Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

VEM ÄR JAG UTAN MIN ÄTSTÖRNING?

En socialpsykologisk studie om identitetens betydelse för tillfrisknande

WHO AM I WITHOUT MY EATING DISORDER?

A social psychological study on the importance of identity for recovery

Examensarbete inom huvudområdet socialpsykologi
Grundnivå 22.5 högskolepoäng
Vårterminen 2014

Maria Kronberg
Elin von Harten

Handledare: Lars-Erik Berg
Examinator: Fredrik Palm

FÖRORD

Detta arbete hade inte kunnat genomföras utan hjälp från flera personer som vi härmed vill framföra vårt tack till.

Först och främst vill vi tacka den klinik som hjälpte oss att hitta respondenter och bistod med underlag till studien.

Vi vill även rikta ett stort tack till våra respondenter för att de ville delta i vår studie och för deras viktiga bidrag.

Vi vill slutligen tacka vår handledare, professor emeritus Lars-Erik Berg, för värdefull handledning under arbetets gång.

Skövde 2014-06-09

Maria Kronberg *Elin von Harten*

ABSTRAKT

Ätstörningar utgör ett stort problem i samhället, behandlingen är resurskrävande och återfallsrisken är hög. Därför är det både ur ett samhälls- och ur ett individperspektiv av stor vikt att öka kunskapen om varför sjukdomen är så svårbehandlad. Denna kvalitativa studie undersöker ätstörningar kopplade till identitet. Syftet är att fördjupa förståelsen för identitetens betydelse för tillfrisknande från ätstörning samt om, och i så fall hur, identiteten förändras i processen från ätstörd till friskförklarad. Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med tio kvinnor som tillfrisknat från en ätstörning. Interpretative phenomenological analysis (IPA) användes för att analysera data. Tre huvudteman och sex underteman identifierades och analyserades. För att tolka resultatet användes teorier inom social kognition och symbolisk interaktionism. Resultatet visar att interaktionen med andra ätstörda är av stor betydelse för tillfrisknandet och att en individs identitet förändras i processen från ätstörd till frisk. Vår slutsats är att enbart ett normalt ätbeteende inte räcker, utan tillfrisknande kräver en aktiv omkonstruktion av identiteten. Socialpsykologiska studier av identitet kopplat till ätstörningar är av största vikt för vidare forskning inom fältet och kan även bidra till utveckling av mer effektiva behandlingsmetoder.

Sökord: Ätstörningar, Identitet, Behandling, Grupptillhörighet

ABSTRACT

Eating disorders are a major societal issue. Treatment is costly and the risk of relapse high. It is important, on both an individual and societal level, to increase knowledge regarding why eating disorders are so difficult to treat. This qualitative study examines the relationship between eating disorders and the individual´s perception of her identity. The purpose of the study is improved understanding of that relationship, it´s impact on the recovery process, and how the individual´s perception of her identity is transformed throughout that process. Semi-structured interviews were conducted with ten women who have undergone successful recoveries. Interpretative phenomenological analysis (IPA) was used to analyze the data and three main themes and six subthemes were identified. To interpret the results, theories in social cognition and symbolic interactionism were used. The result show that interaction with other individuals suffering from eating disorders has a strong impact on recovery and that the individual´s perception of her identity transforms during the process from having an eating disorder to being disease free. The conclusion is that a normal feeding behavior alone is not enough; recovery requires active remodeling of the identity. Social psychological studies of identity linked to eating disorders are of great importance for further research in the field and can also contribute to development of more effective treatments.

Keywords: Eating Disorder, Identity, Treatment, Group Affiliation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION 1
1.1. Inledning 1
1.2. Syfte och frågeställningar 2
1.3. Disposition 2
2. BAKGRUND 2
2.1. Hälsa och sjukdom 3
2.2. Ätstörningar 3
2.2.1. Diagnostiska kriterier enligt DSM IV: Anorexia nervosa 3
2.2.2. Diagnostiska kriterier enligt DSM IV: Bulimia nervosa 4
2.2.3. Friskhetskriterier: Anorexia nervosa och Bulimia nervosa 4
3. TIDIGARE FORSKNING INOM FÄLTET 5
4. AVGRÄNSNING 7
5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER 7
5.1. Social kognition 7
5.2. Social identitetsteori 8
5.3. Symbolisk interaktionism 10
5.4. Stigmatisering 10
5.4.1. Relation till andra grupper 11
5.5. I och Me och den generaliserade andre 11
5.5.1. Lek och spel 12
5.5.2. Öppen och krypterad, ärlig och cynisk 12
5.6. Sammanfattande motivering och resonerande kring teorivalen 13
6. METOD 14
6.1. Val av metod 14
6.2. Interpretative phenomenological analysis (IPA) 15
6.3. Förförståelse 16
6.4. Urval 16
6.5. Instrument 17
6.6. Tillvägagångsätt 17
6.6.1. Genomförande av intervjuer 17
6.6.2. Transkriberingsprocessen 18

6.6.3. Kodning 18
6.7. Validitet och reliabilitet 19
6.8. Etiska överväganden 19
6.9. Metodreflektioner 20
7. RESULTAT 21
7.1. Tidslinje 21
7.1.1. Tema 1: Att leva med en ätstörning 21
7.1.2. Tema 2: Att behandlas för en ätstörning 24
7.1.3. Tema 3: Att tillfriskna från en ätstörning 26
7.2. Teoretiska kopplingar 30
8. SLUTSATSER OCH DISKUSSION 36

1. INTRODUKTION

1.1. Inledning

Ätstörningar är ett växande problem i det svenska samhället. I en ny rapport från Rädda Barnen beskrivs att 8 % av barnen i årskurs 6, 13 % i årskurs 8 och 15 % i årskurs 1 på gymnasiet har uttryckt problem med ätstörningar under det senaste året (Ung röst, 2014, s. 68). Ätstörningar utgör ett stort problem även internationellt och en granskning av 119 vetenskapliga studier visar att chansen att bli frisk från anorexia inom en tioårsperiod är mindre än 50 % och att 20 % av patienterna med anorexia förblir kroniskt sjuka under en längre tid. Risken att dö av sjukdomen varierar mellan 0-25 % (Steinhausen, 2002, s. 1288). Allmän statistik från Sverige anger att det idag finns cirka 100 000 individer som uppfyller kriterierna för någon av ätstörningarna anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS (utan närmare specifikation). De flesta som drabbas är kvinnor, ca 90 %. Eftersom ätstörningar ofta döljs för omgivningen, finns det ett mycket stort mörkertal av individer som lider av en ätstörning, men som inte har fått en ätstörningsdiagnos (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2014). Resultaten från tidigare studier indikerar att behandling av en ätstörning är komplex och att det krävs stora insatser för att komma tillrätta med problematiken. Forskning visar att många ätstörda vidmakthåller sin ätstörning, trots behandling. Det kan också finnas en koppling mellan identitet och vidmakthållande av en ätstörning (Schupak-Neuberg & Nemeroff, 1993; Stein & Corte, 2007; Weinreich, Doherty, & Harris, 1985).

Eftersom behandling av en ätstörning är resurskrävande i form av höga sjukvårdskostnader och förlorade arbetsinkomster, är det både ur ett samhälleligt perspektiv och ur ett individperspektiv av stor vikt att öka kunskapen om varför människor vidmakthåller sin ätstörning. Kunskap som finns inom socialpsykologisk forskning, särskilt inom identitetsforskningen, utgör ett viktigt bidrag till ökad förståelse för hur identiteten påverkar vidmakthållande av, alternativt tillfrisknande från, sjukdomen. Vidare kan socialpsykologisk kunskap om identitetens betydelse vid vidmakthållande av ätstörningar underlätta för behandlare att förstå varför en del ätstörda gör motstånd mot behandlingen, bidra till vidareutvecklande av behandlingsmetoder för ätstörningar, och därigenom öka antalet friskskrivna, samt bidra till minskade återfall i sjukdomen. Det skulle innebära minskat lidande på individnivå och underlätta insatser på både gruppnivå (anhöriga) och samhällsnivå.

Studier av identitet kopplat till ätstörningsproblematik bör även kunna ge förutsättningar för utveckling av socialpsykologisk teoribildning.

1.2. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att fördjupa förståelsen för identitetens betydelse för tillfrisknande från ätstörning samt om, och i så fall hur, identiteten förändras i processen från ätstörd till friskförklarad. Identitet operationaliserar vi som individens upplevelse av sin identitet, särskilt i relation till ätstörningen.

Våra frågeställningar är:

- Hur beskriver friskförklarade individer sin upplevelse av att vara sjuk i en ätstörning?
- Hur beskriver friskförklarade individer sin upplevelse av att vara i behandling för en ätstörning?
- Hur beskriver friskförklarade individer, som haft en ätstörning, vad det var som gjorde att de blev friska?

1.3. Disposition

I kapitel 2, Bakgrund, diskuterar vi begreppen sjukdom och hälsa, samt definierar ätstörningar och vilka kriterier som ska uppfyllas för att bli friskförklarad. I kapitel 3, Tidigare forskning inom fältet, presenterar vi studier som handlar om upplevelsen av att leva med en ätstörning kopplat till identitet. I kapitel 4, Avgränsning, redogör vi för hur vi valt att avgränsa vår studie och i kapitel 5, Teoretiska utgångspunkter, presenteras de teorier och begrepp vi använder inom perspektiven social kognition och symbolisk interaktionism. Kapitlet avslutas med en kortare diskussion kring teoriernas relevans för uppsatsen. I kapitel 6, Metod, presenterar vi vald metodologi, urval, instrument, tillvägagångssätt, validitet och reliabilitet samt etiska överväganden. Kapitlet avslutas med en metodreflektion. I kapitel 7, Resultat, presenterar vi vår tolkning av resultatet i form av en tidslinje samt illustrerar med citat från våra respondenter. Denna presentation följs av en teoretisk diskussion kopplad till vårt resultat och tidigare forskning. Slutligen, i kapitel 8, Slutsatser och diskussion, knyter vi samman våra slutsatser med syfte och frågeställningar, redogör för vår studies socialpsykologiska relevans samt ger förslag på fortsatt forskning.

2. BAKGRUND

2.1. Hälsa och sjukdom

Brülde och Tengland (2003), menar att vår uppfattning om vad som är sjukt och friskt på olika sätt påverkar vårt handlande på både individuell, grupp- och samhällsnivå (Brülde & Tengland, 2003, s. 28). Genom att individen får en sjukdomsdiagnos kan det, å ena sidan, innebära en sjukdomsvinst för individen då hon/han får tillgång till hjälp och stöd samt ställs inför mindre krav och ansvar (Ibid, ss. 20-23). Å andra sidan kan sjukdomsdiagnosen innebära negativa konsekvenser för individen, då en kategorisering som sjuk kan upplevas som stigmatiserande (Ibid s. 26). Att få en sjukdomsstämpel innebär inte per automatik att man får stöd och hjälp, utan kan också betyda att omgivningen ställer vissa krav på individen. Exempelvis förväntar sig omgivningen ofta att den sjuka betraktar sin sjukdom som något negativt och därmed försöker göra allt den kan för att bli frisk (Ibid).

Gällande hälsobegreppet menar Brülde och Tengland (2003) att våra uppfattningar om vad som är hälsa är färre och mindre uttalade än våra uppfattningar om vad som är sjukdom. Sjukdomsbegreppet innehåller många olika normativa föreställningar, medan begreppet hälsa i stort sett bara består av en föreställning, nämligen att hälsa är något positivt som bör främjas (Brülde & Tengland 2003, s. 31).

2.2. Ätstörningar

Ätstörningar är samlingsnamnet för ett antal olika sjukdomar kopplade till ett komplicerat förhållande till mat som resulterar i ett stört ätbeteende. I vår uppsats har vi valt att koncentrera oss på de två vanligaste sjukdomarna, anorexia nervosa och bulimia nervosa.

2.2.1. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV: anorexia nervosa

Anorexia nervosa debuterar oftast i tonåren och kan beskrivas som en bantning som går för långt. Det som utmärker sjukdomen är en rubbad kroppsuppfattning och en önskan att väga avsevärt mindre än vad som är förväntat för sin ålder. För att uppnå sin låga vikt äter individerna mindre samt ökar sin fysiska aktivitet. I många fall används också självrensande metoder såsom kräkningar och laxermedel (Allgulander, 2008, s. 196). För att diagnostiseras med anorexia nervosa ska man enligt DSM-IV vägra att hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd. Kroppsvikten ska vara mindre än 85 % av den förväntade. Individen ska också ha en

intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att hon/han är underviktig. Kroppsupplevelsen och självkänslan ska vara överdrivet störd och påverkad av kroppsvikt eller kroppsform, eller så förnekar individen allvaret i den låga kroppsvikten. För kvinnor med anorexia ska minst tre på varandra följande menstruationer utebli, så kallad amenorré (Stockholms centrum för ätstörningar, 2014).

2.2.2. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV: bulimia nervosa

Centralt för bulimia nervosa är att individen regelbundet förlorar kontrollen över sitt ätande och i perioder hetsäter stora mängder mat, vilket följs av ett kompensatoriskt beteende, såsom framkallade kräkningar eller användning av laxeringsmedel. Detta beteende kan leda till stora skador på tänder och inre organ. Vid bulimia nervosa påverkas dock inte kroppsvikten synbart (Allgulander, 2008, ss. 197-198). För att diagnostiseras med bulimia nervosa ska man enligt DSM-IV ha återkommande episoder av hetsätning som kännetecknas av att individen under en avgränsad tid (till exempel inom två timmar) äter en väsentlig större mängd mat än vad de flesta individer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter. Individen ska också tycka sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (till exempel en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter). Självkänslan hos den drabbade individen ska även vara överdrivet påverkad av kroppsform och vikt (Stockholms centrum för ätstörningar, 2014).

2.2.3. Friskhetskriterier: anorexia nervosa och bulimia nervosa

Som Brülde och Tengland (2003) påpekar är våra föreställningar om vad som är hälsa mindre uttalade än våra föreställningar om vad som är sjukdom (Brülde & Tengland, 2003, s. 31). Detta visar sig bland annat i att det saknas allmänt etablerade kriterier för friskförklaring från ätstörning. Dock har våra respondenter behandlats, och friskförklarats, vid en klinik där behandlingen bygger på egen forskning och där man har utarbetat egna friskhetskriterier. Behandlingen bedrivs inom en organisation i ett flertal länder och det görs kontinuerliga studier för att säkra behandlingens effektivitet (Bergh, Callmar, Danemar, m.fl, 2013). För att bli friskförklarad inom denna behandling krävs det att patienterna uppfyller sju utarbetade kriterier. Vi har via mejl intervjuat platschefen för en av de svenska klinikerna angående dessa friskhetskriterier. I texten nedan är kriterierna kursiverade.

Patienten måste ha ett *normalt ätbeteende*, vilket innebär att kunna känna hunger och mättnad samt att kunna följa dessa signaler. Patienten använder en interaktiv våg för att lära sig att äta i rätt hastighet, lära sig vad som är en normal portionsstorlek och lära sig att tolka kroppens hunger- och mättnadssignaler igen. Under behandlingens gång mäts sedan detta genom att patienten får göra testmåltider på vågen där behandlarna kan se om patienten tar rätt mängd, äter i rätt hastighet och kan tolka hunger och mättnad korrekt. Om man lyssnar på kroppens signaler kommer dessa regleras och kroppen stannar på den vikt den vill ha. Vid friskskrivning har patienten därför *en normal vikt*. Eftersom patienten påverkas somatiskt och psykiskt av sin sjukdom ska deras *blodvärden* och *psykiatriska status vara normala* innan friskskrivning. *Patienten ska även vara tillbaka i skola eller arbete och fritidsaktiviteter*. *Mat och vikt ska inte längre vara något problem* för patienten och denna ska själv kunna uttrycka det. Som behandlare kan man även få det bekräftat genom att titta på patientens vikt och bedöma testmåltider. När det gäller bulimiker ska *ingen hetsätning eller kräkning ha förekommit under de senaste tre månaderna*. Om behandlaren misstänker att det inte uppfylls, kan man ta blodprov för att säkerställa detta, man kan även se det genom att tolka viktförändringar, (J. Sjöberg, personlig kommunikation, 3 april, 2014).

3. TIDIGARE FORSKNING INOM FÄLTET

Utifrån vårt intresse för området använde vi oss av följande sökord för att undersöka vilken tidigare forskning som finns inom fältet: *eating disorders* och *eating disorders and identity*.

Det är få studier som gjorts inom området social identitet och ätstörningar (Giles, 2006; Rich, 2006; Koski, 2014; Strangellini, Castellini, Brogna, Faravelli & Ricca, 2012). Rich (2006) utförde en studie som visade att kvinnor med anorexia upplevde sin sjukdomsdiagnos som stigmatiserande i olika sociala sammanhang. Detta medförde att några av dem försökte konstruera alternativa, positiva självpresentationer av sin ”*anorektiska identitet*” på olika internetforum, där ett anorektiskt beteende uppmuntras, så kallade Pro-Anaforum (Rich, 2006). Samma år analyserade Giles (2006) i sin studie vilka strategier kvinnor använde sig av då de konstruerade sin sociala identitet på Pro-Anaforum. Resultatet visade att kvinnorna använde sin anorektiska identitet som ett försvar mot dem som kritiserade deras ätstörda beteende. Kvinnorna skapade också olika utgrupper där de individer som ville vara anorektiska (de med bulimi och andra

ospecificerade ätstörningar) och de som kritiserade dem (icke ätstörda) kategoriserades. I sin studie jämförde också Giles (2006) de olika ätstörningarna och resultatet visade att det bildades en hierarki bland de ätstörda, där anorexi var högst värderat, tätt följt av bulimi och andra ospecificerade ätstörningar. Giles (2006) föreslår att kunskap kring identitetens betydelse vid ätstörningar kan hjälpa vårdgivare att förstå varför behandling av ätstörningar kan vara så komplex (Giles, 2006).

Eftersom stigmatisering återkom i flertalet studier (Corrignan, 1998; Crisafully, Holle & Bulik, 2008; Crisp, 2005, Ison & Kent, 2010) valde vi att studera det vidare. I en studie utförd av Stewart, Keel och Schiavo (2006) visade resultatet att respondenter som var friska uppfattade individer med ätstörningar som karaktärslösa och att de endast var ute efter uppmärksamhet. Samma respondenter menade också att de individer som lider av ätstörningar hade sig själva att skylla för sin sjukdom. Studiens slutsats blev därför att ätstörningar är stigmatiserande för de som har sjukdomen, samt att detta kan vara en orsak till att många drabbade inte söker behandling (Stewart, Keel & Schiavo, 2006).

I en studie utförd av Skårderud (2007) visade resultatet att känslor av skam fanns med vid en ätstörning och i utvecklandet av denna. Skamkänslorna var troligen relaterade till det stigma som en ätstörning innebar och medförde att respondenterna kände skam över kroppens utseende. Respondenterna försvarade sig mot känslan av skam genom att kontrollera sin kropp med sitt restriktiva ätande. Genom självkontrollen upplevde respondenterna känslor av stolthet och de kände sig speciella och fick positiv respons på sitt utseende. Resultatet visade att respondenterna upplevde ambivalenta känslor som pendlade mellan skam och stolthet över sin situation och sin kropp (Skårderud, 2007).

I enlighet med resultatet i Skårderuds (2007) studie, visar ett flertal andra resultat också att känslan av kontroll är viktig för de ätstörda (Lawrence, 1979; Jarman, Smith & Walsh, 1997). I en studie utförd av Serpell, Treasure, Teasdale och Sullivan (1998) ombads anorexipatienter att skriva två brev till sin ätstörning, där det ena skulle utformas som ett brev till en vän, och det andra till en fiende. Vid denna studie såg man att ätstörda, i breven som de skrev till ”*en vän*”, ofta berättade om fördelar med sin anorexia. Dessa fördelar innefattade känslor av att känna kontroll, känna sig skyddad och speciell. Patienterna beskrev en stark anknytning till sin ”*vän*”, någon som de uppfattade alltid stod på deras sida. Negativa aspekter med sjukdomen kom fram genom

breven till en ”*fiende*”. I dessa brev beskrev patienterna förlorade relationer, känslor av att vara maktlös, konstanta tankar på mat och att ”*fienden*” hindrade dem att göra saker de ville göra (Serpell, Treasure, Teasdale & Sullivan, 1998).

Vidare beskriver Nordbö, Espeset, Gulliksen, Skårderud och Holte (2006) i sin studie respondenternas uppfattning om ”*meningen*” med att leva med en ätstörning. De skriver att det handlade om kontroll, säkerhet, stabilitet, mental styrka, självförtroende och att kunna undvika negativa känslor genom att kontrollera sin kropp. Till skillnad från andra patientgrupper tenderade anorexipatienter att uppskatta sina symptom, vilket enligt denna studie möjligen kan förklara deras låga motivation att ändra sitt beteende, något som kan spela en viktig roll för vidmakthållandet av sjukdomen. Slutsatsen blev att en ätstörning inte bara ger fysiska och psykiska symptom, utan också ett beteende som blir meningsfullt för den drabbade (Nordbö, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte, 2006).

4. AVGRÄNSNING

Eftersom mycket av den tidigare forskning som finns gällande ätstörningar och identitet har gjorts på kvinnor som är i behandling, (Ison & Kent, 2010) har vi fokuserat på kvinnor som tillfrisknat från en ätstörning. Man hade kunnat, till exempel genom deltagande observation, följa tillfrisknandeprocessen på ett behandlingshem, men eftersom vårt intresse riktades mot individers egen förståelse av varför de blev friska, avgränsade vi vår studie till att endast gälla respondenter som är friskförklarade.

5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Utifrån vad den tidigare forskningen visade, har vi valt att bygga vår uppsats på de nedan presenterade teoretiska utgångspunkterna. Avsnittet avslutas med en kortare teorireflektion. Vi har valt att se processen från ätstörd till friskförklarad utifrån perspektivet social kognition med Henri Tajfels social identitetsteori samt utifrån perspektivet symbolisk interaktionism med huvudfokus på teorier utvecklade av George Herbert Mead och Erwin Goffman.

5.1. Social kognition

Inom socialpsykologin är social kognition ett grundläggande perspektiv. Forskningen inom social kognition är inriktad på hur individer förstår världen runt omkring sig och den egna platsen i den. Forskningen är ofta experimentell och fokuserar på intraindividuella mentala processer. Tyngdpunkten ligger på hur kunskap konstrueras i mentala scheman som styr uppmärksamhet, underlättar inkodning av information till

minnet och underlättar återerinring av information. Scheman aktiveras ofta omedvetet av stimuli som finns i miljön. När ett schema aktiveras ökar sannolikheten att andra relaterade scheman ska aktiveras, samtidigt som sannolikheten minskar att andra konkurrerade scheman ska aktiveras (Augoustinos, Walker & Donaghue, 2012, s. 24).

Inom perspektivet social kognition finns ett flertal teorier varav vi använder oss av social identitetsteori (SIT) i vår uppsats.

5.2. Social identitetsteori

Social identitet definieras som den del av människans självkoncept som härstammar från vår upplevelse av att vara medlem i en social grupp, tillsammans med det värde man tillskriver medlemskapet i gruppen (Tajfel, 1978, s. 63, egen översättning).

Social identitetsteori (SIT) utvecklades under 1970-talet av Henri Tajfel (1919-1982). SIT är en teori som försöker förklara beteendet inom olika grupper och grundar sig i att de sociala grupper vi är medlemmar i, formar en viktig del i vår förståelse för självet och identiteten (Augoustinos, Walker & Donaghue, 2012, s. 203). Det görs ofta en skillnad mellan interindividuellt beteende och ett intergruppbeteende. Med ett interindividuellt beteende menas att individer endast interagerar med varandra genom sina respektive kvaliteter som individer. Intergruppbeteende innebär att individer interagerar med andra genom sitt medlemskap i en grupp, oberoende av individuella kvaliteter. Enligt SIT faller allt beteende inom skalan mellan det interindividuella och intergruppen (Ibid, s. 26). Tre viktiga begrepp för att förklara denna teori är kategorisering, identifikation och social jämförelse.

Självidentifikation faller under två relativt separata subsystem i vårt självkoncept, *social* och *personlig* identitet (Hogg & Abrams, 1988, s. 25). När det gäller identitetsskapande och individens förmåga att skapa form och innehåll, av och för sig själv, krävs enligt Berg (2006) både en social och en personlig identitet för att sociala relationer ska utvecklas. ”*All slags upplevelse av ens egen identitet kräver att man kan se sig själv med andras ögon*” (Berg, 2006, s. 32). Social och personlig identitet baseras på idén att varje individ, å ena sidan, kännetecknas av olika sociala funktioner som visar individens medlemskap i en grupp, å andra sidan av personliga funktioner eller mer specifika karaktärsdrag (Deschamps & Devos i Worchel, Morales, Páez & Deschamps. 1998, s. 2). De individer som har en gemensam eller liknande bakgrund har också en liknande

social identitet, men känslan av att identifiera sig med en grupp uppstår endast i kontakt med andra grupper som man själv inte tillhör (Augoustinos m.fl.,2012, s. 25).

För att förstå och identifiera objekt eller människor delar vi in dem i olika kategorier, vilket hjälper oss att förklara den sociala miljö vi lever och verkar i. En konsekvens med att vi kategoriserar är att det också leder till självkategorisering. En effekt av självkategorisering är att man gärna uppfattar likheterna mellan självet och andra i ingruppen som större än de i själva verket är, och på samma sätt, uppfattar man olikheterna mellan självet och andra i utgruppen, som större än de i själva verket är. Det skapas därmed ett stereotypt beteende inom den egna gruppen där alla medlemmar delar samma attityder, värderingar, känslomässiga reaktioner, beteenden, tal och språk. Självkategorisering är således den process som omvandlar enskilda individer till en grupp (Hogg & Abrams 1988, s. 21). Då man identifierar sig med den grupp man blivit kategoriserad in i, övertar man gruppens normer och värderingar och uppfattar dem som sanna. Ju starkare vi identifierar oss med en grupp, desto tydligare blir också skillnaden mellan min grupp och andras, men genom vår personliga identitet, som består av våra individuella egenskaper och kvaliteter, skapas en känsla av att vi ändå är unika, och därigenom kan vi urskilja oss från den grupp vi tillhör (Augoustinos m.fl.,2012, s. 25).

För att generera ett gruppbeteende där vi kategoriserar och identifierar oss själva in i gruppen, behöver vi samtidigt jämföra oss med andra människor. Genom social jämförelse försöker vi förstå oss själva, andra människor och vår sociala värld. Vi vill genom social jämförelse få bekräftelse på att våra egna föreställningar stämmer, och att dessa är mer korrekta än andra (tänkbara) föreställningar som presenteras för oss. Sett ur ett grupperspektiv strävar människan efter att ha samma värderingar som den egna gruppen har, och dessa värderingar blir positivt värderade, och därmed hela gruppens sanning. När vi gör sociala jämförelser görs de mellan oss själva och andra medlemmar i ingruppen (intragrupp) eller mellan hela in- och utgrupper (intergrupp). När det gäller intergruppsjämförelser tenderar vi även att övervärdera samhörigheten i ingruppen för att skilja mellan in- och utgrupp så mycket som möjligt. Genom att skilja ingrupp från utgrupp, och värdera ingruppen mer positivt, kommer ingruppen också att tillskrivas en mer positiv social identitet i jämförelse med utgruppen. Då en individs sociala identitet definieras genom ingruppen, kommer denna även att värdera sig själv mer positivt, vilket höjer självkänslan hos individen (Hogg & Abrams, 1988, s. 22).

5.3. Symbolisk interaktionism

Symbolisk interaktionism är ett perspektiv för ”*en analys av den sociala verkligheten*” (Trost & Levin, 1999, s. 9). I perspektivet hanteras frågorna; ”*Vad är vi? Vilka är våra kvaliteter? Varför gör vi som vi gör? Hur är det möjligt att leva tillsammans i ett samhälle? Varför lyckas vissa? Varför hamnar vissa i problematiska situationer?”* (Charon, 2010, ss. 27-28, egen översättning). Inom perspektivet menar man att människan måste bli förstådd som en social, tänkande och aktiv varelse. Det är en ständigt pågående och livslång social interaktion som får oss att handla som vi gör. Istället för att fokusera på individen och dess personlighet, eller hur samhället och sociala situationer bidrar till mänskligt beteende, fokuserar perspektivet på den aktivitet som sker mellan och bland individer. Hur människan uppfattar den miljö hon vistas i beror på hur hon för tillfället definierar sin nuvarande situation. Definitionen är ett resultat av den pågående sociala interaktionen och av det mänskliga tänkandet. Våra tidigare erfarenheter får betydelse för våra handlingar först när vi minns och för in dem i den nuvarande situationen (Charon, 2010, ss. 28-29).

Symbolisk interaktionism utgår till stor del från George Herbert Meads (1863-1931) arbete, vilket gjort honom till en grundpelare inom perspektivet (Trost & Levin, 1999, ss. 40-41). Mead menar att interaktion sker genom symboler, tolkning och varseblivning samt att vi ger andra individers beteende en klar och tydlig mening (Ibid, s. 48). Förutom Mead har andra sociologer bidragit ytterligare till perspektivet, däribland Erving Goffman (1922-1982) (Charon, 2010, ss. 29-30).

5.4. Stigmatisering

Goffmans (1972) definition av stigma är ”*den situation som drabbar en individ som av någon anledning inte är i stånd att vinna fullt socialt erkännande*” (Goffman, 1972, s. 7). Varje samhälle bestämmer vilka kriterier som används för att dela in individer i olika kategorier. Det är i den sociala miljön som det avgörs vilka kategorier av individer vi förväntar oss att möta och vilka sociala spelregler vi ser som naturliga. När vi sedan ser en individ kommer vi omedelbart att kategorisera denna och tillskriva individen vissa egenskaper. Om individen har någon egenskap som skiljer sig från övriga i samma kategori, ses denna egenskap oftast som något negativt. På detta sätt reduceras individen från en hel människa till en utstött, vilket innebär ett stigma för den drabbade individen. Man skiljer på individer som har ett synligt stigma, de misskrediterade, och individer med ett osynligt stigma, de misskreditabla (Ibid, s. 50). Gemensamt för alla former av

stigmatisering är att individen avviker på ett sätt som inte omgivningen anser vara normalt, och utifrån dessa förutsättningar blir individerna diskriminerade, vilket i värsta fall minskar deras livsmöjligheter avsevärt (Goffman, 1972, s. 14).

5.4.1. Relation till andra grupper

Om en individ tillskrivs stigmatiserande egenskaper, skapar stigmat en skenbar social identitet som skiljer sig från den faktiska sociala identiteten, och leder till en diskrepans mellan dem båda (Goffman, 1972, ss. 11-12). Genom diskrepansen förminskas också den faktiska sociala identiteten, vilket innebär att individen blir misskrediterad och oförstådd. I många fall söker sig därför den stigmatiserade till likasinnade för att känna samhörighet och förståelse. Dessa likasinnade kan erbjuda stöd och ge en känsla av att vara obesvärad och accepterad. Bland individer med samma stigma kan individen också använda sitt handikapp för att bygga upp sitt liv (Ibid, ss. 28-29). När medlemmar ur samma stigmakategorier möts, tenderar de att anpassa sin interaktion och sitt beteende gentemot varandra utifrån att de tillhör samma grupp. Detta beteende sprids sedan och en kategori kan därför påverka och underlätta för sina medlemmar att formera ingrupper. Om stigmat inte skiljer sig avsevärt från de individer som anses vara normala, blir det dock svårt att skapa en egen grupptillhörighet. Risk finns då att individerna förstärker sitt stigma och därigenom blir en minoritetsgrupp med fasta traditioner och tydlig gemenskap (Ibid, s. 46). Om eller när en gruppmedlem kommer i kontakt med en icke stigmatiserad, kan en identitetsambivalens uppstå då individen kan se på sin grupp utifrån. Individen kan sympatisera med den icke stigmatiserades synsätt på ingruppen, samtidigt som den psykologiska och sociala identifikationen med sina likar håller individen kvar i det som faktiskt stöter bort individen. Känslan övergår därför i skam och skammen i sin tur förvandlas till något individen skäms för. Konsekvensen blir att individen varken kan acceptera eller lämna sin grupp. Denna ambivalens uppstår i en process som Goffman kallar för nalkande, vilket innebär att den stigmatiserade individen känner obehag gentemot sin egen sort i sällskap av en icke stigmatiserad individ (Goffman, 1972, s. 114).

5.5. I och Me och den generaliserade andre

George Herbert Mead (1863-1931), skapade en teori som handlar om hur jagmedvetandet och identiteten utvecklas hos människan. För att det lilla barnet ska upptäcka och bli medvetet om sig själv krävs en social process, det vill säga, interaktion med andra människor. Den process där medvetandet riktas mot den egna individen och

resulterar i en jagbild, kallar Mead för I (jaget) och Me (miget) (Berg, 1992, ss. 35-36). I-fasen står för frihet och kreativitet, medan Me-fasen står för den sociala identiteten och rollen (Ibid, ss. 69-70). För att I och Me ska kunna interagera med varandra, behövs signifikanta andra, vilka till en början ofta är det lilla barnets föräldrar. Senare i utvecklingen kommer denna process även att innefatta barnets bild av samhället och hur barnet ser på sin tillvaro i detta samhälle. Mead kallar detta för den generaliserade andre. För att utveckla en personlighet och identitet krävs, enligt Berg (1992), ett nära samspel med den generaliserade andre (Ibid, ss. 36-37). När det lilla barnet ser på sig själv genom andra, binds I och Me samman, och det är således i växelspelet mellan I och Me som utvecklingen sker, och inte i de enskilda delarna. Berg (1992) liknar denna process vid en spegel varigenom individen kan se sig själv (Berg, 1992, s. 44).

5.5.1. Lek och spel

När barnet har utvecklat sitt jagmedvetande och därmed fått en fast punkt i sin tillvaro, kan hon/han börja utforska omvärlden. Detta sker genom två stadier, lek-och spelstadiet. I lekstadiet får barnet möjlighet att prova olika roller och identiteter på ett lekfullt, fritt och spontant sätt. Attityden som barnet har till leken är som en förtrollning, barnet blir uppslukat av sin lek och därmed otillgängligt för andra (Berg, 1992, ss. 31-32). I spelstadiet har barnet en förmåga att stundtals gå ur sitt lekjag för att betrakta och samspela med andra i sin omgivning. Spelets logik gör att spelaren måste vara delaktig i spelet både som aktör och som betraktare för att kunna förutsäga spelets gång (Ibid, ss. 31-32). För att koppla samman lek och spel med begreppen I och Me, menar Berg (1992) att leken är släkt med den fria I-fasen och spelet med Me-fasen (Ibid, s. 57). Mellan lek-och spelstadiet vill barnet ofta skapa egna regler och det beror på att barnet börjar bli medvetet om att det finns generella spelregler att följa (den generaliserade andre) (Berg, 1992, s. 40).

5.5.2. Öppen och krypterad, ärlig och cynisk

Inom alla lekar och spel finns olika koder som skiftar och dessa koder kan vara öppna eller krypterade. Berg (2014) menar att en och samma individ under samma dag, i samma lek eller spel, kan befinna sig på samtliga ställen, vilket innebär att en kod kan vara öppen för vissa individer, men krypterad för andra (L-E Berg, personlig kommunikation, 6 maj, 2014). Begreppen ärlig och cynisk rollspelare kommer ursprungligen från Erving Goffman (1922-1982), och handlar om vad som är individens

sanna jag och vad som är en roll. Enligt Goffman gör den ärliga rollspelaren ingen skillnad mellan sin identitet och sin roll och har därmed en öppen spelkod för sig själv och omgivningen. Om individen däremot inte vet om, eller förtränger, sin identifikation med rollen har hon/han (omedvetet) krypterat spelkoden för sig själv. Hon/han är därför fortfarande en ärlig rollspelare (Berg, 1992, s. 172). Ett exempel på detta finns i artikeln, *Photons of the Human Mind: the Fiction of Personal Identity*, där Berg (2014) gör ett inlägg i debatten kring huruvida Anders Bering Breivik ska anses som sjuk eller inte, utifrån hans agerande i samband med händelserna i Oslo och på ön Utöya i juli 2011 (Berg, 2014, i Cullhed & Rydholm, 2014). Berg (2014) utvecklar sitt resonemang ytterligare genom att förklara Breiviks agerande med hjälp av begreppen öppen och krypterad kod. Han menar att Breivik har en krypterad identitet (kod) för sig själv eftersom han förtränger vad han faktiskt gör. Breivik tror på sig själv som en räddare av Norge, vilket innebär att han är en ärlig rollspelare. Spelkoden är öppen mot omgivningen eftersom han säger varför han agerade som han gjorde, och rollspelet är ärligt eftersom han identifierar sig med sin roll (L-E Berg, personlig kommunikation, 12 maj, 2014). En cynisk rollspelare däremot är medveten om att det är en roll hon/han spelar och att hon/han inte behöver identifiera sig med rollen. Individen väljer därför vilken information som passar och har därmed en öppen spelkod inför sig själv och en krypterad spelkod mot omgivningen (Berg, 1992, s. 172).

5.6. Sammanfattande motivering och resonerande kring teorivalen

Ovanstående teorier anser vi vara relevanta för vår studie då tidigare forskning visat på deras användbarhet för analys av problematik relaterad till identitet och ätstörning. Social identitetsteori finner vi vara lämplig eftersom denna teori belyser hur identiteten formas i samspel med andra individer och vad medlemskap i olika grupper betyder för identitetsskapandet. Goffmans teori om stigmatisering anser vi vara relevant då ett stigma generellt sett ofta leder till upplevt utanförskap och därmed blir det naturligt att söka sig till likasinnade för att bli accepterad. Meads teori om I, Me och den generaliserade andre, finner vi användbar för att bättre förstå ätstörningsproblematiken. Enligt denna teori är en individs identitet uppbyggd av ett I och ett Me, och samspelet mellan dessa kräver en spegel i form av ett Du som så småningom växer till en generaliserad andre. När det gäller ätstörningar, tänker vi oss, att om en ätstörd individ söker sig till likasinnade, kommer den ätstördas generaliserade andre till stor del vara andra ätstörda individer och speglingen kommer att ske dem emellan. Teorin om lek och

spel, begreppen ärlig och cynisk rollspelare samt öppen och krypterad kod anser vi vara användbara för att förstå och förklara den komplexitet som finns i processen från ätstörd till friskförklarad.

6. METOD

6.1. Val av metod

Vi valde en kvalitativ metod eftersom den gav oss möjlighet att fördjupa och utveckla vår förståelse för respondenternas erfarenheter av ätstörningar. Kvalitativa forskare vill förstå hur människor uppfattar den sociala verkligheten och det som händer i den (Bryman, 2008, s. 362).

Vi använde oss av semi-strukturerade intervjuer, vilka har en varierad struktureringsgrad med ett antal frågor som är färdigformulerade. Eventuella följdfrågor struktureras under intervjuns gång beroende på vad som kommer fram och frågorna kan därmed anpassas till hur intervjun utvecklar sig (Langemar, 2008, s.69).

6.1.1. Fenomenologi

Vi valde en fenomenologisk inriktning på vår kvalitativa studie. Fenomenologi utvecklades ursprungligen av Edmund Husserl (1859-1938) under början av 1900-talet. Husserl myntade begreppet ”*livsvärld*” som spelar en stor roll inom fenomenologin, då det är själva upplevelsen av ett fenomen man studerar, med fokus på meningssamband snarare än orsakssamband. I livsvärlden binds händelser samman med den mening de utgör för individen, och allt är relaterat till sitt sammanhang. Husserl menar även att individens medvetande alltid är riktat mot något och att vi tolkar verkligheten utifrån detta (Langmar, 2008, s. 123; Creswell, 2013, s. 80). Inom fenomenologin betonas även Husserls begrepp ”*bracketing*”, vilket innebär att forskaren måste sätta sina egna förkunskaper åt sidan för att kunna ta till sig respondentens livsvärld med öppet sinne (Creswell, 2013, s. 80). Vid en fenomenologisk studie beskriver forskaren ”*vad*” som upplevdes samt ”*hur*” det upplevdes, och det man vill komma fram till är en sammansatt beskrivning av fenomenets kärna (Moustakas, 1994, i Creswell, 2013, s. 76) för att få en ökad förståelse för hur det är att uppleva detta fenomen (Creswell, 2013, s. 82).

Även begreppen hälsa och sjukdom diskuteras inom fenomenologin och man utgår från ett subjektivt perspektiv när man definierar hälsa och sjukdom. Vidare kan fenomenologin bidra med ett språk med uttryck som gör det lättare att beskriva begreppen. Grundtanken är att en individs upplevelse av hälsa och sjukdom, till viss del,

grundas i tillvaron och den mening individen tillskriver denna. Enligt fenomenologin innebär hälsa att känna harmoni i förhållande till sig själv och till andra, medan sjukdom upplevs som att livet faller isär. Genom fenomenologin får vi möjlighet att beskriva denna upplevelse, vilket kan bidra till en ökad förståelse för fenomenen hälsa och sjukdom och i förlängningen också en ökad förståelse i relationen mellan patient och vårdgivare (Brülde & Tengland, 2003, ss. 263-264). Toombs (1990) beskriver den fenomenologiska ansatsens värde och menar att läkarens perspektiv utgår från en traditionell biologisk syn på sjukdom, medan patientens perspektiv utgår från den egna upplevelsen (Toombs, 1990, i Brülde & Tengland, 2003, s. 264). Inom den fenomenologiska traditionen finns två sätt att se på hälsa och sjukdom. Det första sättet grundar sig i att ”*hälsa är att vara fri att utveckla sina potentiella möjligheter, medan sjukdom är att ha förlorat denna frihet*”. Det andra sättet grundar sig i förståelse, och ”[…] *ser sjukdom som ett sammanbrott i förståelsen av den egna kroppen och den egna livssituationen*” (Brülde & Tengland, 2003, s. 264).

6.2. Interpretative phenomenological analysis (IPA)

Som analysmetod använde vi oss av Interpretative phenomenological analysis (IPA). Då analysen kräver en detaljerad tolkning av varje enskild intervju, är IPA en lämplig metod när man försöker ta reda på hur ett mindre antal individer upplever en specifik situation de möts av. Metoden är också användbar när ämnet man studerar är komplext (Smith, 2008, s. 53). Målet med IPA är att utforska hur respondenterna själva förstår sin personliga och sociala värld, samt vilken betydelse olika erfarenheter och händelser har för dem själva. Analysmetoden betonar att undersökningen är en dynamisk process där forskaren själv är aktiv och antar ett inifrånperspektiv. Hur mycket tillträde till respondenternas livsvärld forskaren får är beroende av, och kompliceras genom, forskarens egna föreställningar, vilka samtidigt krävs för att kunna skapa en förståelse av andras personliga världar.

Analysen sker genom en tvåstegs tolkningsprocess där respondenterna försöker förstå och tolka sin egen värld, och forskarens uppgift är att försöka förstå och tolka respondenternas sökande efter att förstå sin värld (Smith, 2008, ss. 53-54). I en IPA kan man, förutom att se ett fenomen från insidan, även anta ett mer kritiskt förhållningssätt. Som forskare kan man ställa sig frågor om det som respondenten berättar, eller fundera över om man ser något som inte respondenterna själva är medvetna om. Båda tolkningssätten ingår i en kvalitativ undersökning, men ämnet avgör vilket av

dessa två tolkningssätt som blir mest framträdande. Mest fördelaktigt är att ta hänsyn till båda tolkningssätten i undersökningen, eftersom det sannolikt kommer att leda till en rikare analys och fördjupad förståelse för respondenternas upplevelser (Ibid). IPA har också ett teoretiskt perspektiv som ser individen som en kognitiv, språklig, känslomässig och fysisk varelse samt förutsätter en kedja av samband mellan individers samtalande, deras tänkande och deras känslomässiga tillstånd. Samtidigt menar IPA-forskare att denna kedja av samband är komplicerad. Detta eftersom individer kanske har svårt att uttrycka vad de tänker och känner samt att det kan finnas skäl till varför de inte vill lämna ut information. Forskarens uppgift blir då att tolka respondenternas mentala och emotionella tillstånd utifrån vad de faktiskt uttrycker (Smith, 2008, ss. 53-54).

6.3. Förförståelse

Vi har i en tidigare uppsats arbetat med ämnet ätstörningar och identitet, vilket gett oss en viss teoretisk förförståelse då vi läst mycket litteratur och vetenskapliga artiklar. Eftersom den uppsatsen också innehöll en intervjustudie med friska, före detta ätstörda, har denna förförståelse bidragit till att vi lättare kan förstå problematiken som vi studerar. Det har också bidragit till att vi förstått att ätstörningsproblematiken är oerhört komplex, och att det krävs mycket kunskap för att kunna förstå hur sjukdomen gestaltar sig. Vi upplever att den erfarenhet vi har med oss från tidigare arbete också varit till vår fördel i denna uppsats, då den underlättat den praktiska processen med utformning av intervjuguide och genomförande av intervjuer.

6.4. Urval

Vår målgrupp är friskförklarade kvinnor som alla lidit av anorexi och/eller bulimi. Vi har valt denna målgrupp då kvinnor är överrepresenterade inom ätstörningsproblematik (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2014). Vi tänker oss dessutom att vald målgrupp fått distans till sin sjukdom och att de därmed kan bidra med förståelse för vad som fick dem att lämna sin identitet som ätstörd. Kvinnorna i studien skulle vara över 20 år och ha behandlats vid en svensk klinik. Vi kontaktade platschefen för en klinik vars organisation har ett uppföljningsprogram för patienter som friskförklarats från sin ätstörning. Hon förmedlade vår förfrågan vidare till eventuella respondenter i deras uppföljningsprogram. Vår målsättning var att genomföra tio intervjuer, vilket också gjordes utan några bortfall.

6.5. Instrument

Vi utarbetade en intervjuguide, se bilaga 1, bestående av 11 huvudfrågor och ett antal underfrågor som förtydligar huvudfrågan. Frågorna är formulerade i relation till vårt syfte och de knyter an till vårt teoretiska ramverk. För att respondenterna på ett helt fritt sätt skulle få möjlighet att berätta om sin upplevelse, inleddes och avslutades varje intervju med följande öppna frågor; ”*Beskriv med egna ord Din upplevelse av att leva med en ätstörning*” och ”*Beskriv med egna ord Din upplevelse av att vara frisk*” (Intervjuguide, bilaga 1). För att knyta an till Goffmans teori om stigmatisering, ställdes exempelvis frågan ”*Hur anser Du att en ätstörning uppfattas av andra*” (Ibid). För att få möjlighet att undersöka identitetens betydelse för tillfrisknande från ätstörning samt om, och i så fall hur, identiteten ändras från ätstörd till frisk, ställdes frågorna; ”*Om Du skulle beskriva vad Din ätstörning betydde för Dig, vad skulle Du säga då?* och ”*Beskriv med egna ord Din upplevelse av skillnader i Din uppfattning om Dig själv under och efter Din sjukdom*” (Ibid). Social identitetsteori och betydelsen av interaktionen med andra undersöktes exempelvis med hjälp av frågorna; ”*Beskriv med egna ord Din upplevelse av hur samhörigheten med andra ätstörda var?*” och ”*Hur påverkades Du av andra ätstördas uppfattningar?*” (Ibid). För att undersöka respondentens upplevelse av sitt tillfrisknande och vilka faktorer som var av betydelse ställdes frågan; ”*Beskriv med egna ord Din upplevelse av vad som hände med Dig under behandling och tillfrisknande”* och *”Ge exempel på konkreta ”verktyg”, tankar, händelser etcetera som gjorde att Du blev frisk och håller Dig frisk”*(Ibid).

6.6. Tillvägagångssätt

6.6.1. Genomförande av intervjuer

All empiri samlades in genom tio intervjuer, varav sex av dem var personliga möten och fyra genomfördes via e-post, då ett personligt möte inte var möjligt av geografiska skäl. Varje personlig intervju pågick i sextio till nittio minuter. Eftersom ämnet vi skriver om är personligt och kunde upplevas som känsligt för respondenterna under den personliga intervjun, lämnade vi öppet för dem att själva välja miljö för intervjun. Samtliga respondenter föreslog ett café eftersom ingen av dem upplevde att det skulle medföra några problem för dem själva. För oss som intervjuare var det dock viktigt med en ganska lugn plats, då en offentlig plats med mycket folk i rörelse medför sämre ljudkvalitet vid inspelning av intervjuerna. Av hänsynstagande till båda önskemålen föll valet av plats på ett litet café med lugn och avskild miljö.

När det gäller intervjuerna som genomfördes via e-post bad vi respondenterna att svara så fort de hade möjlighet. Nackdelar med intervjuer via e-post är att man som intervjuare inte har möjlighet att observera och ställa följdfrågor. Fördelar med denna intervjuform är att respondenterna kan fundera över sina svar i lugn och ro och kan därmed lämna en mer ingående beskrivning. Dessutom finns möjlighet att återkomma till respondenterna och be om förtydliganden eller ställa ytterligare frågor. Trots att vi förlorade möjligheten att observera, bedömer vi att denna intervjuform inte påverkade vårt resultat. Detta eftersom ingen av våra respondenter vid de personliga intervjuerna uppvisade någon tveksamhet, nervositet eller några känslouttryck som skulle haft betydelse för vår tolkning av intervjun. Sammanfattningsvis upplevde vi att intervjuerna via e-post utgjorde ett väl fungerande alternativ till de personliga intervjuerna. Vid samtliga personliga intervjuer närvarade båda uppsatsförfattarna samt respondenten. Ingen ersättning utgick för deltagande i vår studie, men samtliga respondenter erbjöds fika vid den personliga intervjun.

6.6.2. Transkriberingsprocessen

Transkribering av en intervju hjälper intervjuarna att komma ihåg vad som sagts och att i efterhand kunna kontrollera uttalanden och göra en noggrann analys av dessa. Intervjuarna får även möjlighet att läsa utskrifterna och analysera svaren för att se om man kommer fram till samma resultat (Bryman, 2011, s. 428). Transkriberingar av våra intervjuer genomfördes fortlöpande och innebar cirka fem-sex timmars transkriberingsarbete per intervju.

6.6.3. Kodning

Efter genomförande och transkribering av alla tio intervjuerna påbörjade vi kodning av empirin. Vi läste tillsammans igenom varje intervju ett flertal gånger, och markerade intressanta uttalanden från respondenterna. Därefter skapade och färgkodade vi först 36 olika teman med uttalanden. Då vi undersöker processen från ätstörd till frisk, listades dessa teman i kronologisk ordning på det sätt som de verkade uppkomma under processen. Sedan sökte vi efter relationer mellan dessa teman och identifierade överordnade teman och underteman för varje meningsbärande enhet. Till exempel sorterades underteman som Stigmatisering och Identitet under sjukdomen under huvudtemat *Att leva med en ätstörning*. Undertemat Grupptillhörighet sorterades under huvudtemat *Att behandlas för en ätstörning*. Under huvudtemat *Att tillfriskna från en ätstörning* sorterades underteman som Tillfrisknande och Identitet efter sjukdomen.

De uttalanden som ingår i varje tema kontrollerades igen för att garantera att dessa teman verkligen representerade de upplevelser som respondenterna uttryckt. En avslutande lista skapades sedan med dessa ordnade teman (Smith, 2008, ss. 66-80).

6.7. Validitet och reliabilitet

Validering innebär att säkerställa forskningens värde (Kirk & Miller, 1986, ss.19-21). Reliabilitet anger tillförligheten i datainsamlingen (Creswell, 2013, s.253). Det finns vissa författare som föreslår helt andra kriterier för att bedöma och värdera validitet och reliabilitet i en kvalitativ studie än de kriterier som kvantitativa forskare använder sig av. Detta eftersom det i en kvalitativ undersökning kan vara svårt att replikera en studie, så kallad *extern reliabilitet*, då den sociala miljön inte kan ”frysas” för att göra den replikerbar (Bryman, 2011, s 352). Lincoln och Guba (1985) och Guba och Lincoln (1994) föreslår att *tillförlitlighet* (trustworthiness) och *äkthet* (authenticity) ska vara två grundläggande kriterier i en kvalitativ undersökning (Lincoln & Guba, 1985; 1994 i Bryman, 2011, s. 353).

Vi har använt oss av respondentvalidering, vilket innebär att man kontaktar några av respondenterna igen och ber dem kontrollera transkriberingarnas riktighet (Creswell, 2007, ss. 208-209). Vi kontaktade samtliga av våra respondenter via e-post efter vi transkriberat de personliga intervjuerna och skickade en kopia på deras intervju till respektive respondent. Vi bad dem därefter att läsa igenom vår transkriberade intervju och frågade om vi uppfattat dem på ett korrekt sätt eller om de ville förtydliga något. Vi var också tydliga med att påminna dem om att deltagandet i studien var frivilligt och att de kunde avbryta sin medverkan. Samtliga respondenter godkände sin transkriberade intervju och ville fortfarande delta i studien. När det gällde de intervjuer vi utförde via e-post, bad vi dessa respondenter att återigen läsa igenom sin intervju för ett godkännande och (vid behov) ge ett eventuellt förtydligande av materialet. Vi påminde också dem om att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan, men inget bortfall skedde.

6.8. Etiska överväganden

Vid en intervjustudie ska man som forskare beakta moraliska och etiska aspekter. Respondenten blir under intervjun påverkad av interaktionen med forskaren och intervjuerna kommer i sin tur att påverka forskarens förståelse av fenomenet som undersöks (Kvale & Brinkmann, 2009, ss.77-78).

Inför vår studie fick vi respondenternas informerade samtycke till att frivilligt delta i undersökningen. Vi skickade ett följebrev till respondenterna med information om studien och att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan. Vi informerade också om att deltagandet var helt anonymt och att resultatet inte skulle publiceras eller användas utan deras godkännande. I följebrevet fanns också en förfrågan om inspelning av intervju, vilket gav respondenterna en ytterligare chans att ta ställning till deltagandet. Samma information som stod i följebrevet, upprepade vi också vid tiden för intervjun.

Vi har vidare övervägt de konsekvenser som intervjun kunde ha för respondenterna, eftersom ämnet är av känslig karaktär. Respondenterna fick själva bestämma var intervjun skulle äga rum för att de skulle känna sig så bekväma som möjligt. Inför författande av intervjuguiden var vi även noga med att beakta frågornas utformning.

Efter transkriberingsprocessen lät vi våra respondenter kommentera det utskrivna materialet, då det är viktigt att transkriberingarna stämmer överens med respondenternas uttalanden och avsedda betydelser av dessa. Det ger respondenterna en möjlighet att förtydliga eller förklara eventuella missförstånd (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 79).

6.9. Metodreflektioner

Valet av fenomenologi som metod i denna studie, innebar att vi fick chans att förstå respondenternas egna upplevelser av att leva med, och tillfriskna från, en ätstörning. Eftersom vi inte sökte efter orsakssamband, alltså varför våra respondenter blev sjuka, anser vi att den fenomenologiska inriktningen blev ett naturligt val. Likaså var valet av en semistrukturerad intervjuguide lämpligt för vår undersökning. Vi fick utförliga svar av våra respondenter och ett informationsrikt material att arbeta med, vilket visar att vi hade formulerat relevanta frågor som gick att koppla tillbaka till vårt syfte och våra frågeställningar. Vi hade god användning av IPA, med dess tydliga och välstrukturerade mall, och den gav oss en fördjupad kunskap i hur vi på bästa sätt skulle hantera och tolka det insamlade materialet vi fått.

Inför vår studie tog vi kontakt med en svensk ätstörningsklinik som har utarbetade friskhetskriterier och en plan för uppföljning av sina friskförklarade patienter. Detta innebar att det fanns kontaktuppgifter till ett stort antal tänkbara respondenter som vi kunde tillfråga om deltagande i vår studie. Dessa respondenter var mycket

motiverade att delta i studien vilket medförde att vi fick utförliga svar på våra intervjufrågor, något vi ser som en styrka med vår studie. Samtidigt blev urvalet av respondenter begränsat till individer som alla genomgått samma behandling, vilket kan ha påverkat deras beskrivning av vad det var som gjorde att de tillfrisknade.

Då vi från början inte visste hur stort intresset skulle vara för att delta i vår studie och hur många eventuella bortfall som skulle inträffa, hade vi tagit med i beräkningen att det skulle ta tid att få ihop tillräckligt många respondenter. Vi fick dock snabb respons från tio stycken intresserade och inga bortfall uppstod under vägen. Detta bidrog tidsmässigt till att vi kunde fördjupa oss ytterligare i analysen.

Vi uppfattar att de etiska överväganden vi gjorde inför datainsamlingen var relevanta och bidrog till att genomförandet var tillfredsställande för respondenterna. Vi har sammanställt och presenterat resultatet från intervjuerna så att det inte kan härledas till enskild individ. Varje respondent har också haft möjlighet att granska och kommentera sammanställningen av sin egen intervju.

7. RESULTAT

I följande avsnitt presenterar vi vårt resultat. Vi redogör först för vår tolkning av processen från ätstörd till friskförklarad i form av en tidslinje som baseras på de tydliga mönster vi fått fram genom samtliga respondenters berättelser. Vi utgår från tre huvudteman i tidslinjen som härrör från våra frågeställningar. Vi kallar dessa; *Att leva med en ätstörning*, *Att behandlas för en ätstörning* samt *Att tillfriskna från en ätstörning*. Under respektive huvudtema listas ett antal underteman, vilka är Stigmatisering, Vinst och vidmakthållande, Identitet under sjukdomen, Grupptillhörighet, Tillfrisknande samt Identitet efter sjukdomen. Dessa presenteras i inledningen under sitt respektive huvudtema. Vi illustrerar också varje tema med ett antal citat från våra respondenter. Därefter kopplar vi resultatet och våra tolkningar till de teorier och den tidigare forskning som vi utgår från i vår uppsats.

7.1. Tidslinje

7.1.1. Tema 1: Att leva med en ätstörning

Under huvudtemat *att leva med en ätstörning* finns våra underteman om Stigmatisering, Vinst och vidmakthållande samt Identitet under sjukdomen. Vi beskriver respondenternas upplevelser och känslor av att leva som ätstörda och hur de bemöttes av omgivningen.

I början av processen uppfattade inte respondenterna att deras beteende var onormalt eftersom en stark självkontroll och disciplin genererade positiv respons och bekräftelse från omgivningen. Denna bekräftelse fick respondenterna att må bra, vilket i sin tur förde med sig ett ökat beroende att ständigt bli bekräftad.

> *”Jag mådde så bra av att ha ett strukturerat schema över min träning och mitt kaloriintag. Jag blev dessutom vältränad och fick för första gången komplimanger på gymmet över hur målmedveten jag var. Jag fick till och med vara ansiktet utåt på en medlemstidning i klubben. Jag var hon som klarade att nå sitt mål”* (Respondent 5).

I förlängningen ledde bekräftelsebehovet till att självkontrollen och disciplinen gick överstyr och respondenterna blev märkbart påverkade både fysiskt och psykiskt. Bekräftelsen från omgivningen uteblev och respondenternas beteende kallades för ätstört. Att bli stämplad som ätstörd förknippades med att ha negativa egenskaper och respondenterna upplevde att de blev missförstådda och utanför det sociala sammanhanget.

> ”*Många har också sagt till mig att jag borde skämmas när det finns folk med riktiga problem, att jag bara ville ha uppmärksamhet och att det gör andra förbannade när man inte äter*” (Respondent 4).

> ”*Jag kände mig som ett ufo som inte passade in nånstans*” (Respondent 4).

Trots detta upplevde respondenterna att stämplingen som ätstörd ändå gav dem bekräftelse, varför beteendet vidmakthölls och förstärktes.

> ”[…] *då får man ju bekräftelse på att, okej jag tränar jävligt mycket och äter jävligt lite och jag går faktiskt ner i vikt och folk ser det och det mår ju sjukdomen bara jättebra av liksom. Så då fortsätter man ju med det*” (Respondent 9).

Att leva som *en ätstörd* medförde både positiva och negativa konsekvenser för respondenterna. Samtliga respondenter har uttryckt att ätstörningen varit deras allt, deras räddning och deras livsstil, samt att ätstörningen betydde skillnaden mellan liv och död.

> ”*Det var det enda jag brydde mig om. Träning, vågen, ingen mat, ljuga, alltså det var verkligen allt. Mina föräldrar betydde ingenting jämfört med den, min pojkvän betydde ingenting jämfört med den, mitt liv betydde ingenting om man jämför med den. Jag tänkte ju så många gånger att – dör jag nu så dör jag ändå smal, och då har jag gjort mitt och det är fan bra*” (Respondent 9).

> ”*Det betydde skillnaden mellan liv och död och mellan att få finnas och inte. Utan min ätstörning så kunde jag lika gärna ta livet av mig*” (Respondent 4).

> *”Som sjuk var ju sjukdomen allt. Ens personlighet, vägledare. Det kändes som att utan sjukdomen så fanns det inget kvar av mig som person. Jag var sjukdomen”* (Respondent 10).

Respondenterna uttryckte också att ätstörningen gav dem trygghet i livet tack vare att de kontrollerade sin kropp och sin vikt.

> ”[…] *och det var trygghet. Jag trodde så här att om jag till exempel åt något onyttigt och inte typ kompenserade så trodde jag alltså att polisen skulle komma och hämta mig för att så får man inte göra. Jag var så livrädd, alltså det var fel. I min hjärna var det som en grundlag liksom att så där får man inte göra*” (Respondent 1).

> ”*Man såg inte det negativa utan det var mer en del av mig. Sjukdomen stod för det positiva medan jag stod för det negativa med ångest och så där, och då kunde sjukdomen komma och rädda mig på något sätt från ångesten*” (Respondent 9).

Samtliga respondenter uttryckte också att ätstörningen tog över och styrde hela deras liv på ett destruktivt sätt. En paradox i deras beskrivning är att de dels upplevde sin ätstörning som en integrerad del av dem själva och dels att ätstörningen upplevdes som en egen person, helt separerad från respondenterna.

> ”*Du sätter upp mål för hur du ska vara och hur du ska nå dina mål. Sedan har du andra listor för hur Ana ska straffa eller belöna dig. Vi hade ett poängssystem och beroende på hur duktig eller hur dålig jag varit så fick jag ett visst antal poäng varje kväll. Dessa poäng styrde hur mycket jag fick äta nästa dag* […] *Ana ville alltid att jag skulle äta mindre och mindre för varje dag så jag kunde aldrig få några pluspoäng egentligen. Jag var alltid arg på mig själv och på alla andra och ingen förstod varför* […] *Jag blev så arg en gång efter jag ätit en halv banan att jag hoppade nerför vår balkong och bröt båda benen*” (Respondent 4).

Att leva som ätstörd innebar att respondenterna växelvis pendlade mellan en positiv och negativ självbild och att kroppsvikten styrde deras upplevda värde som människa.

> ”*Jag såg på mig själv som någon som klarade allt och när jag läste om folks kämpande och jojo-bantning så skrattade jag åt deras dåliga karaktär. På ett år hade jag gått ner nästan 20 kg och jag kan säga att jag inte mådde prima då, men jag hade fortfarande uppfattning om att jag var bättre än många andra, men att det alltid fanns dom som var bättre än mig och så länge det var så skulle jag fortsätta gå ner i vikt*” (Respondent 4).

> ”*Många motgångar kunde också förklaras med att jag var tjock. Så otroligt mycket tid gick åt att klandra mig själv och hur värdelös jag var*” (Respondent 6).

> ”*Man trodde ju då att smal var lika med lycklig typ. Ju mer man gick ner i vikt, desto mer lyckad eller stark kände man sig*” (Respondent 1).

7.1.2. Tema 2: Att behandlas för en ätstörning

Under huvudtemat *att behandlas för en ätstörning* finns vårt undertema Grupptillhörighet. Här beskriver vi respondenternas upplevelser och känslor av att vara under behandling för en ätstörning. Vidare beskriver vi de interaktioner som uppstod under behandlingstiden, både mellan patienterna och mellan patienter och behandlare, och hur dessa interaktioner förändrades under processen.

När respondenterna påbörjade behandling för sitt ätstörda beteende hade de ingen, eller liten, förståelse för varför de befann på en ätstörningsklinik. Respondenterna hade valt en fungerande livsstil (att vara ätstörd) och såg ingen koppling mellan att vara ätstörd och att vara sjuk.

> *”Jag tyckte alla var helt rubbade i huvudet som sa att jag hörde hemma på en klinik för ätstörningar. De som jag såg där var ju utmärglade och svårt sjuka. Det var ju rent pinsamt att ta upp en plats där”* (Respondent 8).

Snart upptäckte respondenterna att de delade denna inställning med andra ätstörda på kliniken, vilket ledde till en stark och positiv samhörighet. Samhörigheten bidrog till att det skapades en fast och sluten ingruppskärna bland de mest ätstörda patienterna, där identiteten som ätstörd (livsstil) hela tiden bekräftades och befästes.

> *Vi var som ett gäng systrar som alla höll ihop och deras sätt att tänka stämde överens med mig exakt. Vi förstod varandra hela tiden”*(Respondent 10).

Behandlingspersonal och övriga patienter på kliniken tillhörde ”*de andra*” och de patienter som ville lämna identiteten som ätstörd uppfattades som totala svikare av våra respondenter.

> *”Om man är systrar så sviker man inte varandra. Vi är ju en familj och då håller man ihop”* (Respondent 5).

Någonstans här uppfattar vi ytterligare en paradox. Å ena sidan var gruppsamhörigheten avgörande för att befästa identiteten. Å andra sidan var det lika avgörande för identitetsskapandet att särskilja sig från gruppen genom att vara den mest ätstörda. Detta ledde till destruktiva intragrupptävlingar (inom gruppen) mellan de ätstörda och trots att respondenterna inte upplevde sig som sjuka, hade alla en ätstörningsdiagnos, där anorexia var den ätstörning som var mest eftersträvansvärd.

> ”*Jag som hade bulimi kände mig verkligen som en misslyckad anorektiker, inte ens svälta klarade jag av*” (Respondent 6).

> ”*Dom med anorexia umgicks inte med bulimikerna direkt, utan de höll sig mest för sig själva. Vi tyckte de var äckliga som inte kunde sluta äta. Vi kunde hellre umgås med dom som var riktigt feta, dom med överätningsstörning, för dom var liksom säkra på nåt sätt. Dom ville inte ta våran plats som bulimikerna ville. Jag kunde bli så äcklad av att dom åt, så jag kände att jag behövde sluta äta för deras skull. Överätarna var ju lite mer som oss, dom var ju där för att gå ner i vikt också*” (Respondent 4).

> ”*Det är inget annat än en tävling mellan varandra. Vem väger minst, vem fuskar bäst. Man hjälper varandra att komma på nya fusk och utmanar varandra. Om någon blir friskare på ett behandlingshem så var det ett nederlag att bli bättre och visa framgång*” (Respondent 2).

Samtidigt ville alla i gruppen vidmakthålla sin ätstörning och höll därför samman gruppen när de interagerade med behandlarna.

> ”*Man var ju dom sjuka mot den friska personalen typ.* […] *dom var ju så onda, dom ville ju bara förstöra för en*” (Respondent 1).

Längre fram i processen kände respondenterna en ambivalent känsla inför sin valda livsstil som pendlade mellan att se det ätstörda beteendet som destruktivt och att se det som ett naturligt sätt att leva. Men att lämna livsstilen innebar samtidigt att svika sin grupp. Denna ambivalens pågick under en längre tid, men allteftersom började respondenterna ifrågasätta sin kärngrupps värderingar och kunde se att det ständiga tävlandet mellan de ätstörda medförde negativa konsekvenser, inte bara för dem själva, utan för alla i gruppen. Insikten var stundtals helt självklar samtidigt som de i nästa stund förkastade dessa tankar och återgick till sin kärngrupps värderingar.

> ”*Det var nog hela tävlingsgrejen som fick mig att ledsna på gruppen, jag tyckte det var jobbigt att jag gjorde deras tillstånd värre*” (Respondent 8).

> ”*När jag började tillfriskna blev andra ätstörda viktiga, då kunde jag söka stöd hos dem. Men det var till en början ambivalent, ena dagen kände jag stöd av dem, medan nästa dag kunde jag bli provocerad eller triggad till att återvända in i sjukdomen”* (Respondent 5).

Hela denna fram-och-tillbaka-process förde dock respondenterna långsamt framåt i sitt tillfrisknande då de så småningom upptäckte andra individer utanför sin egen grupp och började umgås med dem. Den tillfälliga interaktionen med dem som kommit lite längre i sitt tillfrisknande gav dem en annan syn på sin egen situation och ambivalensen mellan att se ätstörningen som en sjukdom kontra som en livsstil ökade.

> *”Jag minns två personer från en behandling som var mycket längre fram när jag kom dit och dom har verkligen hjälpt. För då hittade vi på grejer och vi satt och pratade och såg på film och jag bara kände så här, dom verkar ha det så roligt, varför är dom så glada? Och vad kul att de kan gå på permission. Att man fick lite inblick i hur det var att vara frisk, att det lockade, för att vad kul det såg ut jämfört med att sitta här”* (Respondent 1).

Vår tolkning är att denna ambivalens inte kunde fortgå, utan respondenterna tvingades till slut göra ett val. För att bli friska var de tvungna att inse att de var sjuka, beslutet att vilja bli frisk var inte möjligt förrän de insett vilken inverkan deras så kallade livsstil hade på deras tankar och livssituation.

> ”[…] *Jaha, men kräks inte alla människor efter maten? Dom bara äter. Hur går det till? Jag var helt chockad, det är inte normalt tänkte jag. Och sen kom ju förnuftet tillbaka och jag förstod att det är jag som inte tänker normalt. Och det var så himla, ja men som att springa in i en vägg typ. För jag var så van vid att mitt tänk det var liksom normalt och friskt. Helt plötsligt insåg man att hela världen lever annorlunda och det är jag som tänker konstigt”* (Respondent 1).

> ”*Jag ville ta livet av mig. Jag ville inte leva mer, och då insåg jag väl att det måste finnas nåt annat än det här. Det finns människor därute som lever jättetrevligt och har asbra liv, kan inte jag också göra det? Så antingen hade jag gått och tagit livet av mig, eller så är det bara att vända bort sjukdomen och köra på åt andra hållet liksom. Ett aktivt val som man måste göra, garanterat* […] *Man måste ändå inse vad sjukdomen gör mot mig för att kunna välja ett liv utan den*” (Respondent 9).

7.1.3. Tema 3: Att tillfriskna från en ätstörning

Under huvudtemat *att tillfriskna från en ätstörning* återfinns ett av våra tidigare underteman, Grupptillhörighet, tillsammans med nya underteman om Tillfrisknande och Identitet efter sjukdomen. Vi beskriver här respondenternas upplevelser och känslor av att bli friska från sin ätstörning. Vidare beskriver vi hur interaktionen mellan andra patienter och behandlare yttrar sig i slutet av behandlingsprocessen. Vi presenterar också några viktiga förutsättningar som vi tolkat som avgörande för ett tillfrisknande.

När respondenterna förstått och accepterat att de var sjuka, skedde ett markant, nästan överdrivet, *”maktskifte*” mellan patientgrupperna och våra respondenter drog sig medvetet undan sin forna ingrupp.

> *”Jag tror det handlade om att jag valde lämna dem som var sjukast och våga se andra och ta in ett annat beteende. Jag lärde mig ju deras beteende som var mer normalt på samma sätt som jag lärde mig att hålla mig sjuk i det andra beteendet* […] *men det kom inte förrän jag började bli trött och irriterad på mina vänners beteende. Innan dess såg jag inget annat. Min syn förändrades väl på så sätt att jag inte längre ville identifiera mig med de sjuka. Kanske var det mest i början när jag blev frisk, för jag var rädd att de skulle hala tillbaka mig in nästan som en förbannelse, samtidigt som jag skämdes över dom”* (Respondent 4).

Respondenterna uttryckte också ett genuint hat gentemot sin forna ingrupp och ville inte längre identifiera sig med att ätstörning är en livsstil. Den positiva samhörighet som våra respondenter tidigare känt till sin grupp omvandlades nu till något negativt.

> *”Dom är där och gör så och min motivation skulle kunna bli sabbad bara för att dom gör så där. Så att jag bara hatade dem liksom och skvallrade till personalen att gör nånting åt det* […]*och jag kunde ju när jag var där känna ett sånt hat mot dom där människorna som var där för att bli ännu sjukare. Jag hatade dom, jag kände att, jag dödar dig alltså. Så fort jag såg nåt blev jag så arg”* (Respondent 9).

Istället identifierade de sig med gruppen av patienter som tidigare utpekats som svikare (de med sjukdomsinsikt). I denna, för dem, nya ingrupp upplevde inte respondenterna någon konkurrens, fokus riktades bort från ätstörningen och de hittade andra gemensamma intressen utanför sjukdomen. På detta sätt fick respondenterna en inblick i hur livet som frisk skulle kunna se ut, vilket fungerade som en motivation för att fortsätta kämpa.

> *”Vi kunde sitta och prata om andra saker som inte handlade om sjukdomen eller att vara på sjukhus. Vi gick på bio och kunde till och med gå ut och käka tillsammans. Där var vi precis som alla andra”* (Respondent 5).

Utifrån intervjuerna har vi identifierat några viktiga förutsättningar som bidragit till respondenternas tillfrisknande. För det första krävdes mycket stöd, kunskap och tålamod från vårdpersonal och anhöriga, samtidigt som dessa också behövde ställa hårda krav på respondenterna genom att hela tiden ifrågasätta ätstörningens/livsstilens verklighet. De bidrog också genom att hjälpa respondenterna med att byta ut de rutiner som ätstörningen stod för gällande mat, tvång, vila och aktivitet mot mer normala rutiner.

> ”*Jag fick åka till behandlingen, men jag hade ingen motivation att bli frisk överhuvudtaget. Men där blir man ju tvingad till att ha sina fasta rutiner* […] *och när jag väl kommit en bit på vägen så kom ju motivationen själv liksom. Men jag behövde hjälp med den första motivationen och bli tvingad att göra det jag behövde göra”* (Respondent 7).

> *”Man får ju ändå lita på personal när dom säger att du ska göra si och så. Men det är ungefär som att man skulle komma in till sjukhuset med brutet ben och så säger dom att, men du, ta en hammare och slå på det, det blir bra, jag lovar”* (Respondent 1).

För det andra krävdes att respondenterna själva vågade ifrågasätta ätstörningen och inse att de var sjuka, samt att de orkade stå ut i den starka ångest som uppstod när de gick emot sjukdomen.

> ”*När mina rutiner blev störda och jag tvingades ändra mitt beteende kring mat, vila, aktivitet och sociala liv så började mina tankar förändras. Det var skrämmande, omtumlande och hemskt. Min trygghet var hotad och det gjorde att jag stretade emot. Men i takt med normaliseringen av beteendet så tvingades sjukdomen att släppa in mina egna friska tankar*” (Respondent 5).

Ytterligare en viktig förutsättning för respondenterna var samhörigheten med andra ätstörda. Ju friskare våra respondenter blev, desto större nytta hade de av samhörigheten med andra ätstörda som kommit ungefär lika långt i processen. De individer som kommit längre i sitt tillfrisknande fungerade dessutom som en motivation, medan våra respondenter även kunde bli motiverade av att vara förebilder för de individer som ville bli friska, men inte kommit lika långt.

> *”Andra gången jag låg inne så var det ju mer att jag sökte mig till folk som jag märkte var motiverade och som faktiskt ville kämpa som fan för att komma ifrån det här, och att vi då kunde avskärma oss från alla andra nötter som satt och pillade med sin mat och som vi inte ville hålla på med. Just för att jag vet att sjukdomen är så stark, så ser jag att alla håller på så där så är det lätt för mig att bli triggad av det, och då sätter jag bara mig själv i skiten när jag är här för att bli fri från det. Så då ville jag bara omringa mig själv med människor som var på samma ställe som jag var i huvudet, som ville därifrån”* (Respondent 9).

> *”När jag såg hur andra blev motiverade av mig blev jag peppad och ville bli ännu friskare”* (Respondent 1).

Den sista förutsättningen som bidrog till respondenternas tillfrisknande var att de fick arbeta med att ändra sina negativa tankar om sig själva till positiva. Flera av respondenterna började aktivt låtsas att de ville vara friska och intala sig detta tills det blev deras sanning. De liknade det vid talesättet ”*fake it til you make it*”, och enligt respondenterna var detta den mest avgörande faktorn för att ätstörningen psykologiskt förlorade sitt fäste.

> *”*[…] *och det har jag ju lärt mig genom behandlingen, att tänka positivt. Och även tänka att till exempel, jaha, men om jag nu inte kan ha dom här byxorna längre, mår jag sämre som person då? Nä, men släng byxorna då och köp några nya då. Vad är problemet?”* (Respondent 9).

> *”Till en början fick jag lära mig att förstå hur mina tankar påverkade mina handlingar, och sedan var jag tvungen att ändra hela mitt tankesätt. Varje tanke jag hade skulle ändras från negativ till positiv”* (Respondent 10).

> *”Jag fick tvinga mig själv att ljuga och skriva positiva saker om mig själv eller ge mig beröm för något jag gjort bra”* (Respondent 2).

> *”Egentligen började jag låtsas att jag var frisk, att jag ville det fast jag inte ville och sedan blev jag frisk för att jag ville”* (Respondent 4).

Sammanfattningsvis kan tillfrisknandeprocessen beskrivas som komplex och sjukdomens negativa påverkan är stark, trots att respondenterna bestämmer sig för att bli friska. För många av dem pågick (och misslyckades) olika behandlingar under många år innan de slutligen blev friska. Tiden efter valet att bli frisk, beskrevs som en slags dödskamp mellan dem själva och ätstörningen, en uteslutande inre kamp. Eftersom ätstörningen blivit så integrerad inuti individen, upplevde respondenterna sig bli identitetslösa utan ätstörningen och att de förlorade tryggheten i livet.

> ”*Svårigheten med att släppa taget handlar om att jag visste vad jag hade och jag visste inte vad som väntade om jag skulle bli frisk. Tryggheten i sjukdomen höll mig kvar. Kraven på friska personer skrämde mig också, jag förstod inte att man har mer energi som frisk så att man klarar kraven. Jag kände bara att jag inte kommer att klara kraven som ställs på friska*” (Respondent 5).

> ”*Det som var absolut svårast att släppa tag om var tryggheten i att vara sjuk. Man visste vad man skulle göra och hur och man hade ett mål. Att försöka bli frisk var som att kasta sig ut i något man hade glömt existerade utan några skydd”* (Respondent 10).

> *”Eftersom sjukdomen har funnits så länge så alltså, jag har varit jävligt grym på att vara ätstörd. Det har varit min stora grej i livet, men vad är jag bra på nu då, när jag inte är sjuk längre? Jag är ingen alls.”* (Respondent 9).

Den upplevda dödskampen handlade också om att ätstörningen gjorde allt den kunde för att få finnas kvar. När respondenterna valde att gå emot den, upplevde de att ätstörningen hotade med hårda straff mot dem själva och andra närstående. Denna upplevelse blev som en verklighet för respondenterna och ätstörningen fick därför ofta övertaget igen. Det var inte förrän respondenterna verkligen bestämde sig fullt ut att bli friska som de lyckades bemästra sin ångest.

> *”Om jag inte lydde ätstörningen så skulle den straffa dom som stod mig nära. Den sa till mig att jag skulle göra så mamma skulle dö om jag åt den där potatisen på tallriken. Och det kunde jag ju inte låta ske. Därför åt jag inte potatisen. Det gav mig en trygghetskänsla att nu var mamma säker”* (Respondent 4).

Idag uttrycker respondenterna att de känner sig starkare och mer säkra på sig själva. De upplever att det är en befrielse att vara frisk och att livet är mer än att bara överleva. Under större delen av sin sjukdomstid upplevde de inte några fördelar med att vara friska men idag, som friska, ser de inte några fördelar med att vara sjuka. De identifierar sig inte längre med att vara ätstörd eller upplever att deras människovärde sitter i ätstörningen. De uttrycker också en stark förundran över ätstörningens makt över deras tankar, och vissa respondenter uttrycker att det nästintill varit en annan människa än de själva som upplevt ätstörningen.

> ”*Det är en befrielse. Livet är mer än att bara överleva* […] *jag har liksom lyckas ta mig ur ett fängelse i mig själv och blivit jättestark”* (Respondent 2).
>
> ”*Min upplevelse av att vara frisk är frihet. Jag fungerar normalt vad gäller mat, träning, socialt, känslomässigt utan att styras av tvång och rädsla”* (Respondent 5).
>
> ”*Jag är starkare och mer säker på mig själv. Skönt att inte vara så egocentrerad”* (Respondent 7).
>
> ”*Jag identifierar mig inte längre med sjukdomen, utan nu är jag bara som jag och jag är som jag är”* (Respondent 9).
>
> ”*Det är som att någon tagit bort det där mörka helvetet från din kropp utan att det för den delen betyder att livet är smärtfritt, för det är det inte. Men skillnaden från att vara sjuk och frisk är nog som det är att vara helt inlåst utan nån kontakt med omvärlden och sen plötsligt komma ut därifrån”* (Respondent 4).
>
> *”Jag duger som jag är och jag vill ha bekräftelse för att jag är en bra människa och inte för att jag är bra på att vara sjuk”* (Respondent 9).

7.2. Teoretiska kopplingar

Ett ätstört beteende kan förstås utifrån Meads teori om I, Me och den generaliserade andre. För att I och Me ska kunna interagera med varandra behövs signifikanta andra, exempelvis andra människor och samhället i stort. Berg (1972) liknar denna process vid en spegel varigenom individen kan se sig själv (Berg, 1992, s. 44).

I dagens samhälle premieras egenskaper som stark självkontroll och disciplin, vilka också är egenskaper som kopplas ihop med det ätstörda beteendet. Den ätstörda upplever därför inte att hon är sjuk, utan tycker att hennes beteende är helt i linje med vad samhället sätter för normer. När hon dessutom möter en omgivning som ger henne bekräftelse, stärker det hennes övertygelse om att beteendet är accepterat, och hon internaliserar därmed den generaliserade andres (samhällets) normer. Detta går att koppla till våra respondenters berättelser och till tidigare forskning om stigmatisering

där resultatet visar att känslan av stolthet kom utifrån upplevd självkontroll och positiv bekräftelse från omgivningen (Skårderud, 2007).

Eftersom det ätstörda beteendet också innefattar så tydligt destruktiva handlingar blir det så småningom uppenbart för omgivningen att det handlar om en ätstörning. Det leder till att den positiva bekräftelsen uteblir och istället uppfattar omgivningen beteendet som enbart destruktivt och tillskriver individen negativa egenskaper. Studien utförd av Stewart, Keel & Shiavo (2006) visar att friska individer uppfattade ätstörda som karaktärslösa och endast ute efter uppmärksamhet (Stewart, Keel & Schiavo, 2006).

För våra respondenter skapade stigmat en ny, skenbar social identitet som skiljde sig från den faktiska sociala identiteten. Eftersom respondenterna internaliserat den generaliserade andres (samhällets) normer, och inte upplevde någon skillnad i sitt beteende, kunde de inte förstå varför människor i omgivningen ändrat sina uppfattningar. Brülde och Tengland (2003) menar att om en individ kategoriseras som sjuk kan det upplevas som stigmatiserande och genom sjukdomsstämpeln följer också omgivningens förväntningar att individen ska försöka bli frisk från sin sjukdom (Brülde & Tengland, 2003, s. 26). Den diskrepans som uppstod ledde till att våra respondenter kände sig misskrediterade och oförstådda och därför sökte sig från den närmaste omgivningen och till likasinnade. Eftersom delar av det ätstörda beteendet inte avsevärt skiljer sig från beteendet hos individer som anses vara normala, blir det svårt att skapa en egen grupptillhörighet. Enligt Goffmans stigmatiseringsteori finns då risk att individerna förstärker sitt stigma (ätstörningen) och därigenom blir en grupp med gemensamma normer och värderingar (Goffman, 1972, s. 46).

Vidare kan man utifrån Goffmans stigmatiseringsteori också förklara det som skedde då respondenterna kom under behandling för sin ätstörning. Genom att möta andra individer med samma stigma, kunde respondenterna använda sin ätstörning för att bygga upp sina liv. Teorin kan också förklara det faktum att några av respondenterna blev sjukare under behandlingens början. Goffman (1972) menar att när medlemmar från samma stigmakategori möts, anpassar de också sin interaktion och sitt beteende gentemot varandra, baserat på att de tillhör samma grupp (Goffman, 1972, s. 46). Tidigare forskning om stigmatisering och social identitet visar att ätstörda konstruerade positiva självrepresentationer av sin anorektiska identitet tillsammans med likasinnade.

Genom att identifiera sig som ätstörd, kunde respondenterna i studien dela sina erfarenheter och förse varandra med tips på hur man på bästa sätt vidmakthåller sin ätstörning (Giles, 2006; Rich, 2006).

Det som sker inom och mellan grupperna kan också förklaras genom social identitetsteori (SIT). Om stigmatiseringen lett till att den ätstörda förlorat sin sociala identitet som självkontrollerad och disciplinerad, och istället tillskrivits en skenbar identitet som ätstörd, reduceras diskrepansen genom att söka sig till likasinnade. Detta stärker individens upplevda sociala identitet genom det värde som tillskrivs medlemskapet i gruppen (Tajfel, 1978, s. 63, egen översättning).

Eftersom respondenterna kategoriserat sig själva som ätstörda uppfattades likheterna inom den egna gruppen som större än de faktiskt var, och på samma sätt, olikheterna utanför den egna gruppen som större än de faktiskt var. Genom att alltid höja sin egen grupps prestationer och ständigt bekräfta varandra i att gruppens normer och värderingar var mer korrekta i jämförelse med andras gruppers värderingar, stärktes också hela ingruppens värde, och respondenterna värderade sig själva mer positivt. Teorin förklarar varför det uppstod ett stereotypt beteende och varför respondenterna helt internaliserade de värderingar och normer som ingruppen hade. Att vara ätstörd blev deras identitet och självkänslan grundades på att vidmakthålla det ätstörda beteendet. Det ledde till att de negativa konsekvenserna av ätstörningen förträngdes och de positiva konsekvenserna glorifierades. Forskningsresultat visar att de ätstörda uppskattar sina symtom eftersom de upplever att ätstörningen handlar om kontroll, säkerhet, stabilitet, mental styrka och ett ökat självförtroende (Nordbö, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte, 2006).

Här kopplar vi teorin till den paradox som nämnts i stycke 7.1.2. Parallellt med att respondenterna sökte bekräftelse och identifierade sig själva utifrån sitt medlemskap i gruppen, strävade de samtidigt efter att särskilja sig från gruppen genom att bli bäst på att vara ätstörd. Giles (2006) visar i sin studie att det inom ingrupperna bildades subgrupper där identiteten som anorektiker var högst rankad, följd av bulimi och andra ospecificerade ätstörningar (Giles, 2006).

Social identitetsteori är den teori vi anser förklarar gruppbeteendet bäst under hela processen från ätstörd till friskförklarad. Våra respondenter växlade från att identifiera sig med andra ätstörda (som inte har sjukdomsinsikt) till att identifiera sig med dem

som kommit längre i tillfrisknandeprocessen (som har sjukdomsinsikt), för att slutligen identifiera sig själva som att de har varit sjuka och nu är friska. Goffmans stigmatiseringsteori kan förklara den ambivalens som respondenterna upplevde under sitt tillfrisknande. Då våra respondenter började interagera med de patienter som kommit längre fram i processen, och med behandlarna, uppstod det som Goffman benämner som identitetsambivalens (Goffman, 1972, s. 114). Det innebar att våra respondenter såg på sin grupp utifrån utgruppens perspektiv, vilket gav dem en ny insikt, samtidigt som den psykologiska och sociala identifikationen med sina likasinnade höll dem kvar i gruppen. Ambivalensen går också att koppla till tidigare forskning som visar att respondenterna i den studien upplevde en ambivalent känsla som pendlade mellan skam och stolthet över sin situation (Stewart, Keel & Schiavo, 2006). För våra respondenter mynnade ambivalensen slutligen ut i det Goffman kallar för nalkande (Goffman, 1972, s. 114), vilket innebar att de kände obehag gentemot sin egen grupp i sällskap med en icke stigmatiserad.

För att förstå det ätstörda beteendet har vi, som nämndes inledningsvis i detta avsnitt, valt att använda Meads teori. Då I-fasen står för frihet och Me-fasen står för den sociala identiteten och rollen, tänker vi att en individ med anorexia har ett kontrollerande Me. Detta eftersom respondenterna beskrev att självdisciplin och kontroll följde genom hela processen. På detta sätt förtrycker en anorektiker sitt I för att leva upp till den generaliserade andre (samhället och andra ätstörda). När det gäller en individ med bulimi, tänker vi att bulimikern också har ett kontrollerande Me på samma sätt som en anorektiker, men upplever att de faller offer för sitt I när de istället frossar i mat. För att åter ge kontrollen till Me, kompenserar bulimikerna genom självrensande metoder. Ytterligare kopplingar till teorin går att finna gällande respondenternas sätt att spegla sig mot andra individer. Då respondenternas I inte kan komma nära Me utan en spegel, i form av ett Du (andra individer), skedde speglingen endast mot andra ätstörda. En spegling mot friska verkade inte fungera då respondenterna såg alla utanför sin grupp som annorlunda. Vad Duet (i form av friska individer) berättade för I:et hade ingen betydelse för deras identitetsskapande. Detta bekräftar återigen vår tanke att den ätstördas Me var mycket styrande och kontrollerande.

Utifrån teorin går det också att koppla det ätstörda beteendet till vad Berg (1992) skriver om lek och spel. Respondenternas ätstörda beteende verkade till en början påminna mycket om leken, som är helt förtrollande, och gör individen otillgänglig för andra.

Men då Berg (1992) också tar upp att leken till sin karaktär är fri, spontan och rolig (Berg, 1992, ss. 31-32) stämmer inte denna bild med en ätstörning. Respondenternas beteende passar snarare ihop med spelet som är styrt av regler och påminner om respondenternas uträknade agerande gentemot både sig själva, andra ätstörda och behandlingspersonal.

För att belysa en viktig aspekt av den komplexa interaktionen mellan ätstörda och omgivningen använder vi oss av Bergs (1992) tolkningar av Goffmans begrepp ärlig och cynisk rollspelare samt Bergs egna begrepp öppen och krypterad kod.

När respondenterna kom under behandling hade de flera olika förhållningssätt som de växlade mellan. Då de inte insåg att de var sjuka och därmed inte såg någon skillnad mellan rollen och identiteten som ätstörd, var de under denna del av processen ärliga rollspelare med en krypterad kod mot både sig själva, andra ätstörda och behandlare (de insåg inte att de var sjuka). Samtidigt ville de vara ätstörda och delade denna inställning med övriga patienter. Interaktionen med de ätstörda i egna gruppen socialiserade därför fram ett visst homogent beteende där alla var ärliga rollspelare med öppen kod både mot sig själva och inför varandra, vilket befäste identiteten som ätstörd ytterligare. Mot behandlarna pågick dock ett cyniskt rollspel med krypterad kod eftersom respondenterna dolde det faktum att de ville vidmakthålla ätstörningen.

Parallellt pågick ett dubbelspel inom den egna gruppen på grund av konkurrensen och viljan att vidmakthålla ätstörningen. Respondenterna ville vara den mest ätstörda och spelade därför ett cyniskt rollspel med en öppen kod för sig själva och med en krypterad kod inför de andra i gruppen för att nå positionen som ”*bäst på att vara ätstörd*”. Inför behandlarna samarbetade dock respondenterna med sin egen grupp eftersom det fanns en gemensam önskan att få vara ifred med sin ätstörning. Det pågick därför ett cyniskt rollspel med en krypterad kod då de aktivt valde det förhållningssätt eller den roll som gynnade identiteten som ätstörd, alltså att låtsas vara friskare än de i själva verket var inför behandlarna. Detta beteende kunde också leda till att ätstörningen förstärktes inom gruppen. Se Tabell 1.

Tabell 1

Ärlig-cynisk-krypterad-öppen; hur förhållningssättet gentemot sig själv och andra ter sig i inledningen av behandlingsprocessen

	Mot sig själv	**Mot sina behandlare**	**Mot sin ingrupp**
Är sjuk, men inser inte det	ärlig/krypterad	ärlig/krypterad	ärlig/krypterad
Vill vara ätstörd	ärlig/öppen	cynisk/krypterad	ärlig/öppen
Gör sig ätstörd för att bli ”bäst på att vara ätstörd”	cynisk/öppen	cynisk/krypterad	cynisk/krypterad
Spelar friskare för att få vara ifred med sin ätstörning	cynisk/öppen	cynisk/krypterad	cynisk/öppen

När respondenterna börjat inse att ätstörningen var en sjukdom, accepterat att de själva var sjuka och också ville bli friska, upplevde de ingen skillnad mellan sin identitet och roll (att de var sjuka) vilket gjorde dem till ärliga rollspelare med en öppen kod gentemot både sig själva, behandlare och anhöriga. Insikten ledde också till att respondenterna var beredda att ta emot behandling.

En viktig del i tillfrisknandeprocessen var att respondenterna medvetet låtsades vara friskare än vad de var. Detta cyniska rollspel gjordes med öppen kod mot dem själva och en krypterad kod gentemot andra grupperingar, beroende på vilket syfte respondenten hade med sitt beteende. Mot den forna ingruppen låtsades de medvetet (cyniskt rollspel/krypterad kod) vara friskare än vad de var för att tydligt markera att identifikationen mellan dem var bruten. Mot behandlare, anhöriga och de patienter som kommit längre i sin tillfrisknandeprocess användes det cyniska rollspelet med krypterad kod för att få draghjälp i det egna tillfrisknandet. Rörelsen i denna del av tillfrisknandeprocessen var inte enkelriktad, utan pendlade fram och tillbaka mellan de två beskrivna tillstånden under en längre period. Å ena sidan pendlade de mellan att vara ärliga rollspelare med öppen kod (låtsades inte vara friskare än de var), vilket gav dem större möjlighet till hjälp och stöd. Å andra sidan pendlade de tillbaka till att vara cyniska rollspelare med krypterad kod som betedde sig som, och behandlades som, nästan friska. Med tiden började respondenterna alltmer betrakta sig själva som friska

och då övergick det cyniska rollspelet till att bli ärligt med öppen kod, de identifierade sig som friska. Se Tabell 2.

Tabell 2

Ärlig-cynisk-krypterad-öppen; hur förhållningssättet gentemot sig själv och andra ter sig i slutet av behandlingsprocessen.

	Mot sig själv	**Mot sina behandlare**	**Mot sin forna ingrupp**	**Mot sin nya ingrupp**
Är sjuk och vet om det	ärlig/öppen	ärlig/öppen	ärlig/öppen	ärlig/öppen
Låtsas vara friskare än man faktiskt är	cynisk/öppen	cynisk/krypterad	cynisk/krypterad	cynisk/krypterad
Identifierar sig som frisk	ärlig/öppen	ärlig/öppen	ärlig/öppen	ärlig/öppen

8. SLUTSATSER OCH DISKUSSION

Behandling av en ätstörning är resurskrävande varför det, både ur ett samhälleligt perspektiv och ur ett individperspektiv, är angeläget att öka kunskapen om denna sjukdoms komplexitet.

Syftet med vår studie var att fördjupa förståelsen för identitetens betydelse för tillfrisknande från en ätstörning samt om, och i så fall hur, identiteten förändras i processen från ätstörd till friskförklarad. För att kunna svara på våra frågeställningar har vi utgått från respondenternas egna upplevelser av processen. Detta i enlighet med den fenomenologiska tanken att människors upplevelse av hälsa och sjukdom grundas i tillvaron och den mening individen tillskriver denna (Brülde & Tengland, 2003, ss. 263-264).

Resultaten i vår studie är i linje med tidigare forskning, som visar att identiteten har betydelse för vidmakthållandet av en ätstörning (Schupak-Neuberg & Nemeroff, 1993; Stein & Corte, 2007; Weinreich, Doherty, & Harris, 1985; Ison & Kent, 2010; Giles, 2006; Rich, 2006; Koski, 2014; Strangellini, Castellini, Brogna, Faravelli & Ricca, 2012).

Vårt resultat visar att identiteten förändras i processen från ätstörd till friskförklarad och vi har kunnat urskilja fem olika steg som respondenternas identitetsuppfattning

genomgår under processen. I första steget uppfattar de sig som duktiga när de lyckas disciplinera sitt ätande. Detta får de också bekräftelse på från omgivningen. I andra steget leder de negativa konsekvenserna av det allt mer kontrollerade ätandet till att de identifierar sig med omgivningens förändrade bild av dem som ätstörda. I tredje steget accepterar de att ätstörning är en sjukdom och att de själva är sjuka. I fjärde steget kommer motivationen att bli frisk och de identifierar sig som en individ som försöker bli frisk. I det femte, och sista, steget i denna process identifierar de sig som friska.

Någonting som dock framkommer tydligt i vårt resultat och som förklarar varför ätstörning är en sådan svårbehandlad sjukdom, är den komplexitet som finns i tillfrisknandeprocessen. Att överge identiteten som ätstörd är förenat med en svår inre kamp eftersom det innebär en upplevelse av att förlora sin identitet helt och hållet. Att överge det kända för att gå in i något som upplevs som okänt, och därmed omöjligt att förhålla sig till, är sammankopplat med en stark rädsla för misslyckanden och tillkortakommanden. Tidigare forskning bekräftar också vårt resultat att ätstörda tenderar att uppskatta sina symtom, eftersom de förknippas så starkt med positiva egenskaper (Nordbö, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte, 2006; Serpell, Treasure, Teasdale & Sullivan, 1998). Detta medför att den ätstörda, trots att hon blir sjukare, ändå väljer att stanna kvar i sin sjukdom för att kunna behålla den sociala identitet (som ätstörd) hon tillsammans med andra ätstörda byggt upp och internaliserat (Giles, 2006; Rich, 2006; Ison & Kent, 2010). Följande citat beskriver tydligt denna identifikation med ätstörningen;

> ”*Det som var svårast att släppa taget om var för mig självklart kontrollen och tryggheten och att det gav mig nånting som jag kunde säga var min grej. Det kändes rent grymt när andra ville ta det ifrån mig. Tänk dig själv om alla försöker göra om dig och säger att allting du tror på och lever efter är FEL… det fick mig att känna mig så värdelös och oförstådd*” (Respondent 4).

Allt detta medför att tillfrisknandeprocessen kan pågå under flera år med glidningar fram och tillbaka mellan de olika stegen.

Trots att identifikationen med ätstörningen är så stark och att man förknippar ätstörningen med positiva egenskaper, tillfrisknar ändå människor från sjukdomen, och i vårt resultat framträder några viktiga förutsättningar som bidragit till detta tillfrisknande:

1) stöd, kunskap och tålamod från vårdpersonal och anhöriga, kombinerat med ett ständigt ifrågasättande av ätstörningens verklighet och försök till förändring av de destruktiva mönster ätstörningen för med sig.

2) medvetenhet om, och acceptans av att ätstörning är en sjukdom, att man kan dö av den sjukdomen och att man själv har sjukdomen. En insikt som slutligen leder fram till ett aktivt val. Ett val som står mellan att fortsätta välja ätstörningen, och därmed riskera att dö, eller överge identiteten som ätstörd och satsa på att bli frisk.

3) samhörighet med andra ätstörda som också vill bli friska. Genom att identifiera sig med de patienter som kommit lika långt, eller längre i tillfrisknandeprocessen, fungerar interaktionen positivt och motiverande för det egna tillfrisknandet. Oavsett var i denna del av processen de befinner sig blir patienterna förebilder för varandra.

4) förändring av negativa tankar om sig själva till positiva. Patienterna arbetar aktivt med att lyfta fram fördelar med att vara friska och mentaliserar dessa fördelar för att motverka de ätstörda tankarna.

Vår sammanfattande slutsats är att det sker en aktiv konstruktion av identiteten för att bli ätstörd och det krävs en aktiv omkonstruktion av identiteten för att bli frisk. Man konstruerar sig in i sjukdomen och man konstruerar sig ut ur den. I konstruerandet av identitet, både som ätstörd och som frisk, är interaktion med andra av avgörande betydelse. Andra (i början i form av andra ätstörda, längre fram i processen både ätstörda och personal) fungerar som förebilder och motivatorer i den egna processen.

Här blir frågan om gruppbehandlingars effektivitet intressant. Av flera skäl kan gruppbehandling vara lämplig som behandlingsmetod, men en viktig aspekt i sammanhanget är när en gruppbehandling kan få bästa effekt. Tidigt i behandlingen vill patienterna vidmakthålla sin identitet som ätstörd, vilket får negativa konsekvenser för tillfrisknandet. Dels är det viktigt för patienterna att tillhöra sin grupp (de ätstörda) vilket leder till ett gruppsamarbete mot personalen för att bevara identiteten som ätstörd intakt. Dels är det lika viktigt (inför sig själv och inför sin grupp) att utmärka sig som bäst på att vara ätstörd, vilket leder till att patienterna inte är mottagliga för behandling i sina gruppmedlemmars närvaro. Längre fram i processen (när de insett och accepterat att de är sjuka och vill bli friska) gynnas patienterna av andra gruppmedlemmars

närvaro (förutsatt att de också vill bli friska) då de samarbetar och stöttar varandra till ett tillfrisknande, istället för att konkurrera om att vara bäst på att vara ätstörd.

Utifrån vårt resultat ställer vi oss frågan om inte behandling i början av processen bör ha ett individuellt fokus för att inte det ätstörda beteendet ska förstärkas. Däremot är gruppbehandling med individer som har börjat acceptera att de är sjuka ett effektivt stöd i deras tillfrisknandeprocess. För att få ökad kunskap om hur olika behandlingsmetoder kan bidra till att man slutligen lämnar sin identitet som ätstörd, skulle det vara värdefullt att studera tillfrisknandeprocessen i en longitudinell studie där man följer ett antal individer genom en hel behandling, som även inkluderar uppföljning.

Avslutningsvis vill vi använda oss av en välkänd dikt av Sören Kirkegaard för att illustrera en insikt som har blivit mycket tydlig för oss i detta arbete. Om behandling av ätstörda ska lyckas måste man utgå från patienternas egna berättelser om vad ätstörningen betyder för dem. Det är först när den ätstördas egen upplevelse av tillvaron tas på allvar som det ätstörda beteendet kan gå att ifrågasätta, och, så småningom, förändra.

Till eftertanke

Om jag vill lyckas med att föra
en människa mot ett bestämt mål, måste
jag först finna henne där hon är och
börja just där.

Den som inte kan det lurar sig själv,
när hon tror hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag
visserligen förstå mer än vad han gör,
men först och främst förstå det han
förstår. Om jag inte kan det, så hjälper
det inte att jag kan mer och vet mer.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan,
så beror det på att jag är fåfäng
och högmodig och egentligen vill bli
beundrad av den andre i stället för att
hjälpa honom.

All äkta hjälpsamhet börjar
med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa,
och därmed måste jag förstå att detta
med att hjälpa inte är att vilja härska
utan att vilja tjäna.

Kan jag inte detta så kan jag heller inte
hjälpa.

(Sören Kierkegaard i Böttiger & Nordenström, 1999)

REFERENSLISTA

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Augoustinos, M., Walker, I**.,** & Donaghue, N. (2012). *Social Cognition: an Integrated Introduction*. London: Sage Publications.

Bergh, C., Callmar, M., Danemar, S., Hölcke, M., Isberg, S., Leon, M., Lindgren, J,. Lundqvist, Å., Niinimaa, M., Olofsson, B., Palmberg, K., Pettersson, A., Zandian, M., Åsberg, K., Brodin, U., Maletz, L., Court, J., Iafeta, I., Björnström, M., Glantz, C., Kjäll, L., Rönnskog, P., Sjöberg, J., & Södersten, P.(2013). ”Effective Treatment of Eating Disorders: Results at Multiple Sites”. *Behavioral Neuroscience*, 127(6), 878-889.

Berg, L.-E. (2014). Photons of the Human Mind; the Fiction of Personal Identity. In Cullhed, A. & Rydholm, L. (ed.s).(2014). *True Lies Worldwide*. Berlin: De Gruyter Press.

Berg, L.-E. (2006). ”Identitetskonstruktion bland datorspelare: Vardagsidentitet och skärmidentitet.” *Tvärsnitt*, 3, 32-35.

Berg, L.-E. (1992). *Den lekande människan*. Lund: Studentlitteratur.

Brülde, B., & Tengland, P.-A. (2003). *Hälsa och sjukdom- en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2013). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB.

Böttiger, L.-E., & Nordenström, J. (Red.). (1999). *Å herregud, mitt i semestern: En antologi*. Stockholm: Karolinska University Press.

Charon, J.M. (2010). *Symbolic Interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. Boston: Pearson Education.

Creswell, J.W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Crisafully, M., Holle, A.V., & Bulik, C.M. (2008). “ Attitudes towards anorexia nervosa: the impact of framing on blame and stigma.” *International Journal of Eating Disorders*, 41, 333.

Crisp, A. (2005). “Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two natiowide surveys.” *European Eating Distorders Review*, 13, 147-152.

Corrignan, P. (1998). “The impact of Stigma on severe mental illness.” *Cognitive and Behavioural Practise*, 5, 201-222.

Giles, D. (2006). ”Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders.” *British Journal of Social Psychology*, 45, 463-477.

Goffman, E. (1972). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. New Jersey: Prentice-Hall.

Hogg, M. A., & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge.

Ison, J., & Kent, S. (2010). ”Social Identity in Eating Disorders.” *European Eating Disorders Review*, 18, 475-485.

Jarman, M., Smith, J.A., & Walsh, S. (1997). “The psychological battle of control: a qualitative study of health professionals understandings of the treatment of anorexia nervosa*”. J Community Appl. Social Psychology*, 7, 137-152.

Kirk, J., & Miller, M.L.(1986). *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Newburry Park: Sage Publications.

Koski, J. (2014). ”I´m just a walking eating disorder: the mobilisation and contruction of a collective illness identity in eating disorder support groups.” *Sociology of Health and Illness*, 361, 75-90.

Kunskapscentrum för Ätstörningar. (2014). *Ätstörningar i siffror*. Hämtad 15 februari, 2014, från http://www.atstorning.se/har-jag-en-atstorning-2/fragor-svar-2/atstorningar-i-siffror/

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi- att låta en värld öppna sig*. Nacka: Liber AB.

Lawrence, M. (1979). “Anorexia Nervosa – the control paradox.” *Womens study Q*, 2, 93-101.

Nordbo, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skarderud, F., & Holte, A. (2006). ”The meaning of self starvation: Qualitative study of patients´perception of anorexia nervosa.” *International Journal of Eating Disorders*, 39, 556-564.

Rich, E. (2006). ”Anorexic dis(connection): Managing anorexia as an illness and an identity.” *Sociology of Health and Illness*, 28, 284-305.

Rädda barnen. (2014). ”Vi är också viktiga och ni glömmer bort oss för mycket” *Ung röst 2014*”. Hämtad 25 april, http://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/sverige/samhallets-ansvar/ung-rost/Lokala%20rapporter%202014/Gotlands%20l%C3%A4n/rapport_gotland.pdf

Schupak-Neuberg, E., & Nemeroff, C. J. (1993). ”Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: Implications for a metaphorical perspective of ‘‘body as self’’. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 335-347.

Serpell, L., Treasure, J., & Sullivan, V. (1999). ”Anorexia nervosa: friend or foe.” *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186.

Skarderud, F. (2007).”Shame and pride in anorexia nervosa: A qualitative descriptive study.” *European Eating Disorders Review*, 15, 81-97.

Smith, J. A. (2008).Qualitative Psychology: *A Practical Guide to Research Method.* London: Sage Publications.

Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Faravelli, C., & Ricca, V. (2012). " Identity and Eating disorders: A questionnaire evaluating Identity and embodiment in eating disorder patients." *Psychopathology*, 45, 147-158.

Steinhausen, H.C. (2002). "The- Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century." *Am J Psychiatry*, 159, 1284-1293.

Stein, K. F., & Corte, C. (2007). "Identity impairment and the eating disorders: Content and organisation of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa." *European Eating Disorders Review*, 15, 58-69.

Stewart, M., Keel, P.K., & Schiavo, R. S. (2006). "Stigmatisation of anorexia nervosa." *International Journal of Eating Disorders*, 39, 320-325.

Stockholms centrum för ätstörningar. (2014)."Diagnostiska kriterier för ätstörningar". Hämtad 9 april, 2014 från http://www.scfa.se/eating_disorders/documents/DiagnoskriterierDSM-IV_000.pdf

Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. New York: McGraw Hill.

Tajfel, H. (1978). *Differentation Between Social Groups: studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press.

Trost, J., Levin, I. (1999). *Att förstå vardagen*. Lund: Studentlitteratur.

Vandereycken, W. (2006). "Denial of illness in anorexia nervosa – a conceptual review: part 2 different forms and meanings." *European Eating Disorders Review*, 14, 352-368.

Weinreich, P., Doherty, J., Harris, P. (1985). "Empirical assesment of identity in anorexia and bulimia nervosa." *Journal of Psychiatric Research*, 19, 297-302.

Worchel, S., Francisco, J., Páez, D., & Deschamps, J.C. (1998). *social identity: international perspectives*. London: Sage Publications.

BILAGA 1: Intervjuguide

- Beskriv med egna ord Din upplevelse av att leva med en ätstörning.

- Hur anser Du att en ätstörning uppfattas av andra?

- Hur påverkades Du av andras uppfattningar under sjukdomstiden?
- Kände Du Dig avvikande/utanför
- Varför/Varför inte?
- Om Ja, På vilket sätt?

- Hur anser Du att en ätstörning uppfattas av andra sjuka?

- Hur påverkades Du av andra ätstördas uppfattningar?

- Beskriv med egna ord Din upplevelse av skillnader i Din uppfattning om Dig själv; under och efter Din sjukdom.

- Om Du skulle beskriva vad Din ätstörning betydde för Dig, vad skulle Du säga då?
  - Vilka ord eller bilder kommer upp?
  - Fanns det några för och nackdelar med att ha en ätstörning?
  - Kan Du beskriva dem!
  - Om Ja: Vad var det som Du upplevde svårast att släppa taget om?

- Beskriv med egna ord Din upplevelse av hur samhörigheten med andra ätstörda var?
- Kände Du någon grupptillhörighet?
- Om Ja, Vilken betydelse hade det för Dig?
- Om Nej, Vad betydde det för Dig då?

- Beskriv med egna ord Din upplevelse av vad som hände med dig under behandling och tillfrisknande.

- Beskriv med egna ord Din upplevelse av att vara frisk.
  - Beskriv avgörande faktorer till att Du ändrade Ditt ätstörda beteende
  - Förändrade det Din syn på Dig själv och andra med en ätstörning?

- Ge exempel på konkreta ”verktyg”, tankar, händelser etc. som gjorde att Du blev frisk och håller Dig frisk.