan till sin värld. Relationen kan aldrig forceras fram av den som vårdar, utan måste utgå ifrån patienten. Trots detta har sjuksköterskan det yttersta ansvaret för relationen och har i uppgift att säkerhetsställa att den växer och blir en kraftkälla för patienten, inte ett hot (a.a.).

Livsvärld

Utgångspunkten i denna studie är omvårdnadens värdegrund med ett etiskt patientperspektiv. Dessa vilar på en humanistisk och holistisk människosyn. Utifrån en helhetssyn kan människan i det sammanhang hon lever i bättre förstås. Enligt Dahlberg & Segersten (2010) innebär det att vårdandet sker utifrån livsvärlden som grund vilket ger möjlighet att kunna förstå, analysera och förklara hälsa- och ohälsa, lidande och vård så som dessa upplevelser erfaras av människor. Genom livsvärlden kan människan uppleva hälsa, välbefinnande, lidande och sjukdom. En människa kan aldrig fly eller avskiljas från sin livsvärld och utifrån livsvärldsperspektivet kan hon förstå och uppleva världen så som den erfaras av henne. Omvårdnaden och vårdandet utgår från ett patientperspektiv som tillsammans med etik och moral utgör en basal värdegrund. Ett vårdande som inte förmår sig förstå eller möta livsvärlden är inget riktigt vårdande. Genom att ha en öppenhet gentemot människans livssituation och bejaka den miljö och livssammanhang hon befinner sig i, kan en djupare förståelse för hans livsvärld skapas. Livsvärlden påverkas alltid på ett eller annat sätt när människan upplever ett lidande. I ett livsvärldsperspektiv ingår människans kropp vilken kan förstås som ett subjekt som har erfarenheter och är levd. Kroppen är både meningsbärande och meningsskapande. Den kan beskrivas som ett medel varigenom människan får tillgång till omvärlden och genom den upplever hon sig själv och världen. Kroppen blir ett säte inte bara för människans upplevelser men också för hennes

identitet (a.a.). Enligt Wiklund (2003) kan en förändrad kropp leda till att människan upplever sig själv annorlunda och uppfattas som förändrad av andra (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

I dagens samhälle med kulturella påtryckningar och växande medieexponering blir AN ett allt vanligare problem. Det är en psykisk sjukdom som främst drabbar unga kvinnor. AN innebär ofta att patienten saknar både sjukdomsinsikt och sjukdomskänsla vilket är faktorer som försvårar i behandlingsprocessen. Tidigare forskning visar att sjuksköterskans roll är avgörande i vårdandet och under tillfriskningsprocessen hos patienter med AN. Genom att undersöka den drabbades levda erfarenhet av AN, kan förförståelse för den drabbades livsvärld öka vilket kan bidra till ökade kunskaper om hur det är att leva med AN. På så vis kan också hälsoprocessen främjas och det är därför av stor vikt är att sjuksköterskan och annan vårdpersonal sätter sig in i hur det är att leva med sjukdomen. Förhoppningen med denna studie är att ge läsaren en ökad inblick i unga kvinnors upplevelser av att leva med AN, för att på bästa sätt kunna bemöta, behandla och vårda patienter med AN.

SYFTE

Att utifrån unga kvinnors perspektiv beskriva upplevelsen av att leva med anorexia nervosa.

METOD

Studien genomfördes som en kvalitativ studie med en narrativ ansats. Detta gjordes för att studiens syfte var att beskriva upplevelsen av att leva med AN. Olsson och Sörensen (2011) skriver att en kvalitativ bearbetningsmetod bygger på att åstadkomma kunskap om upplevd erfarenhet med gemensam utgångspunkt i ett livsvärldsperspektiv. Friberg (2006) förklarar att narrativ forskning används då mänsklig kommunikation och språk i skilda sammanhang, både i tid och rum, vill förstås. Livet beskrivs genom livsberättelser, till exempel biografier, där symboler och metaforer används vilka utgår från ett kulturellt mönster för att förmedlas. En narrativ analys som forskningsmetod anses befogad då forskaren vill skapa kunskap om hur en människa i sin livsvärld upplever hälsa och ohälsa. Denna kunskap fås genom att analysera, beskriva och kritiskt granska innehållet i berättelsen (a.a.). Fokus i studien har varit att beskriva människors upplevelser av sin livsvärld, i enlighet med Dahlberg och Segesten (2010).

Vidare speglar studiens problemformulering hur människor upplever sitt liv och problemområdet preciserades till ett specifikt sammanhang. I denna studie avgränsas problemet till upplevelsen av att leva med AN. Tidigare forskning har kartlagts för att se om problemet är ett "äkta problem", att en ökad kunskap inom ämnet efterfrågas. Vetenskapliga artiklar, facklitteratur samt relevanta föreningars hemsidor har legat till grund för studiens bakgrund.

Datainsamling och Urval

Självbiografiska böcker vilka samtliga är publicerade för allmänheten användes som material till denna studie, vars syfte var att beskriva upplevelsen av att leva med AN. Enligt Friberg (2006) är självbiografier skrivna livsberättelser som utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv handlar om hur människor upplever hälsa, ohälsa, lidande och vård. Berättelserna innehåller ofta detaljerade beskrivningar av hur människor upplever vardagen vilket ger ett bra material för att bedriva vårdvetenskaplig forskning. Utgångspunkten blir naturligt människans livsvärld när forskaren utgår från en skriven berättelse (a.a.).

Inklusionskriterier till studien var kvinnor som har levt med AN och tillfrisknat, vilka nu kunde se tillbaka på sjukdomstiden utifrån ett klarare perspektiv. Böcker skrivna på svenska valdes, för att minimera att texterna och dess innebörd feltolkades. Biografierna var skrivna utav individerna själva, då studiens syfte är var beskriva den drabbades upplevelse av att leva med AN. Studiens exklusionskriterier var män, utländska författare, individer med andra ätstörningar än AN och biografier som var skrivna av utomstående vilka inte var drabbade av sjukdomen själv, exempelvis av en förälder. Sökningen begränsades inte efter utgivningsår, då detta inte bedömdes påverka upplevelsen av att leva med anorexia nervosa.

En noggrann sökning av material gjordes i databasen Libris, en internationell bibliotekskatalog. De sökord som användes för att hitta relevant litteratur var anorexia nervosa* och biografi*. För att avgränsa träffmängden valdes avgränsningsområdet till ”biografi och genealog”. Litteraturen skulle även vara i bokform. Detta resulterade i 20 stycken träffar. Bland dessa fanns flertalet dubletter vilka togs bort. Ur återstående 15 böcker försvann fem böcker eftersom dessa var skrivna av någon som inte var drabbad av sjukdomen själv eller innehöll flera olika ätstörningar. Tio självbiografier återstod som samtliga svarade till studiens kriterier. Utefter vilka böcker som bäst svarade an till studiens syfte, valdes sedan sex böcker ut vilka slutligen blev grunden till studiens resultat.

Presentation av valda självbiografier:

Genom Helvetet (Nordlund, 2007) handlar om Tina som är en duktig och känd fotbollsspelare. Vid 25 års ålder drabbas hon av anorexi och väljer då att lägga av med fotbollen. Genom boken får vi läsa om vad det är som får en ung framgångsrik och populär kvinna att börja svälta sig själv och hennes väg tillbaka ifrån helvetet.

Zebra flickan (Åkerman, 2004) handlar om Sofia, en 18-årig kvinna som drabbats av anorexia. Genom boken förklarar hon för läsaren hur demonen hon kallar Lucifer styr henne liv och får henne att svälta och skada sig själv. Boken skildrar Sofias kamp bort från demonen.

Varje dag har vi en liten tävling (Österberg, 2007) är en bok om Hanna som berättar om en mångårig kamp mot en förrädisk sjukdom. Baserad på egna dagboksanteckningar och en del journalanteckningar får man genom glädje och sorg följa Hannas resa tillbaka till livet, bort från äckelkänslor och ångest.

Svälkland (Mattson, 2006) handlar om Johanna som utifrån ett dagboksperspektiv låter oss ta del utav hur det kan vara att leva med anorexia. Genom humor och värme berättar Johanna hur något som startade med en oskyldig bantning snart förde bort henne till svältland, ett mörk och ensligt land bortom allt förnuft.

En anorexisaga (Suhonen Frohm, 2008) är en bok som handlar om Mea och hennes historia om hur anorexia tog över hennes liv. Hon berättar om hur hon som frisk och kry kvinna tappat kontrollen över sitt ätande och hur sjukdomen till slut nästan tar hennes liv. Mea lyckas bli frisk och detta är hennes ord om ett liv bort från anorexian.

När mörkret kom (Strandberg, 2000) handlar om 19-åriga Lina som blickar tillbaka på sin tid när hon som 14-åring drabbas av anorexia. Från att ha börjat i en oskyldig bantning bland klasskamraterna utvecklar Lina omedvetet sjukdomen som lade sig som en djup skugga över hennes liv. Genom boken får läsaren följa Linas kamp tillbaka till ett liv utan svält.

Analys

Analysen som används i studien beskrivs av Dahlberg (1997) där det studerade problemet förstås ur ett beskrivande vårdvetenskapligt perspektiv. Texterna ska bearbetas, analyseras och presenteras för läsarna. Utifrån tre faser som schematiskt kan beskrivas som helhet-delar- helhet analyseras texterna. I denna studie startades analysen med den bekantgörande fasen vilket innebar att böckerna noggrant lästes igenom för att bli bekant med texten och för att skapa en övergripande bild av materialet. Under den andra fasen, den analyserande fasen, särskildes insamlad data ifrån sammanhanget. De delar som bäst stämde in på studiens syfte lästes återigen för att noga kunna bilda meningsbärande delar. Frågor om vad som sas och hur det sas ställdes till texterna under analysens gång, detta för att kunna fånga upp de meningsbärande delarna som bäst kunde kopplas till studiens syfte. När de olika innebörder som särskilde de meningsbärande delarna framkom under tolkandet av texten, leddes processen fram till en kodning där likheter och skillnader urskildes och delades in i olika övergripande teman. Under genomgången av självbiografierna gjordes anteckningar utifrån sidnumreringar och de citat som värderades bäst svara an till studiens syfte. Citaten som togs fram förkortades för att lättare kunna hanteras. Detta gjordes utan att ändra texternas innebörd och förstods utifrån de sammanhang de togs ur. De citat som plockades ut skrevs sedan över i ett Word dokument. Citaten delades därefter in i 11 olika färger, för att enklare kunna urskilja dess innebörd. Varje färg namngavs och fick ett preliminärt tema. Exempel på preliminära teman som användes under analysen är: lindring, skuld, rädsla och identitet. För att binda samman och förtydliga resultatet förankrades texter till citaten som förklarade dess innebörd. Under analysens tredje fas, dataanalysens resultat, kunde ett mönster beskrivas vilket resulterade i att de preliminära 11 teman istället omarbetades till fyra teman. Dessa teman blev sedan utgångspunkten för vad som kom att utgöra resultatdelen.

Etiska överväganden

För att skapa denna studie har tillvägagångssättet i enlighet med Socialstyrelsen (2005) genomsyrats av ett etiskt förhållningssätt. Detta har gjorts genom att angripa valt fenomen med en helhetssyn där respekt, integritet och värdighet har satts i fokus. Studieförfattaren har haft en öppenhet inför deltagarnas upplevelser. I all forskning är forskningsetiska regler viktigt att tillämpa och enligt Helsingforsdeklarationen (2008) ska deltagande i en studie vara frivilligt. Då författarna till de självbiografiska böckerna i denna studie valt att publicera sin text för allmänheten, bedöms dessa ha gjort ett eget val och därför anses deltagandet i denna studie vara frivilligt. Forskning (Helsingforsdeklarationen, 2008) måste ha

vetenskaplig bärkraft, vilket innebär att den ska generera relevant kunskap och vara underbyggd (a.a.). Genom att vara väl förtrogen med aktuellt område och kunna motivera vinst och risk med vald studie, har hänsyn tagits till detta. Författarens förförståelse till valt fenomen är en personlig erfarenhet utav att leva med ätstörning UNS samt att erfara AN utifrån ett utomståendes perspektiv. För att inte inverka på studiens resultat och för att stärka sanningsenligheten i studien har studieförfattaren därför valt att lägga sin egen förförståelse åt sidan. För att styrka trovärdigheten i studien har citat presenterats ifrån självbiografierna. Plagiering och fusk (Olsson & Sörensen, 2011) får inte förekomma inom forskning vilket har respekterats genom att inte på något sätt medvetet ha fuskat eller plagierat material som används för att skapa studien.

RESULTAT

Studiens syfte är att genom sex lästa självbiografier beskriva upplevelsen av att leva med AN. Studiens resultat presenteras i fyra teman, vilka är: att inte kunna identifiera sig med sin diagnos, att finna andrum i aktiviteter och goda relationer, att uppleva ett kaos av existentiella känslor och att känna rädsla för det friska. För att förtydliga och ytterligare gestalta upplevelserna har citat tagits med under varje tema. Resultatet avslutas med en kort sammanfattning.

Att inte kunna identifiera sig med sin diagnos

Kvinnorna beskriver hur sjukdomen förändrar dem och deras liv. När deras livsvärld förändras växer också osäkerheten inom dem. Deras identitet är hotad och allt är främmande, skrämmande och obegripligt. Till en början har kvinnorna svårt att inse att de drabbats av AN, att de svälter sig själva och behöver hjälp. Att acceptera sin sjukdom tar tid. Ofta är deras självbild så förvrängd att de inte kan begripa hur omgivningen kan tro att de har AN eftersom de upplever sig själva alldeles för tjocka för det. Att förhålla sig till sin sjukdom är svårt för kvinnorna eftersom de inte upplever sig själva vara anorektiska. När Lina (Strandberg, 2000) får diagnosen AN tror hon först att det är en missuppfattning och hon är osäker på om läkarens diagnostisering stämmer.

Så, kaoset hade alltså ett namn, tänkte jag. Kaoset som skapade all förvirring, alla rastlösa timmar, all ångest, hade ett namn- anorexia nervosa. Men så konstigt, han måste ha missuppfattat det... Anorektiker är ju magra, sorgsna människor med svarta ögon. Anorektiker är definitivt inga fettklumpar i alla fall. Jag kan inte vara en anorektiker (Strandberg, 2000. s.16).

Att leva med AN innebär också att kvinnornas självbild förändras. De berättar om att vad de ser i spegeln inte stämmer överens med vad andra ser. De beskriver hur de bär på en förvrängd föreställning om att omgivningen tycker och tänker illa om dem, vilket påverkar deras självkänsla negativt. I spegeln ser kvinnorna en stor och rund person med för mycket fett på kroppen medan omgivningen ser en blek, sorgsen och avmagrad kvinna. Att kvinnornas uppfattning av sig själva inte stämmer överens med omgivningens, upplevs märkligt och förvirrande och de har svårt att identifiera sig med sin diagnos.

Att finna andrum i aktiviteter och goda relationer

Trots sjukdom uttrycker flera ut av kvinnorna i böckerna hur de stundtals kan uppleva ett välbefinnande. I dessa stunder finner de andrum. De uttrycker hur de för ett kort slag kan känna sig levande. Detta välbefinnande infinner sig i situationer där kvinnorna utövar en aktivitet eller befinner sig på en speciell plats som ger dem välbehag. Genom att följa med till Annas familjs lantställe kan Lina (Strandberg, 2000) känna ett lugn då hon förmår sig lämna en liten del av de onda tankarna hemma. Även Tina (Nordlund, 2007) finner ett lugn i att besöka hennes pappas stuga vid havet. Där kan hon bara få vara. Hanna (Österberg, 2007) flyr till musiken som ger henne energi och livslust och är till hennes hjälp på vägen mot ett friskare liv. Teaterlektionerna ger Sofia (Åkerman, 2004) en inblick i det liv hon vill leva och är en påminnelse om att ett lyckligt liv är möjligt. Dessa teaterlektioner är väldigt

viktiga och hon missar dem inte för allt i världen. För Lina (Strandberg, 2000) är också bildterapi en källa till välbefinnande. Hon beskriver att hon genom penselns skapande befrias från sin inre smärta.

Penseln i min hand är det enda som riktigt lever. Och färgerna, det gula vilar bakom det röda, som gör ont, ont, ont. Men det är en skön, intensiv smärta som tar plats inombords och som befriar mig. Jag vet inte från vad, men det spelar ingen roll. Jag befrias (Strandberg, 2000. s. 80).

Flera utav kvinnorna beskriver hur de i sin sjukdom isolerar sig allt mer. Ändå finns det relationer som är betydande för dem och de ger tröst. Några uttrycker hur de finner trygghet i relationen till deras pojkvänner och hur deras sällskap kan kännas tröstande och stöttande. Johanna (Mattsson, 2006) berättar hur tankar om en framtid tillsammans med pojkvännen hjälper till att mota bort de sjuka mattankarna. Sofia (Åkerman, 2004) berättar om sin psykolog Mia, som skiljer sig från de psykologer hon tidigare har träffat. Till skillnad från andra psykologer använder sig Mia utav "Kärleksmetoden" där hon överöser Sofia med kärlek och omtanke. Mia blir ett stort stöd och en stor tröst under Sofias tillfrisknande och är den person som Sofia upplever förstår henne bäst.

Föräldrarna är för många av kvinnorna även en källa till trygghet. Mea (Suhonen Frohm, 2008) berättar hur hon under sin sjukdomsfas inte vill vara ensam, men att hon samtidigt inte orkar umgås med folk. Därför väljer hon att isolera sig tillsammans med sina föräldrar, för att hon känner att de på något sätt kan förstå henne. Lina (Strandberg, 2000) beskriver hur hon hämtar tröst i mammans trygga famn vid tillfällena då ångesten drabbar henne. Mammans närhet ger Lina ett lugn.

Ångesten var stark och Trassel rev mig lika hänsynslöst som tidigare. Jag grät förtvivlat, ibland i ensamhet, men ofta med mammans armar tätt omkring mig. Jag kände hur värmen från hennes kropp ville trösta mig, jag lyssnade till hennes djupa, lugna andetag. Och kanske var det verkligen så, att gråten i mammans famn hjälpte mig att andas? (Strandberg, 2000. S.72).

Att uppleva ett kaos av existentiella känslor

Kvinnorna uttrycker hur de känner obehag för sig själva och sina sjuka tankar och att detta resulterar i en ångest. Denna ångest kan ta sig uttryck i både självsvalt, självmordstankar och andra självskadande beteenden. De sjuka tankarna är svåra att styra över och flera utav kvinnorna beskriver dem som hjärnspöken. Dessa hjärnspöken kallar dom för Trassel, Djävulen och Lucifer. Kvinnorna litar inte på att de kommer kunna stå emot sina sjuka tankar, vilket skrämmer dem. De uttrycker en stark oro för sin egen ångest. Denna plågar dem och kan uppkomma oavsett vad kvinnorna gör eller inte gör, den väntar bakom nästa krök. Lina berättar hur ångesten beslagtar hennes liv allt mer. Ju fler kilon hon tappar desto större blir rädslan och ångesten inom henne.

Skammen präglar kvinnorna genom sitt liv med AN, de skäms över sjukdomen. Upplevelsen av att vara misslyckad och att känna skam över det, är stor. Ofta kommer skammen under måltiderna, därför att de då tycker att de är dåliga anorektiker. Skuld-känslorna finns alltid där och de anklagar sig själva för att bringa sorg och oro till sina nära och kära. Att se lidandet

hos anhöriga ger dem både dåligt samvete och stor ångest. För felet är deras, men konsekvenserna faller på alla andra, upplever kvinnorna. Samtidigt som deras känslor av skuld och skam tar allt mer plats, växer också deras självhat. De berättar hur de föraktar sig själva och känner sig mindervärdiga. De tycker inte att de duger till något. De beskriver hur de upplever sin kropp som äcklig och sig själva som pinsamma och misslyckade. Genom destruktiva handlingar straffar de sig själva.

Många upplever ett kaos av känslor inom sig. Genom att ta kontroll över sitt ätande kan de dämpa dessa känslor. De beskriver hur de manisk observerar sin omgivning och kontrollerar vad andra äter och gör. På så vis kan de se till att de äter minst och tränar mest av alla. Kvinnorna berättar hur oro över att tappa kontrollen är något som ständigt präglar deras tillvaro, dag som natt. När kvinnorna upplever att de tappar kontrollen kommer ångesten och kaoset härjar för fullt inom dem. Lina (Strandberg, 2000) beskriver hur denna rädsla för att tappa kontrollen tar sig uttryck i hennes drömmar.

Jag drömde mardrömmar om att jag åt en massa mat och vaknade, alldeles kallsvettig och med hjärtat bultande i bröstet. När jag insåg att jag inte hade ätit allt det där i verkligheten, att det bara var en dröm, sköljde lättningen över mig. Det värsta med mardrömmarna var inte känslan av att ha ätit all den där maten, utan känslan av att ha förlorat kontrollen (Strandberg, 2000. s.20).

Några av kvinnorna berättar om situationer då de inte upplever kontroll alls. Detta inträffar framförallt när de tas in för tvångvård och sondmatas. Detta beskriver dem vara en hemsk och ångestfylld upplevelse. När de tvångsmatas känner de sig kränkta, förminskade och maktlösa. Sofia (Åkerman, 2004) berättar om hur skrämmande hon upplever det att bli nedbrottad av fem stora karlar tre gånger om dagen för att få en slang nertryckt i näsan. Upplevelsen av att inte ha kontroll över sondmatningen är avskyvärt och skrämmande.

Jag avskydde det, avskydde att sitta där, helt maktlös, avskydde att känna hur magsäcken fylldes av näringslösning och hur Trassel bråkade, rev och slet. Detta övergrepp- så såg jag det- var oerhört förödmjukande. Jag kände mig kränkt (Strandberg, 2000. s.50).

Kvinnorna förklarar hur de känner sig oförstådda utav omvärlden och därför isolerar sig allt mer. Det är en vald ensamhet som resulterar i ett större lidande för dem. Att förklara för människor runt omkring om de kaos som härjar inombords är svårt. Förmågan att berätta vad det är som plågar dem försvåras eftersom de inte själva vet vad det är som orsakar smärtan. Upplevelsen av att vara vilna och ensamma och att sjukdomen avgränsar dem från omvärlden, präglar deras liv. Att orka dela med sig av sin ångest är svårt och därför sluter sig kvinnorna alltmer. Känslor av att inte längre ha någonting kvar i den friska världen och att varken vänner eller andra sociala nätverk lockar mer, myntar deras tillvaro. Därför växer känslor av ensamhet hos dem. Samtidigt växer känslor av att vara fast i en fängelsevärld av sjuka tankar, där tomheten sakta äter upp dem. Sofia (Åkerman, 2004) berättar att ur känslan av att vara oförstådd växer en önskan om att ha en sjukdom där smärtan syns utanpå.

Det kändes groteskt och förbjudet att önska en sådan sak, men vanliga människor förstod att en person med ett stort operationssår kunde ha fruktansvärt ont. De kunde däremot inte begripa att en ung kvinna, som såg glad ut, kunde ha ont i själen

och att hon kräktes i sängen för att ångesten gjorde så ont. Det hade varit så skönt om de hade sett mitt infekterade sår på insidan, om de hade förstått (Åkerman, 2004. s.23).

Att känna rädsla för det friska

Även om kvinnorna initialt har svårt att identifiera sig med sin sjukdom blir detta enklare med tiden och till slut vet de istället inte vem de är utan sin sjukdom. Det resulterar i att de känner sig osäkra på vem deras riktiga jag är, bakom sjukdomen.

Kvinnorna beskriver hur det ofta kan känna sig kluvna i sitt tillfrisknande och att ambivalenta känslor präglar deras tillvaro. De berättar att de under viktuppgång känner en stor ambivalens när deras förstånd och förnuft slåss mot de sjuka tankarna. Samtidigt som de vill bli friska, vill de inte gå upp i vikt. Det gör dem förvirrade. Sjukdomen ger dem ingen ro, inte heller tanken på tillfrisknande. Att vara rädd för det friska resulterar i ett lidande som ofta ger sig uttryck i en ångest. Det friska visar sig stå för många rädslor vilka ofta går in i varandra. Kvinnorna uttrycker hur rädslan för en viktuppgång skapar en stark ångest. Många beskriver hur de tycker att en frisk kropp är detsamma som en tjock kropp. De slåss med en ekvation de inte får ihop, att kunna äta utan att gå upp i vikt, är omöjligt.

En del av mig ville äta och bli frisk. En annan del var stolt över de låga siffrorna på vågen, och det var svårt att övervinna äckelkänslorna när jag skulle äta inför andra människor. Inte heller längtade jag efter att ställa mig på vågen och behöva se mig själv svälla från gång till gång, eller efter att få ont i magen av maten när jag åt (Åkerman, 2004. s.166).

Bland kvinnorna finns en oro över att de känslor de trängt undan med hjälp av sjukdomen ska leta sig fram och bringa dem ännu mer smärta och ångest. Att känna sig ensam i det friska och att sjukdomen ska lämna ett tomrum efter sig som de inte vet hur de ska fylla igen, finns också där. AN har blivit en vän och är en del utav vem de är. Samtidigt växer rädslan om att inte vara bra nog. Sofia (Åkerman, 2004) berättar hur hennes största rädsla är att låta den friska Sofia stiga fram. Även Tina uttrycker svårigheter med att släppa fram de äkta känslorna. Kvinnorna är också rädda för att inte bli sedda efter viktuppgång. Sjukdomen har blivit deras sätt att ta plats. De är oroliga över att omgivningen inte kommer bry sig om dem för att de kommer tro att de mår bra, eftersom de ser sunda ut. Kvar kommer de stå med all ångest och smärta inombords.

Jag vågar inte se frisk ut utan att känna mig frisk. Nu har jag en anledning att känna hunger, nu har jag en anledning att vara ledsen. Men så fort mina ben sjunker tillbaka in i kroppen och mina handleder återfår sin normala storlek kommer ingen att se hur jag mår (Suhonen Frohm, 2008. s.18).

Sammanfattning av resultat

I studiens resultat framkommer hur kvinnorna till en början har svårt att identifiera sig med sin sjukdom då deras självbild inte stämmer in på verkligheten. Trots sjukdom finns det aktiviteter och relationer som ger kvinnorna andrum och där kan de uppleva ett välbefinnande. För kvinnorna innebär upplevelsen av AN ett kaos av existentiella känslor

där ångest, skam, skuld, självförakt, maktlöshet och ensamhet skapar ett stort lidande. Det visar sig även att kvinnorna känner en rädsla för det friska. De brottas med ambivalenta känslor i en viktuppgång mot ett sunt liv, där de känner oro inför vem det är bakom sjukdomen.

DISKUSSION

Diskussionen inleds med en metoddiskussion som behandlar studiens trovärdighet och genomförande. Därefter följer en resultatdiskussion baserad på det centrala ur studiens resultat.

Metod

Som modell för examensarbetet användes en narrativ ansats. Det var lämpligt då studiens syfte var att utifrån den drabbades egna perspektiv beskriva upplevelsen av AN. Utifrån de sex valda självbiografierna ges en klar inblick i hur livsvärlden kan se ut för de som lever med AN. Böckerna är skrivna utav kvinnor som har erfarenhet av att leva med sjukdomen och har återfått hälsan. Samtliga författare har hunnit reflektera över sin upplevelse och fått perspektiv på livet med AN. Detta leder fram till en djup, ärlig och tydlig text om upplevelsen av sin sjukdom, vilket kan vara en fördel. Självbiografierna är både informativa och skrivna med en öppenhet och med ett självutlämnande, vilket ger en god kunskap och förståelse för hur tillvaron med AN kan gestalta sig. Nackdelen med en studie baserad på självbiografier är att materialet kan vara omarbetat då författaren kan ha valt att utelämnat vissa detaljer eller händelser i sin berättelse. I skriftligt material går även kroppsspråket förlorat, vilket också är en viktig del utav kommunikationen. En intervjustudie kan således vara en god idé för att öka inblicken i människors liv med AN och på så vis öka trovärdigheten i studien. Dock menar Friberg (2006) att en narrativ ansats är en god forskningsmetod när mänsklig kommunikation vill förstås och för att skapa kunskap om hur en människa i sin livsvärld upplever hälsa och ohälsa.

Självbiografierna är unika och personligt skrivna men ur dessa kan gemensamma nämnare tas. Dessa likheter kan vara till hjälp för att bilda en bredare kunskap om hur det kan vara att leva med sjukdomen. I en kvalitativ studie kan inte resultatet överföras och representeras av samtliga som levt med AN, vilket kan vara en nackdel. Att studien utgår ifrån självbiografier skrivna av endast kvinnor kan ha påverkat resultatet. För att kunna betraktas som ett maximalt varierat urval ska variationen av deltagare enligt Kristensson (2014) vara så stor som möjligt med avseende till fenomenet (a.a.). Då inklusionskriterierna för denna studie är självbiografier skrivna av svenskfödda kvinnor kan inte urvalet betraktas som ett maximalt varierat urval. Istället kan urvalet betecknas som typisk urval vilket enligt Kristensson (2014) innebär att medvetet stäva efter att deltagarna representerar det som uppskattas vara typiskt för fenomenet (a.a.). Majoriteten av dem som insjuknar är unga flickor, dessa kan alltså representera det som kan bedömas vara typiskt för fenomenet ”Att leva med AN”. Efter urvalsutförandet återstår tio självbiografier som samtliga faller in under studiens kriterier men endast sex utav dessa används till studiens resultat. Utav de böcker som sedan plockas bort finns några som är utgivna senare än de böcker som slutligen väljs. Detta val görs utefter att dessa sex böcker bedöms innehålla de fylligaste materialet. Ingen hänsyn tas till utgivningsåret av böckerna eftersom det inte bedöms inverka på resultatet i upplevelsen av att leva med AN.

Enligt Olsson och Sörensen (2011) är kravet på vetenskaplighet lika stort oavsett forskningsmetod. I en kvalitativ forskningsmetod kan trovärdigheten värnas genom att bland annat studiens etiska överväganden redovisas, vilket har gjorts i denna studie. Vidare skriver

Olsson och Sörensen (2011) att genom tillförlitlighet kan studien uppnå en trovärdighet. I denna studie har detta tillgodosetts genom väl utarbetat metodavsnitt vilket innebär att med hjälp av den metodbeskrivning som finns kan studien upprepas och utföras igen av andra. Därför har det i studien eftersträvats att så tydligt som möjligt beskriva studiens syfte, metod, urval, datainsamling och analys. Eftersom citat både kan förtydliga upplevelser och bedöma studiens pålitlighet, har detta presenteras i studiens resultat. Enligt Dahlberg (1997) är ett validitetskriterium för en kvalitativ studie att de tidigare presenterade öppna livsvärldsperspektivet innefattar ett objektiva förhållningssätt, vilket studieförfattaren har försökt uppnå genom att angripa valt fenomen med en öppenhet. En kvalitativ studie kan också påverkas av förförståelsen till valt problem. Genom att angripa valt problemområde med öppenhet har texterna ur självbiografierna bearbetats, för att kunna förstå en annan människas livsvärld. Även då tidigare erfarenheter och en förförståelse kring företeelsen finns har dessa inte medvetet fått inverka på studiens resultat, vilket kan ses styrka tillförlitligheten i studien. (a.a.). Vidare beskriver Dahlberg (1997) att förförståelsen är en nödvändig förutsättning för att kunna erhålla kunskap. För att kunna utveckla en fördjupad kunskap om företeelsen måste en initial, allmän och prövande förståelse finnas (a.a.). Enligt Dahlberg (1997) ser verkligheten inte likadan ut överallt och alltid och därför är det inte alltid nödvändigt att en kvalitativ studie har en generaliserbarhet. Detta på grund av att urvalet i sådana studier ofta är litet och slumpmässigt. Istället kan fokus ligga på den aktuella kontexten, vilket har gjorts i denna studie (a.a.).

Under analysutförandet används Dahlbergs (1997) tolkning av analysmodell, vilken är enkel att applicera och fördjupa sig i. Att plocka ut meningsbärande enheter upplevs inte vara svårt, men att passa in dessa under olika kategorier upplevs svårare. Detta eftersom många känslor och upplevelser passar in under olika kategorier och hänger ihop på olika sätt. Att utforma resultatets teman blir därför mycket tidskrävande. Om en medförfattare hade funnits skulle detta kunnat ha diskuterats med denne och på så vis underlättat analysförförandet. Trots det kan det essentiella och väsentliga ur texterna tas fram till resultatet och det upplevs inte vara en nackdel att ha författat examensarbetet ensam

Studieförfattaren anser att studien behandlar det som är avsatt att undersökas och svarar på studiens syfte.

Resultat

Syftet med studien är att beskriva unga kvinnors upplevelser av att leva med AN vilket presenteras i studiens resultat. Ur team ett framgår hur kvinnorna upplever det svårt att till en början identifiera sig med sin diagnos, varur det belyses hur kvinnornas kropp och livsvärld förändras när de utvecklar AN. Dahlberg och Segesten (2010) menar att människans kropp är navet till hennes upplevelser och identitet. En förändrad kropp kan enligt Wiklund (2003) leda till att personen upplever sig själv annorlunda (a.a.). Av detta drar studieförfattaren slutsatsen att när kroppen förändras på grund av sjukdom, så som vid AN, förändras vår upplevelse av oss själva och vår tillgång och tilltro till världen. Detta stämmer överens med vad som framkommer ur studiens resultat då kvinnorna ser på världen utifrån ett annat paradigmen vilket visar sig vara svårt att förhålla sig till och under sjukdomens begynnelse finner kvinnorna svårigheter i att identifiera sig med sin diagnos. Majoriteten av kvinnorna i självbiografierna är i unga och befinner sig i en begynnande pubertet då sjukdomen bryter ut. Vedertaget är att puberteten för kvinnor innebär en förändrad kropp

där kvinnliga former framkommer. Studieförfattaren funderar om negativa upplevelser utav en förändrad kropp kan leda till en osäkerhet inför det egna jaget? Att identifiera sig med sin vuxna kropp menar studieförfattaren, kan vara svårt för den unga kvinnan, varur försök att undkomma den vuxna kroppen, så som självsvalt, uppkommer. Nutida forskning påvisar även att påtryckningar ifrån modeindustrins slanka skönhetsideal och en växande medieexponering kan leda till att unga kvinnors utvecklar AN (Legenbauer, Rühl & Vocks, 2008). Även då detta inte överensstämmer med vad som framkommer ur studies resultat, är detta en intressant aspekt att diskutera. Här kan man anta, att i och med utveckling av Internet, exempelvis Facebook och Instagram, färgas ungdomar i allt tidigare åldrar omedvetet av modeindustrins kroppsideal. Bardone-Cone och Cass (2007) menar även att Internet ger unga kvinnor tillgång till sidor som inspirerar till en självsvalt och därigenom hamna i en riskzon för att utveckla AN. Forum och sidor av dessa slag ökar, vilket betyder att fler unga kvinnor riskera att komma i kontakt med dem (a.a.). Av detta drar studieförfattaren slutsatsen att i och med en utvecklande medieexponering kommer troligen AN fortsätta vara ett aktuellt ämne, och förekomsten av denna patientgrupp kommer fortsätta att öka. Därför menar studieförfattaren att sjuksköterskans kunskaper om hur en förändrad livsvärld och kropp upplevs av personer med AN är av ytterst vikt i mötet med patienten.

I tema två framgår att trots sjukdom och ett stort lidande kan kvinnorna i självbiografierna uppleva ett välbefinnande. Genom nära relationer upplever de tröst varur känslor av trygghet uppstår. Det visar sig att upplevelsen av trygghet och andrum är ett lindrande som är viktigt för dem i sitt lidande och under sin tillfriskningsprocess. Detta styrker även Federici och Kaplan (2008) som menar att bli frisk från sjukdomen är en pågående process. Det är betydande att personer med AN har stöttande relationer omkring sig där de känner sig förstådda, accepterade och tagna på allvar (a.a.). Ur resultatet kan ses att relationen till sina egna föräldrar är betydande för unga kvinnor som lever med AN. Vikten av en god relation mellan förälder och barn styrks av Deas, Power, Collin, Yellowlees och Grierson (2011) som menar att då föräldrar ger sitt barn tillräckligt med utrymme och uppmärksamhet främjas barnets välmående. De menar att barn och ungdomar som inte upplever sig få tillräckligt med uppmärksamhet ifrån sina föräldrar grundar en benägenhet att utveckla depression eller AN (a.a.). Detta kan anses vara en utmaning, menar studieförfattaren eftersom dagens samhälle ofta består utav splittrade kärnfamiljer där människor lever i en tid av press och stress, där alla bestyr i vardagen kan upplevas svåra att hinna med. Detta kan leda till att föräldern inte hinner bekräfta sitt barn tillräckligt. Något som visar sig inverka positivt på kvinnornas välbefinnande är upplevelsen av att bli bekräftad och älskad och detta hjälper dem i deras tillfriskningsprocess. Detta kan förankras i Katie Erikssons förklaring (Wiklund, 2003) vad gäller att förmedla tro, hopp och kärlek till patienten, vilket kan inverka positivt på hälsoprocessen. Hon menar att ur tron kommer hoppet vilken bidrar till en känsla av meningsfullhet som i sin tur kan bringa kraft och vilja att kämpa vidare (a.a.).

Tema tre belyser hur kvinnorna upplever ett kaos av existentiella känslor vilket bringar dem ett stort lidande. Enligt Wiklund (2003) upplever människan ett lidande när hon saknar en helhet i livet eller kontroll över sin tillvaro. Detta kan kopplas till utfallet av studiens resultat där det framkommer att kvinnorna manisk kontrollerar sig själva och sin omgivning och att rädslan för att tappa kontrollen styr deras tillvaro. Orsaken till detta kontrollbehov kan tänkas grunda sig i mkt, studieförfattaren funderar om rädsla för att inte duga och orimliga prestationskrav på sig själv kan vara en faktor? Utifrån detta kan antas att orsaken bottnar i dagens högpresterande samhälle, där krav ställs på individen redan från ung ålder. Enligt

Socialstyrelsen (2011) upplever unga kvinnor idag en ökad stress och press ifrån omgivningen och skola, vilket påverkar det psykiska hälsan negativt (a.a.). Att ungdomar lever i ett samhälle av ständiga påtryckningar ifrån olika håll kan tänkas bidra till det kontrollbehov som unga kvinnor med AN enligt studien upplever. AN drabbar ofta flickor och unga kvinnor i skolålder (Hällström, 2009), vilket betyder att skolan har en väsentlig roll vad gäller att stötta och leda eleverna in i ett tryggt samhälle, som inte leder till psykisk ohälsa så som AN. Enligt studieförfattaren kan det vara en god idé att elever i skolan, vid behov, ges utrymme för vila, reflektion och samtal, exempelvis hos skolsjuksköterskan. Detta kan relateras till folkhälsoområdet om barn och ungas uppväxtvillkor där det framkommer att insatser som förhindrar psykisk ohälsa, så som AN, bör göras under så tidigt skede som möjligt under barn och ungdomars uppväxt (Statens folkhälsoinstitut, 2009:3).

I resultatet tar tema tre även upp att vid vårdssituationer då kvinnorna i studien är under tvångsvård och sondmatas uppstår känslor av maktlöshet. Att tvångsmatas är för kvinnorna en ångestfylld upplevelse där de känner sig kränkta. I denna vårdssituation saknar de kontroll och de beskriver tvångsmatningen som oerhört förnedrande och förödmjukande. Enligt Wiklund (2003) är en vårdrelation alltid asymmetrisk och det är vårdarens ansvar att genom rätta medel främja patientens hälsa och försäkra sig om att inte vården blir oetisk. En känsla av vanmakt uppstår när vårdaren försöker ta makten från patienten, vilket således påverkar hälsan negativt. Ett vårdlidande tar plats när patienten inte känner sig delaktig i sin egen vård och när hen inte känner sig sedd eller lyssnad på (a.a.). Utifrån egen erfarenhet av att leva med ätstörningar kan studieförfattaren förstå att tvångsvård vid AN kan upplevas mycket känsligt och att det kan vara svårt att undkomma att patienten vid exempelvis sondmatning inte upplever obehagskänslor, eftersom en rädsla för mat och att bli tjock är vanligt förekommande hos personer med AN. Av vikt är dock att förtydliga, i enlighet med ICN's etiska kod (Socialstyrelsen, 2005), att patienten, inte på något sätt skall behöva uppleva sig maktlös och icke delaktig i sin egen vård. I enlighet med Wiklund (2003) menar därför studieförfattaren att sjuksköterskans roll är mycket betydande vid behandling av AN och att hennes ansvar är att se till att patienten inte upplever ett ökat vårdlidande. Även Bakker et al. (2011) menar att sjuksköterskans roll är avgörande i vårdandet och under tillfriskningsprocessen hos patienter med AN. Även dem trycker på vikten av en god vårdrelation i samband med behandling. (a.a.).

Williams och Reid (2010) menar att människor med AN ofta är osäkra på om sjukdomen ger dem en känsla av kontroll eller om det i själva verket är sjukdomen som kontrollerar dem och om den är deras vän eller fiende (a.a.). Detta svarar an till vad som framgår ur studiens resultat i tema fyra, där upplevelsen av att leva med AN även innebär att uppleva rädsla för det friska. Kvinnorna i självbiografierna befinner sig vara i en känslomässig konflikt med sig själva och upplever ambivalens. De har svårt att urskilja huruvida AN har en positiv eller negativ inverkan på deras liv. Studieförfattaren funderar kring om detta kan kopplas samman med vad som påvisas i resultatet beträffande kvinnornas upplevelse av att leva med hjärnspöken, vilka styr deras sjuka tankar? Här kan antas att de hjärnspöken som kvinnorna slåss med skapar en kluvenhet inför det egna jaget och att det är svårt att urskilja om rösterna i huvudet tillhör de sjuka eller de friska tankarna. Kunskapen om att unga kvinnor som lever med AN upplever en rädsla för att bli frisk kan utöver denna studie tros ha en god överförbarhet, menar studieförfattaren, eftersom utfallet stämmer överens med tidigare forskning. Att studieförfattaren själv kan relatera till detta specifika utfall ur resultatet kan

också stärka detta utfall. Tillfriskningsprocessen påverkas av att kvinnorna känner rädsla inför vem det är utan sin sjukdom och hur livet kommer att bli som friskförklarad. Detta skulle kunna kopplas samman med tidigare forskning (William & Reid, 2010) kring att personer med AN saknar både sjukdomsinsikt och sjukdomskänsla, vilket troligen påverkar behandlingsmotivationen negativt.

Konklusion och klinisk implikation

Ur denna studie framgår hur unga kvinnor som lever med AN initialt upplever det svårt att identifiera sig med sin diagnos, eftersom deras syn på världen, kropp och livsvärld i samband med sjukdomsdebuten förändras. Det visar sig att trots sjukdom kan kvinnorna i vissa situationer uppleva ett välbefinnande och det framkommer hur betydande nära relationer är för dem, framförallt relationen till föräldrar. Tillvaron med AN består enligt resultatet av att befinna sig i ett kaos av existentiella känslor, vilket bringar dem ett stort lidande. Det belyses även hur kvinnorna tillslut försonas med sin sjukdom och istället känner en rädsla för det friska. De oroar sig för vem de är utan sin sjukdom och hur livet kommer att bli som friskförklarad.

Att förstå att någon med AN har en förvrängd kroppskänedom och en mycket låg självkänsla kan underlätta i vårdandet av den drabbade. Genom att bekräfta patienten och dennes lidande kan sjuksköterskan öka patientens känsla av att vara värdefull och betydelsefull. Med ömsesidighet och kärlek kan en människa uppleva sig bekräftad. Idag kryper uppkomsten av psykisk ohälsa och AN ner i åldrarna. För att förebygga att unga kvinnor mår så pass psykiskt dåligt att de väljer att svälta sig själva, är det viktigt att uppmärksamma problemet tidigt skede. Därför är det betydande att skolpersonal och skolsköterskor arbetar förebyggande genom att vara uppmärksamma och lyhörda inför sådana tecken som kan leda till AN.

Denna studie vill hjälpa sjuksköterskan att skapa en ökad förståelse för hur en patient som drabbats av AN kan uppleva sitt liv och sin livsvärld. Om sjuksköterskan har kunskap om hur livet kan påverkas av att drabbas av sjukdomen kan patientens situation och livsvärld bättre förstås. Därigenom kan sjuksköterskan bättre individanpassa omvårdnaden till patienten med AN. När upplevelsen av ett gott bemötande uppstår kan också hälsoprocessen främjas.

Förslag på vidare forskning är att tydligare undersöka hur faktorer som skapar ett större lidande för unga kvinnor med AN kan förebyggas och hur välbefinnandet hos dessa individer tas fram på bästa sätt. Kunskap om detta skulle kunna hjälpa sjuksköterskan förstå hur vårdperspektivet bäst överförs till unga kvinnor med AN. Relationen till föräldrar visar sig ha stor betydelse för unga kvinnor som lever med AN, därför uppmanar studieförfattaren till vidare studier inom närståendeperspektivet. Detta för att som sjuksköterska kunna bemöta, stötta och informera dem på bästa sätt, då föräldrarna är en viktig del i barnens tillfriskningsprocess.

REFERENSER

- Arkell, J. & Robinson, P. (2008). A pilot case series using qualitative and quantitative methods: Biological, psykologisk and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *International Journal of Eating Disorders*, 41, 650-656.
- Bardon-Cone, A., Cass, KM. (2007). What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 537-548.
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E. & van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16-22.
- Clinton, D., & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carney T, Louw J. (2006).. Eating disordered behaviors and media exposure. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 957-966.
- Cooper, M. J., Deepak, K., Grocutt, E. & Bailey, E. (2007). The experience of 'feeling fat' in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: an exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 15, 366-372.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Deas, S., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D (2011). The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive therapy and research*, 35, 414-424.
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 451-460.
- Federici, A. and Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats*. Borås: Studentlitteratur.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). *Från självsvält till ett fullständigt liv: En ny KBT-metod i 6 steg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Haugsgerd, S. (1999). *Psykiskt lidande: psykosomatisk bakgrund och diagnostik*. Falun: Natur och Kultur.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 26 januari 2014, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hällström, H. (2009). Ätstörningar. I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson, M. Åsberg, (Red.), *Psykiatri* (s. 423-433). Lund: Studentlitteratur.
- Internetmedicin (2013). Hämtad 5 februari, 2014, från http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=980
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

- Legenbauer T, Rühl I., & Vocks S. (2008). Influence of appearance- related TV commercials on body image state. *Journal of Behavior modification*, 32, 352-371
- Lindskog, B. I. (2008). *Medicinsk terminologi*. Norstedts Akademiska Förlag.
- Matsson, J., & Gansmoe, J. (2006). *Svältland: landet bortom allt förnuft*. Horn: JegaMediaFörlag
- Nilsson, K., Abrahamsson, E., & Häggelög, B. (2007). Cause of adolescent onset anorexia nervosa: Patient perspective. *Eating Disorders*, 15, 125-133.
- Nordlund, T. (2006). *Genom Helvetet*. Borgå: WS Bookwell.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Patching, J. and Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16, 10–21.
- Paulson Karlsson, G. (2012) Anorexia nervosa: treatment expectations, outcome and satisfaction. Örebro University.
- Rørtveit, K., Åström, S. & Severinsson, E. (2010). The meaning of guilt and shame: A qualitative study of mothers who suffer from eating difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 231–239. Socialstyrelsen. (2005).
- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Artikelnr 20-05-105-1). Hämtad 20 februari, 2014 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2011). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version 2011 (ICD-10-SE)*.
- Socialstyrelsen. (2013). Psykisk ohälsa bland unga. Hämtad 5 februari, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-5-43>
- Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 81-97.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009:3). Barn och ungas uppväxtvillkor. Hämtad 2014-03-17 från <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/3-Barns-och-ungas-uppvaxtvillkor/>.
- Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom: En bok om Anorexia*. Falun: Författarhuset.
- Strumia, R. (2005). Dermatologic signs in patients with eating disorders. *American Journal of Clinical Dermatology*, 6, 165-173
- Suhonen From, M. (2008) *En Anorexisaga*. Visby: Visby AB.
- Troop, N., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(6), 480-488.
- Troop, N. A., & Redshaw, C. (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: A 2,5-year longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 373-378.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Williams, S. & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective. *Psychology and Health*, 25(5), 551-567.
- Wildes, J. E., Ringham, R. M. & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorder*, 43, 398–404.
- Åkerman, S. (2007). *Zebra flickan*. Falun: Författarhuset.
- Österberg, H. (2007). *Varje dag har vi en liten tävling*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg.

Williams, S. & Reid, M. (2010). 'It's like there are two people in my head': A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology and Health*, 27(7), 798-815.

Bilaga 1

Urvalsöversikt

| Sökord | Träffar | Vald Biografi |
|---|---|---|
| <p>Anorexia Nervosa* biografi* Avgränsning: <i>bok, svenska, biografi och genealogi</i></p> | <p>20</p> <p>Den inre hungern (Strandberg, 2000)</p> <p>Jätten i spegeln (Arkhem, 2007)</p> <p>Jätten i spegeln (Arkhem, 2007)</p> <p>Ormen och jag (Daher Larsson, 1990)</p> <p>Då fanns ingen nåd (Hörnfeldt, 1997)</p> <p>Ta livet av mig mamma! (Käcko, 2008)</p> <p>Svältland (Mattson, 2006)</p> <p>Genom Helvetet (Nordlund, 2007)</p> <p>Genom Helvetet (Nordlund, 2007)</p> <p>Det blev inte som jag tänk mig (Persson, 2011)</p> <p>När mörkret kom (Strandberg, 2000)</p> <p>Kampen mot kylskåpet och drömmen om prinsen (Rhann, 1988)</p> <p>Man är inte så förståndig när man är sjutton år (Samson, 1996)</p> <p>Ludenben (Samuelson, 2004)</p> <p>En anorexisaga (Suhonen Frohm, 2008)</p> <p>Zebraflickan (Åkerman, 2004)</p> <p>Zebraflickan (Åkerman, 2007)</p> <p>Zebraflickan (Åkerman, 2007)</p> <p>Varje dag har vi en liten tävling (Österberg, 2007)</p> <p>Varje dag har vi en liten tävling (Österberg, 2007, 1:a uppl.)</p> | <p>6</p> <p>Svältland (Mattson, 2006)</p> <p>Genom Helvetet (Nordlund, 2007)</p> <p>När mörkret kom (Strandberg, 2000)</p> <p>En anorexisaga (Suhonen Frohm, 2008)</p> <p>(Zebraflickan (Åkerman, 2007)</p> <p>Varje dag har vi en liten tävling (Österberg, 2007)</p> |

Analysexempel

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| Meningsbärande enhet | <i>Penseln i min hand är det enda som riktigt lever. Och färgerna, det gula vilar bakom det röda, som gör ont, ont, ont. Men det är en skön, intensiv smärta som tar plats inombords och som befriar mig. Jag vet inte från vad, men det spelar ingen roll. Jag befrias (Strandberg, 2000. s. 80).</i> | <i>Jag vågar inte se frisk ut utan att känna mig frisk. Nu har jag en anledning att känna hunger, nu har jag en anledning att vara ledsen. Men så fort mina ben sjunker tillbaka in i kroppen och mina handleder återfår sin normala storlek kommer ingen att se hur jag mår (s. 18 Suhonen Frohm, 2008).</i> |
| Beskrivningskategori | Hon befrias när hon målar och upplever ett välbefinnande som ger henne andrum. | Hon oroar sig för att se frisk ut medan hon fortfarande mår dåligt inombords. |
| Tema | Att finna andrum i goda relationer och aktiviteter | Att känna rädsla för det friska |