

## **ANOREXIA NERVOSA**

Friskförklarade kvinnors upplevelser  
kring orsaksfaktorer för insjuknande

## **ANOREXIA NERVOSA**

Recovered women's experiences  
regarding causal factors for developing  
the disease

Examensarbete i Socialpsykologi  
22,5 Högskolepoäng  
Vårtermin 2014

Nathalie Abdulahad  
Jannike Holmström

Handledare: Lars-Erik Berg  
Examinator: Fredrik Palm

## **ABSTRAKT**

Anorexi nervosa är ett globalt problem men förekommer främst i Västvärlden. Det är en komplex sjukdom som orsakas av biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer som många gånger samverkar med varandra. Syftet med denna fenomenologiska studie är att få en större förståelse för hur friskförklarade kvinnor fann mening i sitt insjuknande och om det finns gemensamma nämnare i deras livshistorier. Särskilt fokus har lagts vid familjemönster och kommunikationen inom familjen. Vi har utgått ifrån symbolisk interaktionism som teoretiskt perspektiv. Studien är av kvalitativt slag där vi använde oss av semistrukturerade intervjuer som sedan tolkades utifrån en hermeneutisk fenomenologisk ansats. I vårt resultat kunde vi se att meningsskapandet kring sjukdomens olika stadier var centralt och tog sig i uttryck på olika sätt hos respondenterna. Tio teman kunde urskiljas och de viktigaste fynden var att sjukdomen på olika sätt var en aktiv handling och att den är ett uttryck för ett självhat och låg självkänsla. Vi kunde även se brist på känslouttryck inom familjen och att inte bli emotionellt erkänd av sina föräldrar var en viktig faktor. Det mest vitala resultatet var respondenternas egna uppfattningar om att anorexin var en symboliserande handling och att den handlar om så mycket mer än vikt och utseende.

Nyckelord: Anorexia nervosa, Meningsskapande, Orsaksfaktorer, Uppväxt, Familj.

## **ABSTRACT**

Anorexia is a global issue but occurs mainly in the Western world. Anorexia nervosa is a complex disease caused by biological, psychological, and sociocultural factors which often interacts with each other. The purpose of this phenomenological study is to gain a greater understanding of how recovered women created meaning in their illness and if there are mutual factors in their life-stories. We have especially focused on family patterns and the communication within the family. We have based our study on symbolic interactionism as our theoretical perspective. The study is of a qualitative nature and we used semi structured interviews which later were interpreted from a hermeneutic phenomenological approach. In our result we could see that creating meaning was central throughout the disease and was expressed in different ways by our respondents. Ten themes appeared and the most vital findings were that anorexia was an active action and that it is an expression for self-hatred and low self-esteem. We could also see that lack of expression regarding emotions within the families and not being emotionally recognized by their parents were crucial factors. The most important result was the respondents own perception of anorexia as a symbolizing action and the content of the disease is about so much more than weight and looks.

Keywords: Anorexia nervosa, Construction of meaning, Causal factors, Upbringing, Family.

## **FÖRORD**

Utan våra respondenter hade denna studie och uppsats inte kunnat genomföras. Vi vill rikta ett stort tack till er för att ni delat med er av era livshistorier.

Vi vill även tacka vår handledare Lars-Erik Berg för din visdom och ditt engagemang.

Du har inspirerat mer än vad du förmodligen tror.

## Innehållsförteckning

1	Introduktion .....	1
1.1	Inledning .....	1
1.2	Syfte och frågeställningar .....	1
1.3	Disposition .....	2
2	Bakgrund .....	2
2.1	Historik .....	2
2.2	Kriterier för anorexi .....	3
2.3	Sjukdomens komplexitet - flerfaktoriell inverkan .....	4
2.4	Biologiska faktorer .....	4
2.5	Psykologiska faktorer .....	5
2.6	Sociokulturella faktorer .....	6
2.7	Adolescensen .....	7
3	Teoretiska perspektiv .....	8
3.1	Symbolisk interaktionism .....	8
3.2	Socialisation .....	9
3.3	Meningsskapande .....	10
4	Tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter .....	13
4.1	Anorexi kopplat till meningsskapande .....	13
4.2	Anorexi kopplat till familj .....	13
4.3	Skeva ätbeteenden kopplat till familj .....	18
4.4	Anorexi som flerfaktoriell förklaring .....	18
5	Avgränsning .....	20
6	Metod .....	20
6.1	Metodval .....	20
6.2	Urval .....	21
6.3	Intervjuguide .....	21
6.4	Tillvägagångssätt .....	22
6.5	Transkriberingsprocessen .....	22
6.6	Analysmetod .....	22

6.6.1	Angreppsätt.....	23
6.6.2	Förförståelse .....	23
6.7	Etiska överväganden .....	24
6.7.1	Etiska implikationer.....	25
6.8	Validitet och reliabilitet .....	25
7	Resultat & Analys.....	25
7.1	Anorexia som aktiv handling .....	26
7.2	Viktnedgång som lyckoskapande och undvikande av negativa upplevelser ...	27
7.3	Anorexi som uttryck för självhat och låg självkänsla.....	28
7.4	Omgivningens spegling av den egna kroppen .....	29
7.5	Vägran av matintag som uttryck för kontroll och autonomi.....	31
7.6	Känslor av för mycket ansvar och ansvarstagande .....	32
7.7	Brist på känslouttryck och att inte bli emotionellt erkänd .....	33
7.8	Dysfunktionell relation mellan föräldrar .....	35
7.9	Det handlar om så mycket mer än vikt och utseende.....	36
7.10	Känslor av tacksamhet över att ha varit sjuk.....	37
8	Diskussion & Slutsatser.....	38
9	Referenser.....	44

# **1 Introduktion**

## **1.1 Inledning**

Anorexi är en komplex och destruktiva sjukdom med en mängd olika faktorer som påverkar och samverkar med varandra. Den sociokulturella påverkansfaktorn går inte att bortse från i dagens mediasamhälle. I sociala medier förses unga tjejer dagligen med en illusion av att man med en perfekt kropp kan leva sitt liv till fullo. Det har bland annat varit stora rubriker kring klädkedjors användning av utmärglade skyldockor och vilka budskap detta sänder till konsumenter och trots hård kritik är detta ett återkommande problem (Karlsson, 2012). Dock blir inte alla som exponeras för de samhälleliga värderingar som florerar i det västerländska samhället sjuka (Tozzi & Sullivan, 2003, s. 144). Detta tyder på att det inte bara beror på kulturella skönhetsideal utan det finns en större komplexitet till insjuknandet. Många forskare menar idag att anorexi har blivit ett växande problem även för kvinnor i andra delar av världen (Lundin & Åkesson, 1996, s. 133). Detta är dels på grund av att de påverkas av västerländska skönhetsideal, men även på grund av psykologiska faktorer. Familjen har ofta utpekats som en bidragande faktor för insjuknandet på grund av att familjesystemet påverkar individens personliga utveckling. Familjen är en helhet med olika subsystem vilka interagerar och påverkar varandra både positivt och negativt. Därför ses familjemönster som en faktor eller grogrund till att sjukdomen utvecklas. Den socialpsykologiska relevansen är påtaglig eftersom individen påverkar och påverkas av andras verkliga eller inbillade närvaro, vilket är i fokus för vår studie och uppsats.

## **1.2 Syfte och frågeställningar**

Huvudsyftet med denna fenomenologiska studie är att få en större förståelse för hur friskförklarade kvinnor fann mening i sitt insjuknande och sjukdomstillstånd. Vi vill undersöka om det finns gemensamma nämnare i deras livshistorier och vi lägger ett särskilt fokus vid huruvida våra respondenter upplever och beskriver att familjemönster och kommunikationen inom familjen har varit en del av utvecklingen av sjukdomen.

De frågeställningar vi tänkt använda oss av är:

- Vad är respondenternas upplevelse och tankar kring orsaksfaktorer till insjuknandet?
- Vilka emotionella reaktioner upplever respondenterna att de har utvecklat i relation till sin självkänsla under sjukdomsförloppet?
- Vilka värderingar och emotionella reaktioner har respondenterna utvecklat kring kroppen i relation till familjen?

### **1.3 Disposition**

I kapitel 2 presenterar vi bland annat historik och olika faktorer för insjuknande. Kapitel 3 tar upp vårt teoretiska perspektiv, symbolisk interaktionism. I kapitel 4 tar vi upp tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter. I kapitel 5 diskuterar vi vår avgränsning inom området. I kapitel 6 presenterar vi vald metod och hur vi genomfört studien. I kapitel 7 presenteras resultat och analys där vi redogör för de teman vi hittat och tolkningar vi gjort. I kapitel 8 redogör vi för våra slutgiltiga tankar och kopplingar till bland annat syfte och frågeställningar presenteras.

## **2 Bakgrund**

Nedan presenterar vi anorexins historik, vilka kriterier som ingår i diagnosen samt att vi redogör för komplexiteten kring sjukdomen och varför den bibehålls. Vi går även igenom vilka faktorer forskningen anser vara kärnan för utvecklandet av anorexi och varför adolescensen är en problematisk tid.

### **2.1 Historik**

Att neka sig själv mat är inget modernt problem, utan har funnits länge som en del av olika religiösa och kulturella praktiker och miljöer (Liukko, 1996, s. 18). I medeltidens Europa söktes frälsning genom långvarig fasta. Det fanns kvinnliga helgon som fick andens allmosor genom att regelbundet avstå mat. Läkare definierade detta fenomen på 1600- och 1700-talet som anorexia mirabilis, vilket innebär aptitlöshet uppväckt av mirakel. Dock råder en stor oenighet om huruvida anorexia mirabilis är något annat än anorexia nervosa, som tillhör den moderna tiden och framför allt karakteriserar den senmoderna fasen (Giddens, 1997, s. 128).

Anorexia mirabilis påverkade inte tonårsflickor och kvinnor som det gör idag, och är inte heller kopplat till dagens dyrkande av ett kroppsligt framträdande- att man skulle

försätta sig i en sådan situation för att se bra ut. Det sägs att anorexia nervosa började med fenomenet ”fastande flickor” i slutet av 1800-talet, även om detta kan tyckas vara ett övergångssyndrom från anorexia mirabilis. Dagens anorexi blev ett utbrett fenomen efter att ordet ”bantning” blev aktuellt, det vill säga på 1920-talet. I och med bantningen och förändrade värderingar om kroppsligt framträdande har anorexi blivit starkt knutet till könsskillnader. Kvinnor började intressera sig för sina kroppar på ett helt annat sätt än vad männen gjorde. Det var under 1920-talet som begreppet ”bantning” för första gången associerades till självkontroll av hälsan och vikten. Det var också under denna period som utbudet av livsmedel ökade. Allmänheten fick plötsligt fler matvaror att välja bland och på så sätt uppkom fler livsstilar. Alltså är ”bantning” bara en framträdelseform av ett mer omfattande fenomen (Giddens, 1997, s. 129).

Under 50-tal till 90-tal skedde omfattande förändringar i ideal kring kvinnokroppen. Kroppsmåtten hos Fröken Sverige har blivit allt smalare. Under 60-talet när fotomodellen Twiggy, vars kropp var betydligt mer utmärkt än tidigare modellers, fick sitt genombrott, startade även en bantningsepidemi där unga flickor eftersträvade att få en kropp liknande hennes. I dagens samhälle handlar utseende och kroppsideal snarare om att förmedla ett hälsosamt leverne. Detta kan dock leda till ett destruktivt beteende då vi lär barn redan i tidig ålder att övervikt är skambelagt och något att undvika. Denna strävan efter ett ”hälsosamhälle” idealiserar den smala kroppen men resulterar i en skev föreställning i vad hälsosamt egentligen är (Lundin & Åkesson, 1996, s. 128).

## **2.2 Kriterier för anorexi**

Benämningen anorexia nervosa är grekiska och betyder nervös aptitlöshet. Ordets innebörd syftar till att personen är utan aptit men i verkligheten kämpar dessa personer mot impulsen att äta. Sjukdomen framträder oftast i tonåren och det är vanligare bland unga kvinnor än bland män (Clinton & Norring, 2002, s.32).

De diagnostiska kriterierna är enligt DSM-IV en vägran att upprätthålla normalvikt för sin längd och ålder vilket resulterar i att man har en kroppsvikt som är mindre än 85 % av den förväntade vikten. Individerna har trots sin undervikt en rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock. Man har en skev kroppsuppfattning och självkänslan är



överdrivet påverkad gällande kroppsvikt och dess form. Man förnekar även allvaret i sin låga vikt. Amenorrhé, vilket innebär att tre menstruationer i rad har uteblivit, skall även ha uppstått. Det finns undertyper av anorexi där man enbart ägnar sig åt självsvält alternativt med hetsätning eller självrensning (Morrison, 1995, s. 389). Självmondsstatistiken är hög bland anorektiker men sjukdomen kan även resultera i dödlig utgång på grund av att organen kollapsar (Rosling, Sparén, Norring & von Knorring, 2011).

### **2.3 Sjukdomens komplexitet - flerfaktoriell inverkan**

Clinton och Norring (2002) menar att man kan diskutera anorexins uppkomst och utveckling utifrån specifika orsakssamband; biologiska, sociokulturella och psykologiska faktorer. Man kan även diskutera anorexins etiologi utifrån individens kronologiska utvecklingsprocess - alltså vilken betydelse olika faktorer kan ha vid olika tidpunkter i livet. Dessa innefattar predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer. *Predisponerande faktorer* innebär tidiga utvecklingsprocesser eller händelser som skapat en grogrund eller en sårbarhet för att utveckla sjukdomen. Exempel på detta är familjemönster, kulturella värderingar och den tidiga personlighetsutvecklingen. *Utlösande faktorer* förklaras som händelser som uppstått i samband med sjukdomens början och som anses trigga igång sjukdomen. Vanligt förekommande är bantning och trauman. *Vidmakthållande faktorer* anses oftast vara psykologiska men även biologiska. Dessa beskrivs som processer som bidrar till att man upprätthåller ätstörningssymtomen (2002, s. 67).

### **2.4 Biologiska faktorer**

Det biologiska perspektivet fokuserar på det genetiska arvet samt fysiologiska och endokrinologiska processer som predisponerande faktorer (Clinton & Norring, 2002, s. 68). I studier rörande det genetiska arvet tittar man på förekomsten av ätstörningar i släkten och om man kan se tendenser till att anorexi är vanligare bland släktingar till patienter med en ätstörning än bland övrig befolkning. Problematiken vid familjestudier är dock att det är svårt att urskilja om sjukdomen beror på genetisk inverkan eller om det är på grund av miljöpåverkan (2002, s. 69). Man har även problem med att urskilja

vad exakt det är som nedärvs eftersom det kan vara brister i aptitreglering, en viss coping-stil eller impulsivitet.

De fysiologiska och endokrinologiska processerna gäller bland annat störningar i hypotalamiska funktionerna vilket kan orsaka amenorré. Man undersöker även eventuell brist på hormoner och transmittorsubstanser såsom serotonin, som bland annat hämmar hunger (2002, s. 70).

## **2.5 Psykologiska faktorer**

Enligt Clinton och Norring (2002) finns det ett brett fält av olika psykologiska faktorer som kan vara till grund för utveckling av anorexi. Teman såsom trauman, den tidiga utvecklingen, familjemönster samt kognitiva och beteendemässiga faktorer utforskas. "Den psykiska utvecklingen under både barndomen och adolescensen har länge ansetts som en viktig etiologisk faktor vid ätstörningar" (Clinton & Norring, 2002, s. 83). Man fokuserar då på utvecklingen som en grogrund för ätstörningar och hur denna kan bidra till eventuella förutsättningar för att vidmakthålla en ätstörning. I samband med detta nämns ofta familjemönster, vad familjen har för kommunikation- och samspelsmönster samt hur man hanterar konflikter (Clinton & Norring, 2002, s. 83). Många teorier gällande den tidiga psykiska utvecklingen kommer från psykoanalytiker såsom Sigmund Freud som främst betonar betydelsen av det omedvetna i ens psykiska utveckling. Såsom drivkrafter och bortträngda aspekter av ens liv. Perspektivet betonar den individuella utvecklingen som en förutsättning för att en ätstörning ska uppstå. Det är utvecklingen som ligger till grund för vilken utsträckning normer och budskap om ideal i samhället påverkar barnet (2002, s. 84).

Trauman berör svåra upplevelser såsom övergrepp och våldtäkt men även andra traumatiska upplevelser under barndomen såsom mobbning och försummelse. Dessa ses huvudsakligen som predisponerande och utlösande faktorer (2002, s. 78).

De kognitiva och beteendemässiga faktorerna innebär den positiva förstärkning individen får genom positiva reaktioner från omgivningen i samband med viktminskning. De innefattar även den negativa förstärkning som utvecklas i samband att man undviker den ångest som är kopplad till matintag och viktökning (Clinton & Norring, 2002, s. 82). Glantz (2000) menar att det inte anses vara fint att kommentera

andra människors utseende i deras närvaro med undantag för viktnedgång. ”Den som synligt minskat i vikt väcker idag sådan beundran hos sina medmänniskor att han eller hon får vara beredd på hyllningar i snart alla tänkbara sammanhang” (Glant, 2000, s. 25). Få har en självkänsla som inte påverkas av kommentarer från andra gällande sitt utseende och tyvärr vet inte den som ger en kommentar eller komplimang vad det kan sätta igång för processer och tankar hos den som får feedbacken (2000, s. 27).

## **2.6 Sociokulturella faktorer**

”Sociokulturella faktorer ses ofta som allmänna riskfaktorer för ätstörningar, som omständigheter som utgör en grogrund för utvecklandet av problematiken” (Clinton & Norring, 2002, s. 73). Många forskare hävdar och har funnit underlag för att det västerländska smalhetsidealet och objektifierande av kvinnokroppen innebär stora riskfaktorer för utvecklandet av ätstörningar (Striegel-Moore & Bulik, 2007, s. 184). I det västerländska samhället finns idag en oenighet mellan kroppens naturliga behov och det kontrollerade förhållningssättet då kroppen anses vara ett medel för att uppfylla ett kulturellt uppsatt ideal (Lundin & Åkesson, 1996, s. 135). Detta blir tydligt i sättet exempelvis reklam produceras. Vackra och vältränade modeller väljer livsstil genom att välja en viss produkt. Det underliggande budskapet är att man ska vara medveten om hur man ser ut och göra ett aktivt val kring sin livsstil. Men detta val innebär naturligtvis inte att man kommer se vackrare ut. Livsstilen blir explicit genom kroppen. ”Kroppen avslöjar vem som har karaktär och viljestyrka (...)” (Lundin & Åkesson, 1996, s. 138).

Glant (2000) återberättar en klients upplevelse som själv nämnt tidningar och media som utlösande faktor, att hon ”utsattes för fel stimuli vid fel tidpunkt när hon saknade tillräckligt med stöd och skydd från vuxenvärlden” (Glant, 2000, s. 17). Vuxenvärlden ofta förmedlar att ”bara de unga kvinnor som har mycket smala kroppar duger till att visa snygga och häftiga kläder i de tidningar som stora flickor läser” (Glant, 2000, s. 17). Den bild som ständigt presenteras i media är kvinnor och flickor som är smala, vackra och sunda och detta underbygger en längtan hos “vanliga kvinnor” att se ut som dem. Media bygger på olika sätt upp en konstlad bild över hur kvinnor bör se ut. Den industri kring bantning och utseende som uppstått omsätter miljardbelopp till

följd av kvinnors försök att uppnå dessa ideal. "90-95% av alla kvinnor har en kroppsvikt som ligger över det ideal som presenteras i massmedia" (Seid, 1994, s. 8).

Nyinsjuknandet av ätstörningar har ökat de senaste 50 åren samtidigt som fenomenet är relativt ovanligt utanför den västerländska kulturen. Det är därför naturligt att påstå att den sociokulturella aspekten med tillhörande ideal och normer hör samman med sjukdomens etiologi. Som tidigare nämnt är det betydligt fler kvinnor än män som insjuknar. Detta kan vara ett tecken på att värderingar, normer och ideal kring kvinnokroppen i det västerländska samhället påverkar utvecklingen av ätstörningar (Clinton och Norring, 2002, s. 73). Vissa hävdar att kvinnor i större utsträckning pressas att acceptera sociala normer, vilket riskerar öka risken för att utveckla ätstörningar (2002, s. 76).

Vissa feministiska teorier berör varför i synnerhet kvinnor insjuknar. Diskussionen har ofta kulturhistorien som utgångspunkt där mammans uppfostringsansvar står i fokus, såsom att mamman projicerar sina egna behov på barnet istället för att lyssna till barnets känslor och behov. Anorexin blir då en följd till ett uttryck för den egna autonomin och förknippas med kontroll av kroppen och närmiljön (2002, s. 75). Dock finns det de som anser att kvinnor är aktiva deltagare av slankhetsidealen i kulturen istället för förtryckta offer och att kvinnor har en upptagenhet av sina egna kroppar (2002, s. 75).

## **2.7 Adolescensen**

Under adolescensen, som infaller under tonåren, möter barnet många olika förändringsprocesser då det är en övergångsperiod från att vara barn till att bli vuxen (Kaplan, 1987, s. 11). Vid adolescensen infaller även puberteten, vilket innebär det biologiska utvecklandet mot vuxenlivet, men det är även en tid för emotionella och sociala utvecklingsstadier. Dessa olika aspekter kan leda till att adolescensen blir en turbulent period (1987, s. 25). "I sitt avsked från barndomen måste varje tonåring fatta beslut, till stor del omedvetet men också medvetet, om vilka aspekter av det förflutna som skall tillåtas leva kvar i framtiden" (1987, s. 16).

Erik Erikson (2009) utvecklade en teori om psykosociala stadier som riktades mot en miljöbetingad och social kontext. Adolescensen är den utvecklingsfas som anses vara

mest problematisk för identitetskapandet, där de psykosociala kriserna är identitet kontra identitetsförvirring. Den största frågan vi ställs inför under denna fas är "(...) vem vi anser oss vara, jämfört med vad andra kan tro att vi är eller försöker vara" (Erikson, 2009, s.130). Under tonåren experimenterar vi och testar olika roller. Smink och kläder kan komma att få stor betydelse men bara en genuin känsla av att veta vem man är ger stabilitet. Finner man inte en existentiell identitet kan förvirring uppstå kring sitt själv vilket även förvirrar andra (2009, s. 131).

Hallerstedt (1996) menar att insjuknandet är kopplat till en vägran att utvecklas till en vuxen kvinna. Sådant som förknippas med kvinnlighet, så som menstruation, bröst och former, är centralt för självhat och äckelkänslor. Detta, samt maten, associeras omedvetet med modern och det potentiella moderskapet (1996, s. 286).

### **3 Teoretiska perspektiv**

Vi har i denna uppsats använt oss av symbolisk interaktionism som utgångspunkt och förklaringsmodell för anorexi. De två största huvudområdena inom detta perspektiv är socialisation och meningsskapande, vilket vi tar upp som viktiga komponenter i utvecklandet av sjukdomen.

#### **3.1 Symbolisk interaktionism**

Det teoretiska perspektiv som är utgångspunkt för denna uppsats är symbolisk interaktionism. Begreppet "symbolisk" i beteckningen innebär att man lägger vikt vid att mycket av våra handlingar och beteenden är symboliska, det vill säga att man använder exempelvis ting, rörelser och ljud på ett sätt som syftar på något annat än sig självt. "Många beteenden och handlingar får ofta en symboliserande effekt, även då de inte direkt avsetts som sådana av den som utför dem" (Värnlund, 1975, s. 32). Med "interaktion" menas att två saker står i relation till varandra och därmed kan påverka varandra. Detta innebär att människor "påverkar och förändrar varandras motiv, föreställningar och intressen" (Värnlund, 1975, s. 32).

Perspektivet fokuserar på sociala interaktioner som en enhet för studier och ser individen som en aktiv aktör som ständigt formas i samspel med andra. Man ser dock att mänskligt beteende inte endast beror på sociala interaktioner, utan även av

interaktionen inom individen. Människor påverkas i olika situationer och kontexter av andra men även den egna tanken påverkar våra handlingar. Individen genomför en handling utifrån hur denne definierar situationen den står inför. Perspektivet tillför en betoning på nutid utöver det förgångna. Detta innebär dock inte att symbolisk interaktionism utesluter det förflutna som en påverkansfaktor i nutid utan att det uppstår i situationer som man möter senare i livet (Charon, 1979, s. 24).

Symbolisk interaktionism fokuserar på jagets och medvetandets ursprung och progression. De grundläggande antagandena inom interaktionismen är att ”det sociala samspelet föregår och skapar individens medvetande och jaguppfattning” (Boglund, 1975, s.11). Detta syftar på socialisationen, det vill säga de processer där en individ fostras in i en kultur eller social grupp. Perspektivet menar även att språket är den viktigaste förutsättningen i det sociala samspelet.

### **3.2 Socialisation**

Enligt Berger och Luckmann (1998) är det under den primära socialisationen individens första värld konstrueras. I varje människas liv finns det en tidssekvens och genom denna utvecklas vi till sociala varelser. Barnet får på så vis mening och förståelse av verkligheten där individen tillträder en värld där andra redan lever. Det hela börjar med en process som kallas internaliseringen som sker under barndomen där de signifikanta andra blir de mest vitala i barnets liv. Dessa är föräldrarna men med tiden identifieras det fler signifikanta andra till exempel syskon och mor- och farföräldrar. En individ kan inte bli helt och hållet mänsklig utan samvaro i sin primärgrupp, vilken består av dessa signifikanta andra (Cooley, 1981, s. 14). Vår mänskliga natur kan inte existera separat i bara en individ, utan existerar snarare i en gruppnatur som utvecklas och uttrycks i våra primärgrupper (1981, s. 13). Med den ”mänskliga naturen” menar Cooley de impulser och känslor som är karaktäriserande för vår djurart.

Den primära socialisationen innefattar mer än kognitiv inläring då denna fas sker under villkor som är starkt känslomässigt laddade. Barnet identifierar sig med de signifikanta andra på en mängd känslomässiga sätt och internaliseringen kan inte ske utan detta känslomässiga band (Berger & Luckmann, 1998, s. 155). Genom att barnet identifierar sig med sina nära övertar det deras attityder och roller, det vill säga

internaliserar dessa och gör dem till sin egen subjektiva verklighet. Med hjälp av denna identifikation med de signifikanta andra lär sig barnet att identifiera sig själv, vilket är avgörande för upplevelsen av sig själv som självständig och autonom individ. Minuchin m.fl. (1978) framhäver att autonomi och tillhörighet är vitala för människans identitetskapande och att ”det är inom familjen som barnet utvecklar en känsla av sig självt som en självständig individ, vilken tillhör och kan förlita sig på en specifik grupp” (Minuchin m.fl., 1978, s 52, egen översättning).

Identifikationen, som är essentiell under individens primära socialisation, är inte lika nödvändig under den sekundära socialisationen. ”Grovt uttryckt måste man älska sin mor men inte nödvändigtvis sin lärare” (Berger & Luckmann, 1998, s. 166). Läraren i detta citat är en del av den sekundära socialisationen, och därmed inte en signifikant andre under barnets primära socialisation.

När barnet trätt in i den sekundära socialisationen betyder det att hon inte bara identifierar sig med konkreta andra utan nu även med ett samhälle (Berger & Luckmann, 1979, s. 157). Trots att identifikation inte är lika nödvändig är fortfarande de signifikanta andra viktiga för individens fortsatta bekräftelse av identiteten under den sekundära socialisationen. ”För att fortfara att känna sig säker på att han är den han tror han är, behöver individen inte bara den implicita bekräftelse på denna identitet som även tillfälliga vardagskontakter ger, utan den explicita och känslomässigt laddade bekräftelse som hans signifikanta andra förser honom med” (Berger & Luckmann, 1979, s. 175).

Under den sekundära socialisationen får individen flera signifikanta andra i olika relationer och på olika nivåer. Det kan exempelvis gälla kompisar och kärleksförhållanden. Har man inte fått den totala emotionella bekräftelsen som ingår i den primära socialisationen finns det en stor risk att man söker denna bekräftelse hos andra signifikanta andra i vuxen ålder. Dock kommer de signifikanta andra som tillkommer på senare år aldrig vara likvärdiga med den emotionella betydelse som man bör få från de allra första signifikanta andra, alltså föräldrarna.

### **3.3 Meningsskapande**

Människans erfarenhet har en social dimension där organismen eller jaget existerar inom ett fält med andra människor. ”(...) det lilla barnet lär sig att forma sitt

uppträdande och delta i sociala relationer till andra och på så sätt också får ett jag” (Hewitt, 1981, 84). Jaget är huvudsakligen en social konstruktion och skapas i människans sociala erfarenhet. När ett jag har uppstått förser det sig med sociala erfarenheter. På så sätt menar Mead att vi kan tänka oss ett absolut ensamstående jag, men det är omöjligt att tänka sig ett jag som inte uppstått från social erfarenhet (Mead, 1976, s. 112). Man föds inte med en medvetenhet om sin kropp utan detta utvecklas allt eftersom man växer upp och man lär känna sin kropp genom kontakt med andra och omvärlden (Giddens, 1997, s. 71).

Mead menar att det finns två stadier i utvecklandet av jaget: leken och spelet. I lekstadiet tar sig barnet an personers roller som på något sätt har trätt in i dess liv. Exempel på dessa personer skulle kunna vara signifikanta andra och på så sätt går det att jämföra detta stadie med den primära socialisationen. I spelstadiet har personen blivit alla de andra som deltar i den gemensamma handlingen. För att effektivt kunna spela sin roll måste man ha hela den organiserade aktiviteten inom sitt jag. Personen har då inte bara tagit över en specifik persons roll, utan snarare varje persons roll som deltar i den gemensamma handlingen.

Mead lade stor vikt vid människors meningsskapande. Enligt Mead är vårt meningsskapande triadiskt och en ständigt pågående kommunikationsprocess. Med en “triadisk relation” menar han det som uppstår när 1) person A kontaktar person B, 2) person B reagerar på ett visst sätt och 3) därmed har en handling som var initierad av person A’s kontakt uppstått (Mead, 1976, s. 75). Denna relation mellan gesten, anpassningsresponsen och resultatet som uppstår av den sociala handling som gesten initierar, är grunden för mening. Mening skapas, formas och grundas genom människors handlingar. Alltså är det inte individen själv som skapar mening, utan det skapas snarare i den andres reaktion (Berg, 1992, s. 43). I denna spegelrelation börjar barnet identifiera sig med de signifikanta andra och är en del i sökandet efter en kroppsbild. Det är till störst del modern som står för den speglade funktionen. Speglingen kan vara konkret visuell men även inbillad vilket innebär att den till stor del uppfattas symboliskt (Hallerstedt, 1996, s. 275). Denna spegling i den triadiska relationen är av stort intresse för oss. När det barnet får en negativ respons från sina signifikanta andra börjar det internalisera detta och tro på den negativitet hon uppfattar om sig själv. Alltså har



mening skapats i den andres reaktion gentemot henne. Viktigt att förtydliga är att den triadiska speglingsprocessen främst är kognitiv men beroende på den känslomässiga relation barnet har till den som speglar kan speglingen bli högst emotionell. Skulle det exempelvis vara en förälder kan detta påverka barnets självkänsla och upplevelse av det egna värdet både positivt och negativt.

Det intressanta är den sociala erfarenhets- och beteendeprocess som visar sig under denna triadiska relation (Mead, 1976, s. 72). Den sociala processen, som består av kommunikation, har ansvaret för att nya föremål dyker upp i individers verklighet. Genom symbolisering bildas föremål som inte har bildats förut, och dessa objekt skulle aldrig existera om det inte vore för den sociala kontexten där symboliseringen sker (1976, s. 73). Språket är inte enbart en symbol för ett objekt eller en situation som redan existerar, utan det möjliggör också existensen för ett objekt eller situation. Språket är alltså en del av den process genom vilket objektet eller situationen skapas. Detta innebär att den sociala kontexten kan ha skapat den anorektiska flickan genom att anorexin blir en symbol för de intryck hon fått från den triadiska relationen.

Strukturer är de sociokulturella, psykologiska och kroppsliga mönster som guidar vår uppfattning och hur vi handskas med världen (Bullington, 2007, s. 170). Människor som har blivit blockerade i en kroppsmening har inte lyckats omvandla dessa strukturer för att kunna handskas med sådant som är omskakande och nytt och det finns inte längre något meningsskapande i den rådande livssituationen. ”Strukturerna fungerar inte, och kroppen har tagit över meningsskapande i ett försök att ’svara’ på en utmaning på den psykosociala nivån” (Bullington, 2007, s. 169).

Under meningsskapandet formas även individers självkänsla och denna utvecklas kontinuerligt under livets gång. Det är under den triadiska relationen självkänslan skapas och andra människor i ens omgivning påverkar konstant individens bild av sig själv. Hewitt (1981) menar att självkänslan finns med som ett underlag i alla interaktioner och situationer vi möter i livet. Detta gör människan känslig för andra och deras bedömningar. Låg självkänsla gör att andras positiva egenskaper upphöjs medan den egna personen nedvärderas. Det kan även medföra ångest, psykisk spänning och oro. Hewitt menar vidare att det finns empiriskt stöd för relationen mellan låg självkänsla och ångest. Det uppstår en ond cirkel där ”en person med hög ångestnivå

inför en kontakt med andra är benägen att också vara mer sårbar för deras kritik och att fördöma sig själv” (Hewitt, 1981, s. 109).

## **4 Tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter**

Vi kommer presentera tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter kring meningsskapande och hur familjemedlemmar kan påverka individens ätbeteende. Vi kommer även presentera ett multifaktoriellt synsätt på anorexi.

### **4.1 Anorexi kopplat till meningsskapande**

Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud och Holte (2006) utförde en kvalitativ studie som systematiskt utforskade meningsskapandet som kvinnor med anorexi attribuerar till deras anorektiska beteende. Respondenterna uppgav att sjukdomen är för komplex för att enbart vara en fysisk sjukdom. Av de 18 respondenter som deltog var det endast en som inte angav några tydliga indikationer på att ha skapat mening i sin sjukdom. Exempel på teman som kom upp var ”undvikande”, vilket syftade till att man undvek negativa känslor och upplevelser som kunde härledas till press och förväntningar, både från dem själva men även från familjen. Till följd av detta upplevde man känslor av ensamhet, sorgsenhet och ilska. Anorexin hjälpte dem att hantera och undvika dessa känslor. Temat ”omsorg” syftar till att framkalla omsorg från andra människor i sin närhet. Respondenterna upplevde att närstående inte uppmärksammade dem och att de i och med sjukdomen fick den omsorg de saknat. I temat ”kommunikation”, använde man anorexi som ett hjälpmedel för att kommunicera. Många uttryckte att de hade svårigheter att uttrycka sig till närstående och att de känt så under en längre tid. Anorexin blev ett hjälpmedel vilket gjorde att människor varseblev att något var fel. Denna artikel är av intresse för oss då den visar på sjukdomens komplexitet och att problematiken är mycket mer än utseendefixering. Artikelns fokus på meningsskapande relaterat till omgivningen, främst familjen, är av stor vikt för vår studie.

### **4.2 Anorexi kopplat till familj**

I Tozzi och Sullivans (2003) studie intervjuades 69 kvinnor som genomgick behandling för anorexi cirka 12 år tidigare för att se hur de idag såg på orsaksfaktorer till insjuknandet. Den faktor som i störst utsträckning nämndes var dysfunktionella

familjer. Mer än en tredjedel av respondenterna underströk familjedysfunktion som orsak för utvecklandet av deras anorexi. Exempel på familjeproblematiken inkluderade särdrag såsom överbeskyddande föräldrar, dålig relation till sina föräldrar, psykisk misshandel, brist på omsorg från föräldrarna, förlorad barndom och påträngande familjekonflikter. Två andra kategorier gällande familjeförhållanden visades i resultat. 1) Vikt-och matproblem inom familjen vilket innebar att familjen betonat vikten av att äta rätt och träna, att bantning förekom inom familjen eller att man vuxit upp med en närstående som varit gravt överviktig. 2) Föräldrars förväntningar, vilket exemplifieras med föräldrar som aldrig är nöjda samt att de varit strikta. Respondenterna nämnde i synnerhet faderns höga förväntningar. Då familjeaspekter är i fokus för vår studie är detta intressant att studera närmare.

Liukko (1996) har i sin forskning kommit fram till att mammor i anorektiska familjer har haft en stor bidragande del till döttrarnas insjuknande. I denna kvalitativa studie uttryckte respondenterna i flera fall att deras mammor uppfattades som överviktiga och pådrivande gällande ätandet. Flickorna uppmanades inte att banta utan uppmanades istället att de skulle äta upp allt på tallriken, inte fuska med maten och så vidare. Liukko menar att det då skapas en form av kontrollkedja då mamman kontrollerar dottern, som i sin tur kontrollerar sitt matintag. Liukko menar vidare att ätandet förknippas med moralnormer och maten blir en manège för en kamp om frihet.

Liukko betonar även syskonens betydelse för utvecklandet av sjukdomen. För en tonårsflicka kan en bror representera en familjemedlem men han är även en representation av det manliga könet i allmänhet. Flickan kan därför föreställa sig att han har en kännedom om hur andra pojkar tycker och tänker, vilket kan ge honom stort inflytande i det han uttrycker. Liukko menar att negativa kommentarer från familjemedlemmar blir en sorts spegel som visar en oönskad bild av flickan. Detta blir intressant i vårt arbete då alla familjemedlemmar kan komma att spela roll för insjuknandet, inte bara föräldrar utan även syskon.

Wallin, Roijen och Hansson (1996) utförde en kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie. De undersökte totalt 51 familjer som hade ett barn med anorexia, 33 svenska och

18 danska familjer. Dessa forskare, liksom många andra, hävdar att familjer med barn som har anorexi inte är en homogen grupp utan har olika familjestrukturer, mönster och kommunikation (Minuchin, Rosman och Baker., 1978). De ville därför i sin studie undersöka om man kunde dela upp familjerna i olika grupper. Detta för att familjerna kan komma att behöva olika former av terapeutiska interventioner. Man urskilja tre grupper; centripetal, balanserad och centrifugal. Centripetal innebär att familjen ser omvärlden som ett hot och det är bara familjen som kan tillgodose emotionella behov. Motpolen till centripetal är centrifugal, vilket innebär att familjemedlemmarna istället söker sig till omvärlden då familjen inte upplevs som en central plats för att tillfredsställa emotionella behov. Båda poler tyder på en dysfunktionalitet inom familjen. En balanserad familj syftar till en neutral grupp. Forskarna kunde inte påvisa att skillnader mellan familjerna innebar en mer eller mindre allvarlig risk för anorexi. De kan däremot förutsäga att anorexipatienter i centrifugalklassade familjer har den sämsta förutsättningen för tillfrisknande. Forskarna att man bör ta hänsyn till om familjerelationerna i de centripetala grupperna såg ut så innan insjuknandet eller om det har skapat sådana band på grund av sjukdomen. Detta blir relevant för vår studie då olika former av dysfunktionalitet inom familjen kan leda till barnets insjuknande.

I en litteratursammanställning gjord av Gale, Cluett och Laver-Bradbury (2013) fokuserade man på att finna förklaring till hur relationen mellan fäder och deras barn har bidragit till insjuknande av anorexi och bulimi under adolescensen. Vi kommer utifrån denna studie bara fokusera på resultaten gällande anorexi. I de olika studierna kunde vissa tendenser i kommunikationsmönster mellan far och dotter länkas till anorektiska beteenden. En bra relation och öppen kommunikation med fadern kunde bidra till att motverka ätstörningar medan motsatsen kunde leda till ökad risk för ätstörningar. Om flickan kände sig ignorerad eller oälskad av föräldrarna hade pappan större inverkan än mamman när det gällde utvecklandet av en ätstörning. Om föräldrarna hade en dålig relation kunde även detta vara en bidragande faktor för dottern att utveckla anorexi. Litteratursammanställningen kan kopplas till vår studie eftersom den visar att en brist på bra relation till sina föräldrar samt att en dysfunktionell relation mellan föräldrarna kan leda till ätstörningar hos barnet.

Under 70-talet genomförde Minuchin, Rosman och Baker (1978) omfattande kvalitativa studier gällande familjemönster och kommunikation i familjer vars barn diagnostiserats med anorexia. Forskarna menar att familjer kan ses utifrån tre nivåer; individen - alltså medlemmarna som utgör familjen, subsystem - vilket innebär konstellationer mellan familjemedlemmarna och slutligen familjen - vilket syftar till hela gruppen (1978, s. 30).

Minuchin m.fl. menar att de under deras observationer kunde urskilja fyra olika samspelsmönster och karaktärsdrag i familjerna. Dessa karaktärsdrag var insnärjda familjer, överbeskyddande familjer, rigida familjer, samt att det fanns brister i konflikthanteringen inom familjerna (1978, s. 30).

Med insnärjdhets menas en överdriven form av närhet i samspelet i familjen. Detta kan få följder i alla nivåer i familjesystemet. Eventuella förändringar hos en familjemedlem eller relationen mellan två medlemmar kan få konsekvenser för hela familjen. Det finns ofta otydliga och svaga gränser inom en insnärjd familj och de är därför lätta att överskrida. Om en förälder inte tar vuxenansvar kan detta leda till att barnet istället agerar förälder gentemot syskon och föräldrar. Konsekvenserna på individnivå kan bli att den personliga utvecklingen hindras då gränserna som definierar en individuell självständighet är alltför svaga. Minuchin m.fl. menar att individer i alla familjer anpassar sig till familjesystemet men att individen i dessa familjer försvinner. Överdrivet umgänge skapar brist på privatliv och personlig integritet (1978, s. 30).

En social tillhörighet uppfyller inte sökandet efter den personliga identiteten. Man konformerar till en grupp för att känna grupp tillhörigheten och få en social identitet. Men detta innebär inte att man har utvecklat en personlig identitet. "Individerna tenderar att utveckla en rad olika själv utan någon inre kärna av självidentitet" (Giddens, 1997, s.123).

Familjer med överbeskyddande tendenser har ofta en stor oro för sina medlemmar och deras välbefinnande. Det kan vara att man skyddar barnet genom att ge konstant omsorg och skydd mot omvärlden. Familjen är också mycket känslig för bekymmer och konflikter. Minuchin m.fl. (1978) menar att detta beteende kan leda till att föräldrarna hämmar barnets personliga utveckling, kompetens och intressen utanför familjen, men det kan även leda till att barnet känner ett ansvar för att skydda sin familj. Upplever

barnet att familjen förenas på grund av sjukdomen kan detta utgöra en förstärkning för att bibehålla den.

Rigida familjer har svårt att anpassa sig till nya situationer vilket gör att de alltid vill behålla sin situation oförändrad samt förnekar eventuella behov av förändring. Dessa familjer är väldigt känsliga för yttre påverkan som kan komma att inverka på deras mönster, såsom en anhörigs bortgång eller arbetsförändringar. När ett barn i en fungerande familj når adolescensen kan familjen anpassa regler och transaktionsmönster som tillåter ålderslämplig självständighet samtidigt som familjen kan bibehålla en bra kontinuitet. En rigid familj har däremot svårigheter att anpassa sig och håller sig kvar vid det invanda interaktionsbeteendet. Individuellt självbestämmande uppmuntras inte då det riskerar att skapa förändring inom familjen.

Det rigida och överbeskyddande beteendet i psykosomatiska familjer kombinerat med ett inskrivet familjemönster kan medföra att konflikter ofta uppstår. Familjen har svårigheter att hantera och lösa problemen. Det bildas istället en ond spiral av återkommande olösta problem. Ofta är det en förälder som undviker konflikter genom att exempelvis förneka konflikten eller fysiskt lämnar situationen när det uppstår ett problem, diskussion eller en konflikt. Andra har öppna konflikter och diskussioner men brister i kommunikationen gör att de inte får sin lösning (1978, s. 31).

Subsystemen ”makar” och ”föräldraskap” är av särskild relevans i västvärlden. Relationen mellan makar inkluderar inte barnen. Trots detta är funktionen viktig för barnets uppväxt. Är subsystemet dysfunktionellt genljuder det i hela familjen och påverkar de andra medlemmarna. Föräldrar är förebilder för barnet på olika plan och ger en bild av hur intima relationer kan se ut, hur man bemöter det andra könet, barnet får se hur man uttrycker känslor samt hur man hanterar stress och konflikter (1978, s. 54).

Subsystemet som benämns som ”föräldraskap” innefattar funktioner i barnuppfostran såsom vägledning, omvårdnad och kontroll. Exempelvis så lär sig barnet förmedla vad det vill och vilka förväntningar det kan ställa på sin omgivning. Barnet lär sig även huruvida den får stöttning med sina behov, hur konflikter bör hanteras och vilka beteenden som bör kontrolleras. Allt eftersom barnet växer förändras dennes behov, likaså bör mönstren i subsystemet. Föräldrarna bör agera mer återhållsamt i sin

auktoritet och vägledning när barnet signalerar att det har ökad kapacitet och behov av självkontroll och beslutsfattande (1978, s. 55).

### **4.3 Skeva ätbeteenden kopplat till familj**

Abramovitz och Birch (2000) genomförde en kvantitativ studie på 5-åriga flickor vars föräldrar gått på dieter och på hur detta påverkade deras syn på vikt och ideal. Studien bestod av en kontrollgrupp av flickor vars föräldrar gått på någon form av diet det senaste året och jämförde detta med flickor vars föräldrar inte utövat någon diet. Resultatet visade att flickorna vars föräldrar nyligen gått på dieter hade dubbelt så hög risk att utveckla värderingar och åsikter angående detta än flickorna i kontrollgruppen. Döttrarna utvecklade åsikter kring dieter endast om familjen hade en historia av övervikt eller om mamman i rådande stund eller nyligen hade gått på diet. Man fann inget bevis för att pappornas diet- eller vikthistoria skulle påverka flickornas syn på dieter. Abramovitz och Birch (2000) menar att detta tyder på att informationen som överförs från mamman till dottern börjar redan innan flickorna börjar anamma beteendet. Denna överföring kan te sig på en mängd olika sätt, bland annat via explicita instruktioner och observationsinlärning.

Trots att denna artikel inte riktar sig specifikt mot anorexi är den viktig då den belyser hur föräldrars ätbeteende, syn på vikt och utseende kan bli destruktivt för döttrarna. Åldern för studien är inte inom ramen för vårt arbete. Vi tycker dock att den är av stor betydelse för att förstå hur olika ätbeteenden uppstår samt familjens inverkan.

### **4.4 Anorexi som flerfaktoriell förklaring**

Claude-Pierre (1997) har förenat biologiska dispositioner och uttryck med psykologiska faktorer och familjemönster genom begreppet långvarigt negativitetssyndrom (LNS). Hon menar att denna disposition ligger till grund för utvecklandet av anorexi.

“En ätstörning förhåller sig till långvarigt negativitetssyndrom som utslag till mässling eller svullna körtlar till påssjuka; det är ett symtom på ett bakomliggande problem” (Claude-Pierre, 1997, s.48). Begreppet används för att förklara de komplexa tankeprocesser som personer med ätstörningar har. LNS beskrivs som en negativ subjektiv verklighet där den drabbade har negativa föreställningar om sig själv som hela tiden bekräftas av omvärlden på grund av den snedvridna negativa bild den drabbade

har. Personer med denna disposition tar stort ansvar, är uppmärksamma för andras behov och sätter sina egna åt sidan samt är väldigt känsliga.

“Jag tror att vissa av oss kommer till världen med disposition för LNS, det handlar således om ett medfött temperament. Men inte alla med denna disposition utvecklar LNS, precis som inte alla med till exempel en genetisk betingad disposition för en viss typ av cancer utvecklar sjukdomen” (Claude-Pierre, 1997, s. 57). Dock menar hon att huruvida LNS utvecklas eller ej beror till störst del på uppväxtmiljön.

Trots att Claude-Pierre inte vill lägga någon skuld vid föräldraskapet menar hon att det är av vikt att barnet får vägledning och möjlighet att utvecklas genom gränssättning som skapar struktur och trygghet i sin hemmiljö. Om barnet under sina utvecklingsstadier får sina behov tillgodosedda och får möjlighet att skapa en plattform i varje fas som ger avstamp till nästa, kan det på så vis vidareutvecklas på ett naturligt sätt. Om barnet inte får vägledning, struktur och gränssättning av en vuxen och inte har en stödjande familj, riskerar det att bli förvirrat och förlorar den tillit det borde fått lärdomar om i tidigare faser (1997, s. 59). Föräldrar behöver sätta tydliga rollgränser för barnet och visa att det inte är dennes ansvar att ta hand om hushåll och andra familjemedlemmar. Föräldrar som inte lyckas med denna gränssättning kan oavsiktligt bidra till barnets utveckling av LNS eftersom det är utifrån dessa gränser barnet utvecklar sin identitet (1997, s. 60). Utvecklar barnet inte denna självständighet, utan ser det som sitt ansvar att ta hand om andra, kan detta hämma den känslomässiga utvecklingen och utvecklandet av den egna identiteten. Om föräldern uppmuntrar denna destruktiva sida kan det resultera i att barnet inte utvecklar en inre identitet. Det blir istället den yttre identiteten som vill vara alla till lags som blir dominant (1997, s. 61). Barnet bygger sin identitet kring andra människors behov istället för sin individuella potential (1997, s. 65).

Claude-Pierre förkastar även forskning kring att kvinnor med anorexi ofta har låg självkänsla. Istället menar hon att dessa kvinnor aldrig har skapat ett själv eller en egen identitet och på så vis inte vet vilka de är på grund av LNS (1997, s. 54). Individuella drag såsom perfektionism och kontrollbehov, vilket forskning bekräftar att kvinnor med anorexi ofta uppvisar, menar Claude-Pierre går att härleda till LNS. Dessa drag är ett tecken på att personen är vilsen då den inte har skapat någon identitet och därmed



försöker finna någon form av struktur i det kaos denne upplever. Claude-Pierre menar att ätstörningen är ett symptom och att det är LNS-tillståndet man behöver behandla.

Huvudfokuset för denna studie ligger på psykologiska faktorer. Vi har inte uteslutit sociokulturella- och biologiska faktorer eftersom dessa kan ha en stor påverkan på insjuknandet. Gränserna mellan faktorerna är något luddiga men eftersom vi vill spegla sjukdomens komplexitet är det nödvändigt att ta alla faktorer i beaktning.

## **5 Avgränsning**

Vi har valt att enbart fokusera på anorexi och inte andra ätstörningar såsom bulimi och ortorexi, då vi ansåg att ätstörningar rent generellt skulle vara för omfattande för tidsramen för detta arbete. Vi fokuserat främst på kvinnor, dels av strategiska skäl då detta skulle underlätta vårt sökande efter respondenter då faktum är att kvinnor i högre utsträckning drabbas av anorexi samt att tillgängligheten på tidigare forskning antogs vara större. Anledningen till att åldern för insjuknandet begränsades till adolescensen var att denna period anses vara den mest problematiska i identitetsskapandet och statistik visar att majoriteten av flickor insjuknar under denna fas.

## **6 Metod**

### **6.1 Metodval**

”Fenomenologin i kvalitativa studier pekar på ett intresse att förstå sociala fenomen utifrån aktörernas egna perspektiv och beskriva världen som den upplevs av dem enligt antagandet att den relevanta verkligheten är vad människor uppfattar att den är” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 42). Kunskapen man söker gäller essensen och strukturen i erfarenheter hos en speciellt utvald grupp människor (Hartman, 2004, s. 194). Creswell (2013) förklarar fenomenologi som en metod som söker den gemensamma betydelsen av ett fenomen utifrån flera individers levda upplevelse och erfarenhet. Man fokuserar på vad och hur respondenterna upplevt det aktuella fenomenet (2013 s.76). Vi valde en fenomenologisk design då vi kände att detta passade vårt syfte och vår problemformulering bäst.

Vi har valt semistrukturerade intervjuer då detta ger oss som intervjuare tillräckligt stora möjligheter att täcka in de frågor och teman vi vill beröra. Samtidigt som respondenter får stor frihet att påverka intervjun så att dennes upplevelse av sjukdomen får ta den väg som respondenter upplever vara viktig. Detta kan resultera i följdfrågor och nya teman som ligger utanför den på förhand utformade intervjuguiden vilket kan berika analysen (Bryman, 2011, s. 415). Dock kan teman komma att bli onödiga eller icke-relevanta beroende på vad respondentens livshistoria är och då måste vi fortfarande förhålla oss till de frågorna.

Vi valde en kvalitativ inriktning för att nå ett djup i vår studie vilket inte skulle vara möjligt med en kvantitativ studie. Vi tror att man med tid och tillfrisknande kan reflektera, distansera sig och få medvetenhet kring sjukdomen och kanske därmed även tankar kring orsaksfaktorer vilket gör en kvalitativ studie mer fördelaktig.

## **6.2 Urval**

Vi gjorde ett målinriktat urval i studien där endast kvinnor fick delta på grund av vår avgränsning samt att det är kvinnor som statistiskt står för den största delen insjuknade personer. Kvinnorna skulle av etiska skäl vara över 18 år, de skulle ha insjuknat i anorexi mellan 13-19 års ålder samt att de skulle vara friskförklarade och därmed inte under behandling. Då de individer som ansåg sig själva stämma in på kriterierna fick kontakta oss, blev det även en form av självselektion. Problematiken som kan uppstå är att respondenten har en agenda med att ställa upp eller ett budskap att föra fram som kan komma att bli dominant under intervjun. Den positiva aspekten är att dessa kvinnor genuint vill vara med och har en viktig historia att berätta. Totalt fick vi tag på åtta respondenter som uppfyllde de nämnda kriterierna.

## **6.3 Intervjuguide**

Vår intervjuguide bestod av tre delar; bakgrundsfrågor, intervjudel och avslutande frågor. Bakgrundfrågorna handlade till exempel om hur gamla respondenterna var, hur länge de varit friska och om de hade några syskon. Tyngden låg i intervjudelen och bestod av två teman; individen och familjen. Frågorna som berörde individen utformades så att respondenten själv fick välja fokus för sin historia och hur denne ville berätta, såsom; *skulle du vilja berätta lite om ditt insjuknande och din upplevelse kring*

*anorexi*. Temat som berörde familjen var mer riktade in på vårt fokusområde för studien men var ändå öppna, exempelvis; *hur upplevde du att relationerna mellan familjemedlemmar fungerade innan du blev sjuk*. Vissa frågor var av sluten karaktär men om respondenterna inte var utförliga ombads dessa utveckla sitt svar; *anser du att dina föräldrar och syskon är/har varit måna om sitt utseende och sin kropp*.

De avslutande frågorna var avsedda för att respondenten återigen själv skulle få chansen att lyfta sin syn av upplevelsen kring sjukdomen och frågorna var utformade på följande sätt; *vad skulle du vilja tillägga om anorexi eller din upplevelse som vi ännu inte berört?*

#### **6.4 Tillvägagångssätt**

Två organisationer som inriktar sig på ätstörningar kontaktades och publicerade vårt kontaktbrev på deras hemsidor och Facebook-sidor. Mailkontakt genomfördes med respondenterna och intervjuer bokades. Intervjuerna utfördes via Skype och telefon. De två sista intervjuerna genomfördes enbart via telefon på grund av att dessa inte hade Skype och inte heller hade möjlighet att ordna med detta. Tidpunkterna för intervjuerna varierade då de anpassades efter respondenternas tidsscheman. Samtliga intervjuer genomfördes hemma hos en av uppsatsskrivarna då vi ansåg att detta innebar en lugn och tyst omgivning vilket tycktes vara lämpligt i detta sammanhang.

#### **6.5 Transkriberingsprocessen**

Transkriberingen skrevs i tabellform med fyra kolumner för att lättare få överblick över det som sagts och det som behövde tilläggas såsom våra observationer och tolkningar. Kolumnerna; fråga, respondent, tolkning och kodning. Våra transkriberingar gjordes utifrån Brymans förslag för att utgångsläget i vår analys och tolkning skulle vara konsekvent (Bryman, 2011, s. 470).

#### **6.6 Analysmetod**

Vår analysmetod är hermeneutisk fenomenologi. Då fenomenologi kan vara något begränsad i sitt ramverk kan ett hermeneutiskt tankesätt komplettera genom att vi kan tillämpa vår tolkning av texten, dess mönster och teman, och observationer i samband med intervjun för att kunna utföra en djupare studie (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 30).

”Den centrala idé som ligger till grund för hermeneutiken är att den forskare som analyserar en text ska försöka få fram textens mening utifrån det perspektiv som dess upphovsman haft” (Bryman, 2011 s. 507). Detta innebär att man lägger stort fokus på den sociala och historiska kontexten för vilken texten framställdes. Den hermeneutiska fenomenologin beskrivs som forskning inriktad mot levd upplevelse och tolkning av texter om livet (Creswell, 2013, s.79, egen översättning). Vi gick från del till helhet och reducerade rubrikerna till teman och upprepade sedan processen ett flertal gånger. För att få fram den textuella beskrivningen, det vill säga *vad* respondenterna upplevde, reducerades teman fram. För att få fram den strukturella beskrivningen, det vill säga *hur* respondenterna upplevde fenomenet, användes deras signifikanta citat.

### **6.6.1 Angreppsätt**

För att försöka finna gemensamma mönster och nämnare i transkriberingarna använde vi oss av färgkodning där olika implicita och explicita kopplingar till specifika rubriker färglades. Vi kunde urskilja 13 rubriker. Processen att gå från delar till helhet upprepades ett flertal gånger tills våra slutgiltiga tio teman kunde utvinnas. Rubrikerna identitetskris, känslig personlighet, mobbning, ogynnsamma kamrater, ogynnsam mamma, ogynnsam pappa, ogynnsamt föräldraskap kunde bland annat kopplas till temat “Anorexi som uttryck för självhat och låg självkänsla”.

### **6.6.2 Förförståelse**

Vi hade inga personliga erfarenheter av anorexi och hade därmed inte någon sådan förförståelse av fenomenet med oss. Dock hade vi en allmän förförståelse och kunskap där vi såg att fenomenet var ett samhällsproblem och ett komplext sådant. Detta har gjort att vi fått läsa in oss på allt som har med sjukdomen och insjuknandet att göra. Detta kan vara på både gott och ont då man som respondent förutsätter att vi som uppsatsskrivare bör ha kunskap om detta område inför en intervju. Dock kan ju denna kunskap komma att präglade intervjuerna och uppsatsen. För att få förförståelse för våra respondenters perspektiv inför intervjuerna läste vi två självbiografier. Att läsa teoretiska perspektiv, tidigare forskning och kliniska diagnoser kan skapa en skev verklighetsbild och uppfattning av anorexi och personen som lider av det. Detta då man endast tar del av resultat och mängd hellre än individers djupgående historier. Vi läste

böckerna för att få ett mer sympatiserande förhållningssätt och framtoning innan vi intervjuade respondenterna.

## **6.7 Etiska överväganden**

Vi har utgått ifrån forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning där de fyra huvuddelarna består av; informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav.

*Informationskrav* - I förhandsinformationen i vårt kontaktbrev informerade vi våra tilltänkta respondenter att deras deltagande var helt frivilligt. Vi var från start öppna med vårt syfte med studien. Vi nämnde även att känsliga ämnen och frågor kunde förekomma under intervjun, och att man därför kunde avbryta intervjun, alternativt välja att inte svara på vissa frågor. Vi informerade att intervjun beräknades hålla på under 45-60 minuter och att samtalet skulle bandas för att sedan transkriberas som underlag för vår studie. Innan intervjun kommer vi försäkra oss om att vi verkligen får personens tillstånd att spela in samtalet. Transkriberingarna kommer att behandlas konfidentiellt och finns enbart för vår, handledarens och examinatorns kännedom.

*Samtyckeskrav* - Genom en rikstäckande organisation som jobbar med ätstörningar fick vi hjälp att nå ut till deras medlemmar och medarbetare. Organisationen förmedlade vårt kontaktbrev till deras medlemmar, som kontaktade oss vid intresse av deltagande. Därefter försäkrade vi oss ännu en gång om personen kände sig mentalt redo att konfronteras med känsliga frågor. Respondenterna skulle vara över 18 år och därmed krävdes inget tillstånd från föräldrar. Respondenten kunde när som helst avbryta intervjun.

*Konfidentialitetskrav* - Deltagarnas kontaktuppgifter behandlades varsamt för att på bästa sätt hålla vårt löfte om att de kommer vara konfidentiella i studien. Vi var noga med att framhäva att det inte finns möjlighet för anonymitet eftersom deras historier kommer att läsas och kanske kännas igen av andra. Vi meddelade att vi i uppsatsen kommer använda oss av kodnamn för varje intervjuperson så deras identiteter inte kan avslöjas. Vi är noga med att inga andra förutom vi får ta del av dessa uppgifter. Alla respondenter godtog detta utan inlägg.

*Nyttjandekrav* - Innan intervjuerna påbörjades informerades vi respondenterna om att uppsatsen kommer att publiceras i en databas (Diva-portalen) när den är klar och alla godkände detta.

### 6.7.1 Etiska implikationer

Under två av våra Skypeintervjuer bröts internetuppkopplingen och intervjuerna fortsatte istället via telefon. Inga märkbara konsekvenser hos respondenten uppstod av detta. Dock hade det kunna uppstå negativa reaktioner hos respondenterna och i värsta fall kunnat resultera i bortfall av respondenter.

### 6.8 Validitet och reliabilitet

Enligt Bryman (2011) är validitet och reliabilitet i kvalitativa studier likvärdigt med begreppen tillförlitlighet och äkthet. Dessa anser vi oss uppfylla genom att vi tagit hänsyn till vilken kontext meningar och citat är kopplat till och att de hör till sitt rätta sammanhang. För att säkra pålitligheten har vi redogjort för hela processen under arbetet och försökt ge en så tät beskrivning som möjligt. För att öka objektiviteten förhåller vi oss kritiskt till den egna studien. Vi har i största möjliga utsträckning försökt presentera en rättvis bild av våra respondenters upplevelser. Vi har också kunnat bidra till att nya tankar har väckts hos våra respondenter samt i vissa fall bidragit till att vidga deras perspektiv gällande relationer och andras uppfattningar kring situationen. Avsikten med studien har dock inte varit att påverka våra respondenter att vilja förändra sin livssituation. Av etiska skäl menar vi att en sådan påverkan kan riskera att få ett negativt utfall.

## 7 Resultat & Analys

	Tema 7.1	Tema 7.2	Tema 7.3	Tema 7.4	Tema 7.5	Tema 7.6	Tema 7.7	Tema 7.8	Tema 7.9	Tema 7.10
<b>Respondent 1</b>	x	x	x		x	x	x		x	x
<b>Respondent 2</b>		x	x	x	x	x		x	x	x
<b>Respondent 3</b>	x		x		x		x	x	x	x
<b>Respondent 4</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Respondent 5</b>	x	x	x	x	x		x	x	x	x
<b>Respondent 6</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Respondent 7</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
<b>Respondent 8</b>	x		x	x	x		x	x	x	

## 7.1 Anorexia som aktiv handling

Alla våra respondenter uttrycker att de på olika sätt själva tillät sig att bli sjuka och att det var något de eftersträvade, dock med olika mål och bakomliggande faktorer.

*”(...) nej jag var ganska stolt över min anorexi om man kan säga. Jag var glad att jag hade uppnått liksom det jag ville uppnå (...)”*

*”(...) ja jag ville ha den där stämpeln, anorektikerstämpeln från början för den var viktig för mig, för jag tyckte att man var någon om man hade anorexi (...)” (Respondent 6).*

*”Jag avstod från mat eftersom att, jag kommer väldigt tydligt ihåg, det här var nån gång på gymnasiet tror jag då min lärare sa att drar man ner mattillförseln så slutar också, liksom den främre delen av hjärnan att funka och det är där det sänder ut känslor. Du blir ju oftast väldigt lågt om du inte äter, det kan man själv känna att man blir väldigt trött, man kanske blir väldigt grinig, men det var ju, jag hade speciellt mycket toppar och dalar i humöret så det var det. Då svälte jag mig själv eller drog ner på maten för att kunna hantera, så att jag mer blev plan och inte kände så mycket stress och press” (Respondent 5).*

*”(...) jag sökte väldigt mycket mer bekräftelse än vad jag fick liksom, mer för hur jag mådde inte för vad jag gjorde och detta urartade kanske redan under mellanstadiet då hade jag perioder då jag vägrade äta för jag tänkte att om inte jag äter så kommer nån se hur dåligt jag mår (...)” (Respondent 4).*

I det första citatet säger respondenten att hon var väldigt överviktig som tonåring och blev retad för detta. Respondenten la betydelse och en stark laddning vid själva ordet, benämningen och stämplingen. Med andra ord gjorde respondenten diagnosen till en symbol för något att sträva efter, ett mål, genom vilket hon skulle *bli någon*. I spelstadiet sökte hon en ny identitet och den identiteten som var associerad till anorexi föreställdes som positiv (Leissner, 1975). Detta blir tydligt i relation till andra då hon

inte bara eftersträvade att bli smal, utan anorektisk, vilket innebär att hon ville bli smalare än det normala.

I det andra citatet kan vi se att den aktiva handlingen ligger i ett val att avstå från maten för att kunna hantera känslor och stress.

I det sista citatet mådde respondenten dåligt över att inte bli sedd. Den aktiva handlingen består i att avstå mat för att få uppmärksamhet. Med detta säger vi inte att våra respondenter medvetet åsamkat sig anorexi men att de aktivt beslutat sig för att ge uttryck någon form av missnöje och att detta resulterade i anorexi.

Det är i den sociala processen som nya föremål uppstår i individers verklighet. Vissa objekt och symboliseringar uppstår i olika sociala kontexter och utan denna sociala kontext skulle symboliseringen av objektet inte existera (Mead, 1976). Anorexin blir i ovanstående citat objektet genom vilken symboliseringen får sitt uttryck. I alla citat kan vi finna att anorexin blivit en aktiv handling och att handlingen bottenar i att åstadkomma något på en symbolisk nivå, vare sig om det handlade om att finna en mer accepterad identitet, att hantera sina känslor eller att få uppmärksamhet.

## **7.2 Viktnedgång som lyckoskapande och undvikande av negativa upplevelser**

I detta tema kunde vi urskilja olika tankar kring hur viktnedgången skapade mening och var en källa för lycka och att det psykiska välbefinnande skulle bli bättre. Vi kunde även urskilja att man sökte lycka genom undvikande av negativa upplevelser och känslor.

*”(...) man tänker att nu ska jag gå ner till 35 kilo och sen så blir man lycklig. Och så gör man det men så blir man inte det, men då måste det vara att jag går ner lite till. Jag pratade med min psykolog om att jag ville bli så lätt att jag skulle kunna gå på äggskal utan att de krossades och det är ju, a då är man ju typ död. Det finns ju ingen logik liksom det är bara känslor”*  
(Respondent 2).

*”(...) de kom upp med en miljard olika saker att mobba mig för men det var aldrig min vikt men då tog jag det som att a men bantar jag så kommer de aldrig kunna reta mig för att jag är tjock (...)”* (Respondent 5).



Här skapade respondenterna mening kring själva vikten. Sökande efter lycka verkade vara kopplat till varje kilo som eftersträvades att gå ner. Trots att en viss insikt fanns gällande detta destruktiva tankemönster, associerade ändå viktnedgång på olika sätt med lycka. I första citatet lades lyckoskapandet vid uppnådda mål kring viktnedgång och en förhoppning och strävan om att lyckan skall finnas vid det uppsatta målet.

I det andra citatet gick respondenten aktivt ner i vikt då hon visste att övervikt var något omgivningen såg ner på och hon ville eliminera detta som en faktor att bli mobbad för. Den sekundära socialisationen präglas av den generaliserade andre, det vill säga våra samhällsnormer (Berger & Luckmann, 1979, s. 157). I vårt samhälle förknippas den smala kroppen ofta med skönhet och lycka. Respondentens viktning blev ett sätt för henne att få någon form av lycka genom att undvika att bli mobbad för just vikten. Värnlund (1975) menar att många av våra handlingar och beteenden ofta får en symboliserande effekt trots att de initialt inte var avsedda som sådana. Detta kan innebära att många av våra respondenter omedvetet använde sina anorektiska handlingar och beteenden som symboliska, det vill säga uttryck som syftar på något annat än sig självt. Det blir tydligt att våra respondenter utvecklat en symbolisk mening med sina kroppar som initialt inte hade haft en sådan och det blir genom kroppen deras känslor och mående tar sig uttryck.

### **7.3 Anorexi som uttryck för självhat och låg självkänsla**

Våra respondenter uttryckte sig i både implicita och explicita termer som kunde kopplas till självhat och låg självkänsla.

*"(...) det här extrema, extrema, extrema självhatet mot sig själv och att man också har, att det jag kunde göra mot mig själv, hade jag vetat att min kompis hade gjort samma sak så hade jag blivit flyförbannad och tycka så här att nej skada inte dig själv, var snäll mot dig själv, ta hand om dig själv, men att göra det gentemot mig själv var så självklart (...)"*

(Respondent 1).

*"(...) det går liksom på något sätt hand i hand, att såhär, att om man känner att man har ett liv med värde eller om man känner att man har någon typ av liksom självkärlek och är rädd om livet, så gör man inte så igen. Alltså jag*

*tänker att man bara kan göra det när man tycker väldigt illa om sig själv (...)*” (Respondent 3).

I båda citaten kan vi urskilja att respondenterna hade någon form av självhat under sjukdomsperioden. De menar själva att man förmodligen inte gör sådana handlingar mot sig själv om man bryr sig om sig själv och tycker om den man är.

Självkänslan uppstår redan i tidig ålder och utvecklas kontinuerligt i våra interaktioner med andra. När vi möter andra människor finns självkänslan alltid med som ett underlag. När vi jämför oss med andra så får vi en bild av oss själva, och känner oss sedan bra eller dåliga i relation till den andre (Hewitt, 1981). Detta gör oss väldigt känsliga för andras bedömningar och kan leda till låg självkänsla. Då vi är sociala varelser och ständigt interagerar med andra människor är det ofrånkomligt att dessa påverkar självkänslan hos individen, och självkänslan är därför nära kopplad till dennes självbild. Claude-Pierre (1997) menar att anorexi inte orsakas av låg självkänsla utan orsakas av en biologisk disposition i kombination med omgivningen och att detta ger upphov till att individen inte skapat ett själv och en identitet. Det handlar således inte om att individen har låg självkänsla utan om att den inte har någon identitet och lever i ett inre kaos (1997, s. 54).

#### **7.4 Omgivningens spegling av den egna kroppen**

Respondenterna gjorde uttalanden som tyder på att deras meningsskapande i sjukdomen och de emotionella reaktioner de haft till sina kroppar knyter an till explicita kommentarer och implicita antydanden deras föräldrar gjort. Vi kunde även uttyda att dessa reaktioner skapades i speglingen av andra personer i respondenternas omgivning.

*”(...) det har inte varit så mycket prat om såhär övervikt och sånt i sig utan det har varit såhär mer över kvinnokroppen, asså jag kommer ihåg en gång när jag satt i pappas bil och så hade jag sånahära leggings, asså vanliga svarta leggings, osså hade jag en tunika typ. Jag var nog 13 nä 14 kanske, och han bara kommenterade a men gillar du att visa dina kvinnliga former. Och jag bara va, det var inget som jag hade så här, a men tyckte han att jag*

*hade klätt mig för, a jag vet inte, och det var ju nånting, a det a det fastnade om man säger så (...)" (Respondent 2).*

*"asså hon sa aldrig att nu är du för tjock eller så eller så. Jag minns att jag, jag stod framför hallspeglarna och så tittade jag på mina ben och så tyckte jag att jag ville ha snygga ben och så frågade jag min mamma vad hon tyckte om mina ben och då säger hon ja dom går ut där osså går dom in där osså går dom där. Asså hon gjorde en bedömning av mig, hur jag såg ut och det minns, jag minns fortfarande, hur dum och vriden får man va att man frågar sin mamma om hur man ser ut. Man är ju skapt som man är, asså jag, fortfarande kan jag känna att jag mår illa av det (...)" (Respondent 7).*

*"(...) jag var ingen poppis tjej och det var nog det jag ville uppnå och i samband med att jag vart ju ganska retad och lite såna saker så att då tänkte jag att blir jag smal som en pinne a då är det ingen som kan reta mig för det i alla fall (...)" (Respondent 6)*

I det första citatet kan vi koppla anorexi till en vägran till att vara en kvinnlig form och ett sexuellt objekt för fadern. Hallerstedt (1996) menar att insjuknandet i anorexi kan bero på en protest mot att förknippas med runda former, bröst och kvinnlighet, alltså att utvecklas till en vuxen kvinna. Hallerstedt menar också att detta kan vara en källa för äckelkänslor gentemot sig själv.

I det andra citatet ser vi att den bedömning och utvärdering som görs av respondentens kropp blir central för respondentens spegling av sig själv genom mammans ögon. Vi kan uttyda att relationen mellan respondenten och hennes mamma är av betydelse i detta citat då relationen upplevs som skev och destruktiv av respondenten. Enligt Berger och Luckmann (1979) är man känslomässigt beroende av att få bekräftelse av framförallt sina föräldrar under uppväxten. Förutom att respondenten uttrycker att det var dumt och vridet att be sin mamma om den sortens bekräftelse beskriver hon i intervjun att hon aldrig kunnat knyta an till sin mamma och inte fått någon känslomässig feedback.

I det sista citatet är det en spegling som generaliserade andra bidrar med. Under adolescensen är man känslig för jämnårigas och jämlikars åsikter och grupptillhörighet är en viktig del för tonåringen under denna period. Trots att våra respondenter vid den ålder de hänvisar till har lämnat den primära socialisationen, är de signifikanta andra och deras känslomässigt laddade bekräftelse fortfarande av största vikt för den fortsatta bekräftelsen av identiteten under den sekundära socialisationen (Berger & Luckmann, 1979, s. 175).

Vi kan se att omgivningen skapade emotionella reaktioner hos respondenterna i relation till kroppen och detta kan ha påverkat värderingarna kring deras kropp. Hallerstedt (1996) menar att speglingen kring kroppsbilden kan vara både konkret och inbillad. I ovanstående citat bekräftar de explicita kommentarerna speglingen. Med tanke på att meningen skapas i den andres reaktion, blir den explicita negativa reaktionen från föräldrar och kamrater det individen internaliserar och bygger upp sitt "själv" kring.

### **7.5 Vägran av matintag som uttryck för kontroll och autonomi**

Vi kunde urskilja att våra respondenter skapade mening genom att kontrollera matintaget.

*"(...) jag var ganska hårt hållen hemma och maten blev ett sätt att bryta sig FRI, att såhär, att neka att äta var så uppenbart liksom på något sätt att säga att andra inte hade kontroll (...)" (Respondent 3).*

*"(...) om jag la mitt fokus på vad jag åt och inte åt så behövde jag inte tänka på allt annat det hära, farmor, min identitetskris, framtid, betyg, alla såna saker liksom. Det räckte med att la jag fokus på det här så kunde jag kontrollera det här. Allt det här andra som inte är möjligt att kontrollera, då gjorde inte det så himla mycket (...)" (Respondent 1).*

Respondenterna diskuterade kontroll utifrån två olika perspektiv – i det första citatet diskuteras det i relation till de signifikanta andras kontroll över respondenterna – och i det andra citatet som ett sätt att relatera till sig själva och skapa mening i sina egna liv.

Våra respondenter talade om att de hade behovet av att känna sig självständiga och självbestämmande då deras föräldrar kunde vara för auktoritära. De såg maten som något de själva, och ingen annan, kunde bestämma över. Vi kunde i våra respondenter historier finna att föräldrarna i många fall hade svårt att ge sina barn utrymme för självbestämmande. Maten och matintaget blev en symbol för ett konkret ting de kunde hantera och kontrollera i deras annars ohanterliga tillvaro. Minuchin m.fl. (1978) och Claude-Pierre (1997) menar att föräldrar successivt måste släppa på sin auktoritet allt eftersom barnet blir äldre för att det ska få en möjlighet att forma sin egen identitet och självständighet. Man diskuterar ofta mammans uppfostringsansvar i feministiska teorier. Om mamman projicerar sina egna behov på barnet istället för att lyssna till barnets känslor och behov blir anorexin en följd till ett uttryck för den egna autonomin. Detta uttryck ter sig ofta genom och sammankopplas med kontroll av kroppen (Clinton & Norring, 2002).

De respondenter som upplevde en intern turbulens och ville finna mening i tillvaron genom att kontrollera den annars ohanterliga tillvaron gjorde detta genom att kontrollera matintaget. Bullington (2007) menar att om man blivit blockerad i en kroppsmening kan det vara på grund av att man inte kunnat handskas med förändringar i livssituationen som är omskakande och svårhanterade. Meningsskapandet läggs istället på kroppen eftersom det längre inte finns någon mening i närmiljön.

## **7.6 Känslor av för mycket ansvar och ansvarstagande**

Respondenterna nämnde deras roller som ansvarstagande var en del av familjemönstret. De gavs mycket ansvar som kan tyckas vara orealistiskt för deras, på den tiden, låga ålder.

*”(...) mamma eller mina föräldrar båda två har lagt ganska mycket på mig (...). ”(...) när vi var små och mamma kanske jobbade sent så var jag den som skulle gå och köpa mat, laga middag och gå och handla allt sånt där samtidigt som jag skulle göra mina läxor” (Respondent 2).*

*”(...) jag har varit min mammas mamma och jag har varit min systers mamma och det har ju gjort att min syster, jag har styrt mer än vad min*

*syster kanske har velat men jag har styrt därför att ingen annan har gett  
nån riktning (...)*” (Respondent 7).

Vi skiljer dock på två olika sorters ansvar – det ansvar som läggs på dem från familjen, som beskrivs i första citatet – samt det ansvar de själva kände att de behövde som beskrivs i det andra citatet ta.

När man som ung får ta ett för stort ansvar kan det finnas risk för att detta påverkar autonomin hos det växande barnet. När föräldrarna inte själva är kapabla att hantera den vuxenroll de bör ha och barnet istället får ta denna roll kan detta få negativa konsekvenser för barnet. Om föräldern inte gör det som krävs av den och barnet får ta en föräldraroll hämmar det barnets personliga utveckling. Man blir endast en del av strukturen i familjen istället för att bli en autonom individ. Både Minuchin m.fl. (1978) och Claude-Pierre (1997) hävdar att barn som inte växer upp med tydliga gränser och roller, i relationen mellan barn-förälder, riskerar att bli förvirrade och hämmade i utvecklingen av den egna identiteten. I meningsskapandet mellan föräldrarna och barnet har rollerna kring vem som är barn och vem som är vuxen inte framgått tydligt och därför har respondenterna tagit sig an den roll de tror behövs.

### **7.7 Brist på känslouttryck och att inte bli emotionellt erkänd**

Alla våra respondenter talade i termer av att de på olika sätt inte fått uttrycka sina känslor i den mån de känt att de behövde under uppväxten. Till exempel kunde det handla om att respondenterna har haft ytliga relationer till föräldrarna då dessa inte frågat respondenterna om hur de mådde och deras tankar under uppväxten. Denna brist på känslouttryck har lett till att flera inte känt sig sedda och inte blivit emotionellt erkända av sina föräldrar och av vuxenvärlden.

*”(...) jag vill inte säga att mina föräldrar inte älskade mig för jag tror att dom älskade mig jättemycket men, men man hamnar lätt i skymundan och alla är väl olika och alla kräver olika mycket men jag önskar att någon hade brytt sig om mig, hur jag mådde. Inte vad jag gjorde, inte vad jag presterade eller vad jag kunde utan hur jag mådde, hur jag var (...)*”.

*”(...) jag sökte nog väldigt mycket hjälp tidigt men jag fick aldrig det och jag sökte säkert på fel sätt och var ett av dom här jobbiga barnen som alltid har ont i magen eller alltid har ont i huvet eller alltid har slått sig och jag tror nog att både lärare och mina föräldrar fick nog av mig liksom att det var. Det var alltid nåt som var fel och istället då för att ge mig den uppmärksamheten så, så sköt dom det nästan mer ifrån sig att vi orkar inte, det är inget fel på dig, du har inte ont i magen, du är inte sjuk liksom. Att det blev väldigt mycket så men det jag egentligen ville var liksom att de skulle bry sig om hur jag mådde men det var väldigt, väldigt svårt och förklara” (Respondent 4).*

*“(...) jag och mina föräldrar har aldrig haft en kontakt där vi kunnat prata särskilt mycket om djupare saker eller det har aldrig blivit att de frågat om hur jag mår utan det har blivit ganska ytlig kontakt, att man liksom pratat vad som hänt under dagen eller såna saker (...)” (Respondent 8).*

*“(...) det var också väldigt tydligt när jag hamnade i kbt att, att jag insåg att jag var arg. Jag har aldrig tänkt på mig själv som arg och där fick man börja definiera olika typer av känslor och lära sig känna känslor och det, det är inget jag är uppväxt med att man gjorde liksom” (Respondent 3).*

I första citatet kan vi se att respondenten inte kände sig tillräckligt sedd av föräldrarna och av vuxenvärlden utan istället fick en motsatt reaktion. Därmed fick hon en skev spegling av sig själv och gick miste om den bekräftelse hon behövde.

I citat två uttrycker respondenten att familjemedlemmarna inte hade en djupare kontakt där man kunnat uttrycka sina känslor.

I sista citatet berättar respondenten om sin okunskap att definiera känslor och att detta är ett nytt fenomen för henne då detta inte existerat i hennes uppväxt.

Berger & Luckmann (1998) menar att den primära socialisationen är en period i barnets liv då förutsättningarna för kommande identitetskapande bildas. Det är även under denna tid barnet identifierar sig rent känslomässigt med sina signifikanta andra. Om barnet skulle växa upp i en dysfunktionell miljö och inte får möjlighet att knyta an till föräldrarna blir identitetsskapandet lidande. Föräldrarnas roll i vår studie kan tolkas

som konkret för betydelsen av utvecklandet av anorexi. Eftersom barnet är så känslomässigt bunden till sina föräldrar internaliserar det deras subjektiva verklighet. Minuchin m.fl. (1978) menar att om det finns ett mönster inom familjen där man inte talar om känslor och heller inte får respons på sina egna känslor, kan en negativ spiral uppstå där man inte får utlopp för känslomässiga behov. Berg (1992) menar att det inte är individen själv som skapar mening utan den skapas snarare i den andres reaktion. Om barnet inte får en önskvärd och förväntad reaktion från föräldern kan det på så vis förlora den mening som skapas i reaktionen hos föräldern, och på så vis uppleva att det inte blir sett.

### **7.8 Dysfunktionell relation mellan föräldrar**

Respondenterna uttryckte att deras föräldrar bråkade mycket under uppväxten och att detta har varit en jobbig upplevelse att handskas med.

*”(...) emellan dem att det handlade det mycket om att min pappa gjorde liksom fel på olika sätt. Det kunde vara jättesmå saker att han hällde för mycket mjölk i såsen när han lagade sås till att han hade köpt fel bröd, alltså det var den där typen av saker, att det var, jag var hela tiden orolig för att min mamma skulle bli arg och det känner jag nu också, men det minns jag från att jag var väldigt liten” (Respondent 3).*

*”(...) det var såna här gigantiska bråk och då liksom fick man ju ibland gå in och försöka stoppa bråken och där kan jag tycka så här i efterhand att det skada ju mig ganska mycke i och med att som barn behöva liksom gå in mellan två vuxna personer, det blir ju fel utifrån relationer, vem är barn och vilka är föräldrar (...)” (Respondent 6).*

*”(...) sen så fortsatte den här behandlingen då jag fick komma dit varje vecka tillsammans med båda mina föräldrar som precis hade flyttat ifrån varandra. Så det blev ganska laddat att komma dit för det var enda gångerna mina föräldrar sågs och jag ville ju alltid reparera det här och jag ville ju fortfarande att det skulle vara bra mellan dom, att det skulle vara snäll och trevlig stämning men det var det inte. Det var ganska jobbigt och jag tror att allting handlade mycket mer om dom än vad det handlade om mig (...)” (Respondent 4).*



I citat ett beskrivs modern till respondenten som lättirriterad och utagerande mot fadern. I citat två förklarar respondenten att det förekommit stora bråk mellan föräldrarna och att hon ibland fick gå emellan för att avvärja bråken. I det sista citatet beskriver respondenten att föräldrarnas dysfunktionella relation var påtaglig även under behandlingen när fokus egentligen borde varit på henne.

Minuchin m.fl. (1978) menar att subsystemet ”makar” är en viktig del för barnets uppväxt. Om föräldrarnas relation är dysfunktionell kan det ge ringar på vattnet för barnet. De är förebilder eller modeller för barnet på en mängd olika plan och de blir genom barnets observationer vägledare för hur man uttrycker känslor och hanterar konflikter. I alla citat kan vi finna en skevhet i subsystemet ”makar” vilket har haft en inverkan på respondenterna.

I det sista citatet är det tydligt att subsystemet ”makar” går ut över subsystemet ”föräldraskap” och att de inte kunde parera vilken roll de borde inta beroende på situation. Vi kan se att respondenten kände behov av att reparera den dysfunktionella relationen. Det kan vara ett sätt för respondenten att försöka påverka föräldrarnas relation trots att den inte är inom hennes kontroll. Det skulle kunna vara form av omedveten förstärkning och meningsskapande till att bibehålla sjukdomen då det skulle kunna leda till att föräldrarna till följd av den.

## **7.9 Det handlar om så mycket mer än vikt och utseende**

Alla respondenter är överens om att anorexi är alltför komplext för att bara handla om önskan att vara smal. De menar att det ligger mer till grund för sjukdomen och att det är ett uttryck för något annat.

*”Asså när man var riktigt sjuk då är, då tänker man ju nästan inte på nåt annat. Kroppen går ju på ett helt annat sätt och alla tankar är ju väldigt styrda åt ett visst tänk liksom, men just det här med kroppsfixering och sånt jag tycker att det är en väldigt liten del av sjukdomen (...)”* (Respondent 4).

*“ (...) jag blev heller inte sjuk för att jag ville gå ner i vikt utan det handlade om andra saker. Sen under sjukdomen då hade jag ett viktfokus, att jag ville tappa i vikt men innan dess fanns ingenting om att jag ville bli smal liksom utan jag var ganska nöjd med hur jag såg ut (...)”* (Respondent 1).

*”(...) jag tror att det finns en stereotyp av en anorektisk tjej att man bara är ett benrangel att det bara är ben men att man. Det är en sån grej som jag skulle vilja lyfta fram att det är inte alltid det syns utanpå och att en som är så a men normalviktig som kan va lika nedbruten som en som har bmi på 11 (...)” (Respondent 2).*

I det första och andra citatet beskriver respondenterna att kroppsfixering var en väldigt liten del av orsaken till insjuknandet och att fixeringen vid vikten uppträdde först i sjukdomen. Det fanns initialt ingen önskan om att förändra utseendet eller att bli smalare.

Enligt DSM-IV är kriterierna för sjukdomen bland annat en rädsla för att gå upp i vikt och att man har en skev kroppsuppfattning. Detta överensstämmer med respondenternas upplevelse. Dock är det viktigt att notera att detta inte uttrycks som ett skäl för insjuknandet. Detta motsäger inte kriterierna eller sjukdomsbilden men det säger oss att större vikt bör läggas vid de psykologiska aspekterna då respondenterna hävdar att det går djupare än så.

I det sista citatet menar respondenten att den stereotypa bilden av en anorektiker är en förenklad bild av ett komplext problem och att det handlar mer om insidan än utsidan, att man är nedbruten. Många av våra respondenter upplever att det finns förutfattade meningar, okunskap och många missförstånd i samhället gällande anorexi. Den stereotypa bilden av sjukdomen gör att människor inte ser det symboliska uttrycket. Som tidigare nämnt kan kroppen bli ett hjälpmedel för att uttrycka sig och kommunicera med omgivningen. Anorexin och kroppsmeningen blir ett symboliskt uttryck för att man inte mår bra.

### **7.10 Känslor av tacksamhet över att ha varit sjuk**

Många av våra respondenter har i efterhand tillfrisknandet skapat mening ur sjukdomen och ser det som en utvecklande erfarenhet. samband

*”(...) det låter jättemärkligt när jag säger så kanske men jag är jätteglad att jag faktiskt fick vara sjuk för jag har lärt mig uppskatta mitt liv på ett helt annat sätt än vad jag tror, om jag inte hade varit sjuk. Förstår ni lite vad jag menar? Att liksom den här, visst nu vart det ju lite tråkiga år men det har*

*gett mig så mycket nu i efterhand att, det var värt det om man får säga så. Eh så jag tror man måste tänka också att det finns ändå nåt positivt med varje skithändelse som händer i ens liv (...)*” (Respondent 6).

*”(...) idag kan jag ju se att jag är lite glad att det där hände för att, på nåt sätt asså man blir, asså det är så svårt att förklara men när man väl har kommit ur det så är man typ 1000 gånger starkare än vad man var innan. Man utvecklas ju väldigt mycket (...)*” (Respondent 2).

*”(...) jag vill göra någonting vettigt med de här åren jag har vart sjuk. Eh jag vill a men kunna bidra med den kunskap som jag har, kunskap som är omöjlig att läsa sig till. Så att verkligen förstå hur de här tankarna kan, kan se ut även om jag har haft en typ av ätstörning eller två typer egentligen, även om den andra aldrig var diagnostiserad. Eh men jag har ändå liksom förståelse för tankemönstret på ett annat sätt, än om man inte vart sjuk, det är jag helt övertygad om. Jag har en helt annan kunskap än vad liksom både behandlare och forskarna har kring det hela (...)*” (Respondent 1).

I det första citatet vill respondenten att det skall komma något gott ur alla de år som passerat och vända det till något positivt. I citat två menar respondenten att hon tillfrisknat och kommit ut starkare på andra sidan. I sista citatet vill respondenten sprida kunskap och dela med sig av sina erfarenheter för att hjälpa andra. Våra respondenter skapar mening kring att åren de varit sjuka och allting de varit med om ska få ett värde och inte vara spild tid. Fokus för meningsskapandet har skiftat från att ha varit en destruktiv mening som *ansågs* vara positiv, och istället har de utvecklat en verklig positiv mening ur deras sjukdomsperiod.

## **8 Diskussion & Slutsatser**

Då anorexi är ett globalt problem och med tanke på dess komplexitet är detta ett viktigt fenomen att studera. Orsakerna för insjuknandet kan vara av biologiskt, psykologiskt och sociokulturellt slag och verka på egen hand eller i samverkan med varandra. Vårt syfte med studien var att få en större förståelse för hur friskförklarade kvinnor fann mening i sitt insjuknande och sjukdomstillstånd. Vi ville undersöka om det fanns

gemensamma nämnare i deras livshistorier och vi la ett särskilt fokus vid huruvida våra respondenter upplevde och beskrev familjemönster och kommunikationen inom familjen som en del av utvecklingen av sjukdomen. För att kunna besvara våra frågeställningar utgick vi ifrån respondenternas upplevelse kring insjuknandet, orsaksfaktorer, självkänsla och upplevelsen kring hur deras förhållningssätt till bland annat kropp och kost eventuellt har påverkats av familjen. Våra frågeställningar kunde besvaras och presenteras i våra tio teman.

Vår slutsats är att alla våra respondenter skapade mening och ett symboliskt värde i sin sjukdom. Alla respondenter använde meningsskapande i sin sjukdom men dessa symboler kunde te sig på olika sätt. Vi har ovan redogjort för att meningsskapandet i sjukdomens olika stadier var centralt för respondenterna. I våra totalt tio teman kan vi konstatera att de viktigaste fynden var att sjukdomen på olika sätt var en aktiv handling och att den är ett uttryck för ett självhat och låg självkänsla. Vi kunde även se brist på känslouttryck inom familjen och att inte bli emotionellt erkänd av sina föräldrar var viktiga faktorer. Det mest vitala resultatet var respondenternas egen insikt i att anorexin var en symboliserande handling och att den handlar om så mycket mer än vikt och utseende. Det är även tydligt att meningsskapandet fortsatt även efter tillfrisknandet men i andra termer, man vill istället att det skall finnas en mening med att ha varit sjuk. Likt Nordbø m.fl. (2006) studie attribuerade även våra respondenter olika former av mening till sina anorektiska beteenden och det fanns både medvetna och omedvetna krafter som styrde hur dessa uttrycktes. Respondenterna i deras studie sa, i enlighet med våra, att anorexi är alltför komplex för att enbart handla om en fysisk sjukdom.

I vårt tema "Anorexi som aktiv handling" kunde vi urskilja att respondenterna blev sjuka till följd av en aktiv handling, dock en omedveten sådan och att dessa kom till uttryck på olika sätt. I våra teman "Viktnedgång som lyckoskapande och undvikande av negativa upplevelser", "Omgivningens spegling av den egna kroppen", "Känslor av för mycket ansvar och ansvarstagande" kan vi se uttryck för den aktiva handlingen men att den i stunden var omedveten och att det är i den friska reflektionen respondenterna kunde se det destruktiva sambandet. Nedanstående teman är de gemensamma nämnarna i våra respondenters livshistorier och därmed vårt mest vitala resultat.

I temat "Vägran av matintag som uttryck för kontroll och autonomi" kunde vi se att respondenternas behov av att få känna sig i kontroll försatte dem i en nedåtgående spiral där anorexin istället fick kontrollen över dem. Kroppen blir därmed objektet för de krafter som råder över respondenter. Kroppen blir sedan än mer objektifierad då man är blockerad i en konstruerad kroppsmening. Sjukdomen blir subjektet och kontrollerar anorektikern. Hon är inte längre ett subjekt utan snarare ett objekt och en slav under sjukdomen. I Liukko's (1996) studie kom hon fram att många mammor uppfattades som pådrivande när det gällde maten och att det på så sätt har skapats en kontrollkedja hos respondenterna. Huruvida respondenternas mammor i vår studie har varit pådrivande gällande maten har vi inga belägg för. Dock kan vi se att en kontrollkedja uppstod hos vissa respondenter då de ville frigöra sig från föräldrarnas auktoritet, vilket även är i enlighet med Claude-Pierre (1997) och Minuchin m.fl. (1978).

I vårt tema "Anorexi som uttryck för självhat och låg självkänsla" kunde vi utläsa att respondenterna kände ett självförakt och låg självkänsla både innan och under sjukdomsperioden. Trots att detta är en del av sjukdomsbilden såg vi att många av respondenterna visade tydliga tecken på att de mådde dåligt och hade självdestruktiva beteenden redan i tidig ålder. Till skillnad från Liukko (1996), som menar att syskon kan ha en stor inverkan på flickans självkänsla, var upplevelsen hos respondenterna i vår studie att syskonen inte har varit en bidragande faktor för insjuknandet.

I teman "Brist på känslouttryck och att inte bli emotionellt erkänd" uttryckte våra respondenter att känslor och känslouttryck inte var vanligt förekommande inom familjen. De menade även att de inte kände sig sedda av föräldrarna. I ett annat tema, "Dysfunktionell relation mellan föräldrar", fanns det en påtaglig skevhet i föräldrarnas relation, vilket respondenterna upplevde som påfrestande redan i tidig ålder. Tozzi och Sullivans (2003) forskning visade att en tredjedel av deras 69 respondenter såg dysfunktionella familjer som en orsaksfaktor för deras insjuknande. Precis som i vår studie kunde vi finna likhet i respondenternas svar angående familjeproblematik, så som brist på omsorg, konflikter inom familjen, förlorad barndom och dålig relation till sina föräldrar. I Gale, Cluett och Laver-Bradbury's (2013) litteratursammanställning tydliggjordes vikten av kommunikationsmönster inom familjen. Vi kan dock inte säga att våra respondenters familjer är orsaken för deras insjuknande men vi kan däremot

säga att dysfunktionella familjemönster är en gemensam nämnare för alla våra respondenter. Wallin, Roijen och Hansson (1996) framhäver att det inte finns en homogen grupp för hur familjestrukturen ser ut hos familjer med barn som utvecklar anorexi. Likt Minuchin m.fl. (1978) ansåg Wallin m.fl. att det är betydande för behandlingen att kategorisera familjer beroende på vilka typer av mönster och kommunikation man har inom familjen. Vi vill understryka att vi inte på något vis anser oss ha underlag och inte heller avser att placera våra respondenter och deras familjer i kategorier eller grupper såsom Minuchin m.fl. (1978) samt Wallin m.fl. (1996). Dock vågar vi påstå att vi ser liknande mönster i våra respondenters berättelser som antyder liknande karaktärsdrag.

I temat "Det handlar om så mycket mer än vikt och utseende" kan vi återigen se att meningsskapandet är betydande för respondenterna och att sjukdomen handlar om det symboliska uttrycket, i enlighet med Nordbø m.fl. (2006). Vi kan även se komplexiteten i sjukdomen och den mångfaktoriella aspekten i respondenternas uttalanden. Respondenterna menar på att kroppfixering var en väldigt liten faktor och att fixeringen av kroppen uppträdde först i sjukdomen. Att framhäva komplexiteten och de olika faktorerna för insjuknandet, såsom den biologiska kopplingen i samband med psykologiska aspekter som Claude-Pierre (1997) presenterar, den grogrund familjen kan utgöra vilket Minuchin m.fl. (1978) redogör för, samt den inre aspekten som meningsskapandet utgör Nordbø m.fl. (2006) är av stor vikt för att överhuvudtaget förstå sig på sjukdomen. I vårt resultat kan vi implementera alla dessa aspekter på ett eller annat sätt, och vi kan se att de kan vara möjliga faktorer för insjuknandet.

Nordbø m.fl. (2006) menar att meningsskapandet var genomgående under deras respondenters insjukande och under sjukdomsperioden. Vårt resultat bekräftar detta men vi kan även presentera ytterligare dimension, som Nordbø m.fl. inte har berört, nämligen att meningsskapandet fortsätter även efter tillfrisknandet. Respondenterna i vår studie vill att sjukdomsperioden ska komma till nytta, att den ska vara värd något och det inte ska vara spilld tid.

Abramovitz och Birch (2000) menar att flickor vars föräldrar har bantat eller uppvisar ett skevt ätbeteende lider en dubbelt så hög risk att insjukna i en ätstörning. I vår studie fann vi inget underlag för att påstå att våra respondenters familjer i varken

implicit eller explicit form påverkade deras värderingar kring bantning eller kost. Få familjemedlemmar har bantat och vi kan inte se om de förespråkat någon särskild kost eller haft ett beteende som kan kopplas till respondenternas anorexi.

För att ha ett kritiskt förhållningssätt till vår egen studie är det viktigt att tillägga att många av våra respondenter tillägnat sig stor kunskap om sin sjukdom på olika sätt. Exempelvis har vissa valt att skriva uppsatser om ämnet, utbilda sig till mentorer inom föreningar riktade mot ätstörningar och så vidare, vilket kan ha kommit att påverka vårt resultat. Vissa respondenter hänvisar till ”under mina psykologsamtal”, ”min psykolog sa” och så vidare. Detta kan tolkas som att det eventuellt inte är deras egna åsikter och tankar gällande orsaksfaktorer som de förmedlar under intervjuerna. Med tanke på att denna studie utformades på självselektion bör man ha detta i åtanke när man granskar resultatet eftersom de kan ha ett särskilt syfte med sitt deltagande.

Våra respondenter hade genomgående en relativt negativ syn på vård- och behandlingssystemet och var noga med att framföra hur de ser på vården i Sverige idag. Alla våra respondenter nämner hur komplex sjukdomen är och att det därför under behandling inte går att standardisera en mall för hur man bemöter individer med anorexi. Då de är just individer med olika upplevelser och bakgrunder måste behandlingen anpassas efter individen.

Flertalet respondenter hävdar att man kan bli helt frisk, och återinsjuknande beror på felaktig behandling. Våra respondenter har i flera fall skrivits ut från behandling grundat på fysiska framsteg. Dock verkar inte de eventuella psykiska framstegen eller bakslagen ifrågasättas i nödvändig utsträckning. Kan det vara så att vården, likaså samhället, har byggt upp symbolen för anorexi enbart kring den utmärglade kroppen? För oss en viktig fråga att ställa då kriterierna för anorexi till stor del utgörs av hur individens psykiska välbefinnande ser ut. Som socialpsykologer anser vi det av vikt att fokusera på individen i detta sammanhang. Flera av våra respondenter uttrycker att anorexi är en form av självskadebeteende och att det inte räcker med att enbart behandla det kroppsliga symtomet, utan ett huvudsakligt fokus bör ligga på det själsliga och psykologiska. Anorexi en livshotande sjukdom som först och främst måste behandlas fysiskt, dock uttryckte våra respondenter att de var rädda för att gå upp i vikt med risk för att bli utskrivna från behandlingen då de inte ansåg sig själva vara friska mentalt.

Många av dem skrevs ut så fort de visat på fysiska framsteg men att deras psykiska hälsa var fortfarande instabil. Bara för att kroppen mår bra innebär inte detta att individen är botad. Det är tankemönstren och självbilden som måste behandlas för att individen ska bli helt fri från sin sjukdom.

Vi anser att det vore intressant att göra uppföljningsstudier på hur respondenters tankar kring orsaksfaktorer har skiftat med tiden. Vi har inte i någon större utsträckning funnit longitudinella studier som belyser denna aspekt. Därför skulle vidare forskning kunna ta tidaspekten som utgångspunkt då vi sett att detta kan vara en viktig faktor att ta hänsyn till. Syftet med detta är att få en ökad kunskap om anorexins komplexitet och på så vis utveckla nya lämpliga behandlingsmetoder för att förebygga återfall. Tid och reflektion efter tillfrisknandet kan bidra till eventuell ändring av inställning till sin sjukdom och orsaksfaktorer. Bortser man från att tankarna kring orsaksfaktorerna förändras med tiden kan detta leda till ett negativt utfall i behandlingen. Konsekvensen av detta kan bli att kärnan i problematiken förbises, och att vården istället följer en stereotypisk mall för hur man ska utföra behandlingen.



## 9 Referenser

- Abramovitz, B. A. & Birch, L. L. (2000). "Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting." *Journal of the American Dietetic Association*, 100 (10), 1157-1164.
- Berg, L-E. (1992). *Den lekande människan*. Lund: Studentlitteratur.
- Berger, P & Luckmann, T. (1998). *Kunskapssociologi*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Boglund, A. (1975). *Den symboliska interaktionismen: Bakgrund och utveckling I*: Berg, L-E., Boglund, A., Leissner, T., Månsson, P & Värnlund, H. (red.) *Medvetandets sociologi: En introduktion till symbolisk interaktionism*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Bullington, J. (2007). *Psykosomatik: Om kropp, själ och meningsskapande*. Lund: Studentlitteratur.
- Charon, J. M. (1979). *Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. (4<sup>th</sup> edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Claude-Pierre, P. (1999). *Ätstörningars hemliga språk- att förstå och bota anorexi och bulimi*. Stockholm: Forum.
- Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cooley, C. (1981). *Samhället och individen*. Uddevalla: Risbergs Tryckeri.
- Erikson, E. (2009). *Den fullbordade livscykeln*. Malmö: Natur och Kultur.
- Gale, C. J., Cluett, E. R. & Laver-Bradbury, C. (2013). "A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa." *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36 (1-2), 48-69.
- Giddens, A. (1997). *Modernitet och självidentitet: Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos.
- Glant, H. (2000). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hallerstedt, G. (1996). *Begäret efter ingenting. I*: Hallerstedt, Gunilla & Johansson, Thomas (red.) *Främlingskapets anatomi*. Stockholm: Carlsson.

- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hewitt, J. P. (1981). *Jaget och samhället: Socialpsykologi ur den symboliska interaktionismens perspektiv*. Helsingborg: Schmidts Boktryckeri AB.
- Kaplan, J. L. (1987). *Farväl till barndomen- En bok om adolescensen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Karlsson, Josefin. (2012). Smala skyltdockor tillbaka hos kedjan. (Elektronisk) *Aftonbladet*. 9 april. <http://www.aftonbladet.se/nyheter/article14649892.ab> (Hämtad 2014-06-08).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Liukko, A. (1996). *Mat, kropp och social identitet*. Stockholm: Graphic Systems AB.
- Lundin, S. & Åkesson, L. (1996). *Kroppens tid - om samspelet mellan kropp, identitet och samhälle*. Borås: Natur och Kultur.
- Mead, G H. (1976), *Medvetandet, jaget och samhället - från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Kalmar: Östra Smålands Tryckeri AB.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morrison, J. (1995). *DSM-IV made easy- The clinician's guide to diagnosis*. New York: The Guildford Press.
- Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2006). "The meaning of self-starvation: Qualitative study of patient's perception of anorexia nervosa." *International Journal of Eating Disorders*, 39 (7), 556-564.
- Rosling, A.M., Sparén, P., Norring, C & von Knorring A-L (2011). "Mortality of Eating Disorders: A Follow-Up Study of Treatment in a Specialist Unit 1974–2000." *International Journal of Eating Disorders*, 44 (4), 304-310.
- Seid, R. P. (1994). "Too close to the bone: The historical context for women's obsession with slenderness." I: Fallon, P., Katzman, M. A. & Wooley, S. C. *Feminist Perspectives on Eating Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). "Risk factors for eating disorders." *American Psychological Association*, 62 (3), 181-198.

- Tozzi, F., Sullivan, F. P., Fear, J. L., McKenzie, J. & Bulik, C. M. (2003). "Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective." *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143-154.
- Värnlund, H. (1975). Om handlingar och perspektiv. I: Berg, L-E., Boglind, A., Leissner, T., Månsson, P & Värnlund, H (red.) *Medvetandets sociologi: En introduktion till symbolisk interaktionism*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Wallin, U., Roijen, S. & Hansson, K. (1996). "Too close or too separate: family function in families with an anorexia nervosa patient in two nordic countries." *Journal of Family Therapy*, 18, 397-414.

### **Bakgrundsfrågor**

- Hur gammal är du idag?
- Hur gammal var du när du insjuknade?
- Under hur många år var du sjuk?
- Har du några syskon?

### **Individ**

- Skulle du vilja berätta lite själv om ditt insjuknande och upplevelse kring anorexi?  
*Följdfråga: Kände du dig sjuk när du hade anorexi? Känner du dig frisk idag?*
- Kan du berätta om din barndom och uppväxt?  
*Följdfråga: Levde dina föräldrar ihop under din uppväxt? Hur var du som barn?*
- Vad är dina tankar och upplevelser kring vad som kunnat utlösa eller orsaka sjukdomen?
- Tänker du annorlunda nu kring orsaker nu än vad du gjort tidigare?

### **Familj**

- Hur såg det sociala livet ut i familjen?
- Hur upplevde du att relationerna mellan familjemedlemmar fungerade?
- Hur hanterade man konflikter i familjen?
- Upplever du att relationen till föräldrar och syskon har förändrats under sjukdomen och i så fall hur?
- Hur har din familjs rutiner kring mat sett ut?
- Vad är din upplevelse kring hur dina familjemedlemmar tänkte kring mat, bantning och kropp? *Eventuell följdfråga: Hur upplever du att det påverkade dig?*
- Anser du att dina föräldrar och syskon är/har varit måna om sitt utseende och sin kropp? *Följdfrågor: Har någon i familjen bantat? Har någon i familjen haft komplex för sitt utseende/vikt?*

### **Avslutande frågor:**

- Hur har behandlingen sett ut? *Följdfråga: Vilken del av behandlingen har fungerat bäst för dig och tagit dig dit du är idag?*
- Vad skulle du vilja tillägga om anorexi eller din upplevelse som vi ännu inte berört?