

Det blir så när man inte äter

- En kvalitativ innehållsanalys om hur tjejer med anorexia nervosa upplever bemötandet från omgivningen

Anna Mårtensson & Jonna Östensson

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA 63)

HT 12



Handledare: Yvonne Johansson

Abstract

Authors: Anna Mårtensson och Jonna Östensson.

Title: That happens when you don't eat - A qualitative content analysis about how girls with anorexia nervosa experiencing the response from their environment [Translated title]

Supervisor: Yvonne Johansson.

The aim of this study was to find out how girls with anorexia nervosa experienced response from their environment, including health professionals as well as family, friends and the society. The study focuses on the girls stories about the response, their experience from their illness; therefore we used a qualitative content analysis, based on five autobiographies. Our questions which we based our analysis at were: How do the girls, themselves, describe the response from their environment? And: Which are the common themes in their stories about, how they, experience how they were met by other people? We found several common themes in the autobiographies which we organized into five categories: *Violation*, *Nonchalance*, *Corroboration* and *Removing oneself* together with *Maintenance*. In our analysis we have discussed these five categories on the basis of Erving Goffman's theory about stigma, since we could distinguish that several of the girls in the autobiographies often felt deviant and marked by their environment. As a conclusion we could see that the girls often felt stigmatized by the environment in relation to their illness. This stigma was often hard to get rid of and some of them described that, they felt, they had to try even harder in relation to the environment just to convict other people that they were healthy.

Keywords: anorexia nervosa, response, stigma, autobiographies

Innehållsförteckning

1. Inledning och problemformulering	5
1.2 Syfte	6
1.3 Frågeställningar	6
2. Bakgrund	6
3. Tidigare forskning	9
3.1 Bakomliggande orsaker	9
3.2 Stigma och ätstörningar	10
3.3 Bemötande	12
4. Teori	13
4.1 Stigma	13
4.1.1 <i>Erving Goffmans teori om stigma</i>	14
4.1.2 <i>Lundbergs teori om självstigma</i>	14
5. Metod	15
5.1 Metodval	15
5.2 Urval	16
5.3 Presentation av självbiografier	17
5.4 Tillvägagångssätt	18
5.5 Tillförlitlighet (validitet och reliabilitet)	19
5.6 Etik	20
6. Analys och resultat	21
6.1 Introduktion	21
6.2 Kränkning	22
6.2.1 <i>Maktlöshet</i>	22
6.2 Bekräftelse	25

6.2.1 <i>Uppriktighet</i>	25
6.3 Nonchalans	28
6.3.1 <i>Misskrediterad och misskreditabel</i>	28
6.5 Avståndstagande	30
6.5.1 <i>Att bryta avståndstagandet och skapa en ny identitet</i>	32
6.6 Vidmakthållande	34
6.6.1 <i>Ordens och tankarnas makt</i>	34
6.6.2 <i>Samhällets ideal</i>	36
7. Diskussion	38
8. Referenslista	42
9. Bilagor	45
9.1 Analysschema	45

1 Inledning och problemformulering

Ätstörningar är ett ämne som idag är aktuellt i både tv och tidningar. Det kan vara allt från en löpsedel där en kändis lider av ätstörningar till mer nyanserade tv inslag och dokumentärer i ämnet.

När vi bestämde oss för att skriva om anorexia nervosa hade vi en tanke om att titta på riskfaktorer och orsaker till utvecklandet av sjukdomen. Orsakerna till utvecklandet av anorexia nervosa har gett upphov till mycket debatter. De centrala följdfrågorna har berört betydelsen av biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer. Clinton & Norring (2002) hävdar att ätstörningarnas etiologi är mycket komplicerad och handlar inte enbart om en faktor eller orsak, utan om ett samspel av många faktorer över tid.

Vi förstod ganska snart att studera bakomliggande riskfaktorer och orsaker till utvecklandet av sjukdomen skulle innebära ett omfattande arbete. Vi upplevde även att det var svårt att hitta en ny infallsvinkel på detta område då det redan har studerats av forskare en hel del. Efterhand som vi började studera självbiografier väcktes dock vårt intresse för bemötandet och hur tjejerna upplever att omgivningen ser på dem. Nedan följer ett citat ur Sofia Åkermans bok *Zebra flickan* (2004):

- Du kan åka hem, sade han. Vi vet ju vad kollapsen beror på.
- Ja men jag ser suddigt på mitt ena öga och jag tappar känslan i min ena arm... Det måste ju vara något fel!
- Ja det är anorexian. Om man inte äter blir det ju så. Du kan åka hem nu.

(Sofia Åkerman, 2004: 207).

Detta, och många andra, citat väckte starka känslor hos oss. Vilket bemötande få dessa tjejer av vårdpersonal och omgivning? Finns det en ”skyll dig själv” mentalitet i bemötandet? I vårt arbete som socionomer kommer vi med stor sannolikhet någon gång att stöta på unga tjejer som har någon form av självskadebeteende och destruktiva tankar. Det är också troligt att vi någon gång kommer att komma i kontakt med ätstörningar som till exempel anorexia nervosa.

Bemötandet av dessa tjejer anser vi därför är en viktig aspekt att undersöka och reflektera över.

1.1 Syfte

Vi vill i vår studie, genom självbiografier, undersöka hur tjejer med anorexia nervosa beskriver sina upplevelser av bemötandet från sin omgivning. Detta bemötande inkluderar såväl vårdpersonal som familj, vänner och samhället i övrigt.

1.2 Frågeställningar

- Hur beskriver tjejerna att de blir bemötta av människor i sin omgivning?
- Vilka gemensamma teman går det att utläsa i deras berättelse om hur de blir bemötta av sin omgivning?

2 Bakgrund

Den första kända beskrivningen av det som vi idag kallar anorexia nervosa gjordes redan 1694, av den engelske hovläkaren Richard Morton. Trots att han redan då indikerade att tillståndet var någon form av psykisk störning, dröjde det ytterligare drygt 150 år innan nästa betydelsefulla bidrag till utvecklingen av begreppet anorexia nervosa kom. Omkring åren 1873-1874 fick begreppet sitt definitiva genombrott och redan då beskrevs det på ett sätt som liknar det vi gör idag. Det var även vid denna tid som sjukdomen fick sitt namn, anorexia nervosa (Clinton & Norring, 2002). När de första medicinska beskrivningarna av sjukdomen anorexia nervosa gjordes under 1870-talet ansågs orsaken till sjukdomen vara psykisk. Detta då inga fysiska orsaker till sjukdomen kunde hittas. Ungefär hundra år senare, på 1970-talet, började forskare och kliniker enas om en beskrivning av sjukdomen. Denna beskrivning består till stor del även idag (Ghaderi & Parling, 2007).

Ghaderi och Parlin (2007) definierar i sin bok *Från självsvalt till ett fullvärdigt liv* ätstörningar som:

En tydlig och definitiv störning av hur man äter (ätbeteenden).

(Ghaderi & Parlin, 2007: 21).

Ordagrant översatt betyder anorexia nervosa ”nervös aptitlöshet” (NE, 2012), men sjukdomen handlar i själva verket inte alls om aptitlöshet, utan om självsvalt. Personer med anorexia nervosa lider av en stark viktfobi, de är livrädda för att gå upp i vikt och bygger ofta upp hela sin identitet genom sin svält. Många av de som är drabbade av anorexia nervosa lider av svår ångest och har destruktiva tankar (ABK-kontakt, 2012). Att säga exakt hur många som lider av anorexia nervosa är svårt, men ungefär 1 % av alla tjejer i Sverige i riskgruppen 13-30 år är drabbade (KÄTS 2007).

1980-talet var det decennium då ätstörningar började väcka allt större intresse både bland professionella och också allmänheten. Anledningarna till detta var många, bland annat att allt fler sökte vård för sina ätstörningar, ökande kompetens för att diagnostisera sjukdomen samt ett samhällskritiskt engagemang. Kvinnorörelsen, inte minst, ställde sig kritiska mot kulturella betingelser och trådsmla skönhetsideal vilket bidrog till att problemet hamnade i blickfånget (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Under de senaste 20 åren har ätstörningar ändrat karaktär från att ha varit ett marginellt till att bli ett uppmärksammat fenomen. Om det är förekomsten av ätstörningar som har ökat under denna period eller inte, råder det delade meningar om. Det som dock kan sägas med säkerhet är att synligheten inom hälso- och sjukvården har blivit större under denna period (ibid).

Inom sjukdomsbegreppet ätstörningar ingår tre olika diagnoser, anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS (utan närmare specifikation). Könsfördelningen i samtliga diagnoser är ojämn då den största delen av de drabbade är tjejer. Beräkningar visar att ungefär 90 % av alla som lider av ätstörningen anorexia nervosa är tjejer/kvinnor (Ghaderi & Parlin, 2007). De olika ätstörningarna är närbesläktade med varandra men delas ändå in i de tre olika diagnoserna beroende på vilka symtom som dominerar hos patienten. Diagnoskriterierna för de olika ätstörningarna har förändrats en del under årens gång och framförallt diagnoskriterierna för anorexia nervosa har förändrats väsentligt de senaste 20

åren (ibid). Nedan följer de idag gällande diagnoskriterierna för anorexia nervosa, enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):

A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85 % av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade).

B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.

C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.

D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, d v s minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t e x östrogen).

Specificera typ:

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d.v.s. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika = vätskedrivande eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d.v.s. självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

(Ghaderi & Parlin, 2007:22).

3 Tidigare forskning

För att läsa in oss på ämnet ätstörningar och främst anorexia nervosa har vi tagit del av forskning i form av vetenskapliga artiklar, avhandlingar samt annan litteratur i ämnet. Vi har även tagit del av forskning som belyser bemötande och relationskapande mellan vårdpersonal och patient. För att hitta relevant forskning och litteratur har vi gjort sökningar i bibliotekskatalogerna Lovisa och Libris. Sökorden vi främst har använt oss utav har varit olika kombinationer av anorexia nervosa, anorexi, ätstörningar, bemötande.

Vi har även använt oss av sökverktygen Summon och SocINDEX. Här har vi använt sökorden anorexia nervosa, eatingdisorder, stigma, relationship, attitude, treatment role. Vi har använt sökorden i olika kombinationer med varandra och även sökt vidare på keywords vi hittat i de olika artiklarna. Vi har också funnit relevant litteratur och forskning genom att läsa andra uppsatsers referenslista, men även referenslistor i den litteratur vi funnit genom våra sökningar.

3.1 Bakomliggande orsaker

Trots att forskningen om ätstörningar under de senaste åren har ökat finns det fortfarande stora kunskapsluckor och det är angeläget att fortsätta forskningen kring ätstörningar (Folkhälsoinstitutet, 2004). Mycket av den forskning som finns kring ätstörningar och anorexia nervosa idag berör bakomliggande faktorer till utvecklingen av sjukdomen. Forskare och praktiker är eniga om att orsakerna till utvecklingen av ätstörningar är multifaktoriella och komplexa. Med det menar man att biologiska, psykologiska, fysiologiska, sociala och kulturella processer samspelar som bakomliggande, utlösande och vidmakthållande faktorer till sjukdomen (Folkhälsoinstitutet 2004). Även Skårderud et al. (2010) belyser komplexiteten vid utvecklandet av sjukdomen. Författarna menar vidare att förekomsten av samsjuklighet när det handlar om ätstörningar är vanligt. I genomsnitt lider ca 60 % av de som lider av en ätstörning även av någon form av personlighetsstörning. Personer med anorexia nervosa tillhör ofta kategorin ängslig personlighetsstörning (ibid). Schmidt (2003) lyfter, i en kunskapsöversikt, upp att det inför framtiden är viktigt att öka förståelsen för vilken betydelse psykosociala och biologiska riskfaktorer har och hur de samverkar. Vi tänker oss att en ökad

förståelse och kunskap om dessa faktorer även påverkar hur bemötandet av de drabbade ter sig. Enligt den forskning vi tagit del av har allmänheten ofta en uppfattning om att de bakomliggande orsakerna till anorexia nervosa främst är psykosociala, snarare än biologiska eller genetiska. Detta trots att flera forskningsrapporter idag visar på att det även kan finnas genetiska och biologiska orsaker till utvecklandet av sjukdomen (Crisafulli, Von Holle & Bulik, 2008). I en studie gjord av Stewart, Keel och Schiavos (2006) visade resultaten att respondenterna (slumpmässigt utvalda på gatorna i Boston och Washington) i mindre utsträckning angav genetiska och biologiska orsaker, i jämförelse med sociokulturella, som troliga bakomliggande faktorer till anorexia.

3.2 Stigma och ätstörningar

En stor del av den aktuella forskningen stöder det faktum att personer med psykiska sjukdomar stigmatiseras i dagens samhälle (Crisafulli, Thompson – Brenner, Franko, Eddy & Herzog, 2010). Den mesta forskningen kring psykiska sjukdomar och stigma behandlar främst psykiska tillstånd som schizofreni, bipolär och depressioner (Crisafulli et al. 2008). Mond, Robertson – Smith och Vetere (2006) menar att det faktum att ganska lite forskning har gjorts kring stigma och ätstörningar kan bero på att ätstörningar inte passar in i den stereotypa föreställningen där psykiska sjukdomar annars placeras. Individer med ätstörningar uppfattas inte, av allmänheten, som farliga eller oberäkneliga som ofta är fallet vid många andra psykiska sjukdomstillstånd.

Trots att forskningen kring stigmatiseringen av individer med ätstörningar inte är lika omfattande som forskning kring andra psykiska sjukdomar, finns det forskning som visar att det förekommer stigmatisering av individer som lider av en ätstörning. Studier har visat att allmänheten ofta har en uppfattning om att individer som lider av anorexia nervosa har sig själva att skylla för sjukdomen (Crisafulli et al. 2010).

Stewart et al.'s (2006) studie visar även den att det finns en tendens hos allmänheten att tycka att individer med anorexia har sig själva att skylla. I studien undersöktes och jämfördes stigmatiseringen mellan individer med anorexia, schizofreni och astma. Respondenterna fick ta del av en beskrivning av en individ med någon av de tre sjukdomarna, och därefter besvara ett antal frågor kopplade till stigma. Resultaten visade att respondenterna tyckte att

individerna med anorexia i större utsträckning ”hade sig själva att skylla för sjukdomen”, ”att de kunde ta sig samman om de ville” och ”att de uppträdde så här för att få uppmärksamhet” än individer med antingen astma eller schizofreni.

Forskare har också undersökt stigmatisering av individer med anorexia nervosa i förhållande till olika orsaker och bakomliggande faktorer till sjukdomen. Crisafulli et al. (2008) använde sig i sin studie av biologiska/genetiska och sociokulturella förklaringar till uppkomsten av sjukdomen. De lät sedan sjuksköterskestudenter ta del av en av förklaringarna och därefter svara på frågor kopplade till stigmatisering av anorektiker. Resultaten visade att de som fick ta del av den genetiska/biologiska förklaringen i mindre utsträckning tyckte att anorektiker själva bar ansvar för sin sjukdom i jämförelse med de som tagit del av den sociokulturella förklaringen.

Liknande resultat gav också en studie gjord av Crisafulli et al. (2010) där man till skillnad från föregående studie också tagit in en tredje bakomliggande förklaring till sjukdomen, nämligen en kombination av genetiska/biologiska och sociokulturella faktorer. I studien läts collegestudenter se på en film där en av de tre förklaringsmodellerna användes. Resultatet visade att de som tog del av filmen med en kombination av genetiska/biologiska och sociokulturella förklaringar i mindre utsträckning stigmatiserade anorektiker jämfört med de som endast fick ta del av den sociokulturella förklaringen. Minst stigmatisering framförde de som enbart fick ta del av den genetiska/biologiska förklaringsmodellen.

Mond et al. (2006) undersökte i sin studie om det finns negativa attityder hos kvinnor i samhället gentemot individer med anorexia nervosa. Som respondenter i studien användes kvinnliga universitetsstudenter, mellan 18-55 år. Respondenterna fick ta del av en vinjett om en anorektisk tjej. De fick sedan ett antal alternativ att välja bland vad de trodde att tjejens huvudproblem var. Alternativen de fick välja bland var: *Bulimia nervosa*, *Anorexia nervosa*, *En ätstörning men inte bulimia eller anorexia*, *Dålig kosthållning*, *Träningsproblem*, *Låg självkänsla/brist på självförtroende*, *Depression*, *Ångestsyndrom*, *Stress* och *Inget problem, bara en fas*. Mer än hälften av respondenterna trodde att tjejens största problem var anorexia nervosa men ungefär en fjärdedel svarade att hennes största problem var låg självkänsla. De respondenter som valde låg självkänsla ansåg också att tjejen hade sig själv att skylla för sina problem i större utsträckning än de som valde anorexia nervosa alternativet. Överlag så visade studien på positiva attityder gentemot individer med anorexia nervosa. Det som

respondenterna svarade negativt på var frågor som handlade om attityder kring individens självcentrering och sociala distansering. På dessa frågor svarade respondenterna att de trodde att det var väldigt viktigt för individen att få uppmärksamhet. Närmare en tredjedel ansåg att de förmodligen skulle uppleva individens beteende som mycket irriterande. Mond et al. (2006) hänvisar vidare i sin artikel till en studie gjord av Link och Phelan som visar på att stigma gentemot individer med ätstörningar också kan förekomma på mer traditionella plan. Det vill säga en motvillighet att se dessa människor som möjliga vänner, partners, anställda och även hyresgäster. Detta är dock inget som Mond et al.'s (2006) egna studie påvisar.

3.3 Bemötande

I vår problemformulering lyfter vi fram bemötandet som en viktig faktor och då främst hur tjejnerna själva upplever bemötandet. Detta är dock något som vi funnit mycket litet forskning om. Den forskning vi hittat berör främst bemötande vid andra psykiska och fysiska sjukdomstillstånd. Karin Dahlberg (2002) beskriver hur patienter påverkas negativt av negativa möten med vårdpersonal. Detta gör i sin tur patienterna mer sårbara och ökar deras lidande. Även Bengt Andersson (2009) återger, i sin avhandling, berättelser från patienter inom psykiatri som på många sätt har liknande beröringspunkter med Dahlberg (2002). Den aktuella forskningen kring bemötandet av anorektiker lyfter främst fram vårdpersonalens syn på hur bemötandet bör vara. Lovell & Hill (1994) lyfter fram vikten av att bemöta anorexiapatienter med ett tillåtande att älska sig själva och att de är värda att tyckas om. Detta då självbestraffning är vanligt förekommande hos dessa patienter.

Även George (1997) lyfter fram hur en bra relation mellan vårdare och patient är en viktig del i tillfrisknandet från anorexia nervosa. Hon menar att det är viktigt att vara empatisk, accepterande, icke dömande, genuin och inge förtroende för att kunna skapa en bra terapeutisk relation till patienten. Vidare hänvisar hon till Henry et al. som visar ett tydligt samband mellan terapeuternas attityd och till hur patienterna agerar gentemot sig själva. När terapeuterna hade en negativ attityd gentemot sina patienter ledde detta till ökad självbestraffning hos patienterna, jämfört med när terapeuterna var positivt inställda. Skårderud (2007) visar i sin studie att individer med anorexia nervosa i större utsträckning, än individer med annan psykisk sjukdom, har en benägenhet att känna skuld och skam. Detta

innefattar både skuld och skamkänslor gentemot sig själva, men även skam inför andra. Då de ofta upplever att andra har en nedsättande syn på dem.

4 Teori

Vi har haft ett induktivt angreppssätt på vår uppsats och teorin om stigma började utkristallisera sig under arbetets gång. Anledningen till att vi ansåg denna teori som applicerbar i vår analys var att tjejerna i självbiografierna ofta upplevde sig märkta av och avvikande från sin omgivning på många sätt. Teorin ska i en forskningsanalys utgöra en slags ram där resultatet av forskningen kan förstås och tolkas. Teorin kan även vara till hjälp för att förstå och förklara sociala företeelser (Bryman, 2011).

4.1 Stigma

Begreppet stigma härrör från grekiskan där det användes i syfte att påvisa något ovanligt eller nedsättande i en individs moraliska status. Detta skulle tydliggöras för omgivningen vilket innebar att dessa personer gavs tecken i form av brännmärken eller skärsår (Goffman, 2011). Enligt Lundberg (2010) ses stigma som något som är socialt konstruerat och egenskaper och föreselser som anses stigmatiserande varierar mellan olika tidsepoker och kulturer. Vidare beskriver Lundberg hur begreppet stigma kan ses som ett paraplybegrepp. Han menar därmed att förutom stereotypier, fördomar och diskrimineringar inkluderas även den stigmatiserades skam, ångest, förnedring och rädsla för konsekvenser från omgivningens fientlighet och bortstötning, i begreppet. Vidare i sin avhandling hänvisar Lundberg (2010) till Strangor och Candal. De menar att eftersom stigma är universellt så bör det verka som en funktion för gruppen/individen eller samhället som stigmatiserar. De beskriver att stigma har sitt ursprung i människans natur att undvika faror något som medför att vi snabbt vill kunna avgöra vem som är vän eller fiende.

4.1.1 Erving Goffmans teori om stigma

Goffman (2011) urskiljer i sin teori om stigma tre olika typer av stigma. Den första handlar om kroppsliga missbildningar av olika slag. Den andra beskrivs som fläckar på den personliga karaktären, så som psykiska rubbningar, alkoholism, suicidförsök etc. Den tredje och sista kategorin innefattar "tribiala" (stambetingade) stigmat. Dessa stigmat kan ärvas från generation till generation t.ex. ras, nation och religion. Det gemensamma hos dessa tre kategorier av stigma är att de alla inbegriper individer som anses avvika från den samhälleliga normen (ibid).

Goffman (2011) tar i sin bok *Stigma – den avvikandes roll och identitet* upp två olika perspektiv på upplevd stigma. Det ena perspektivet benämns som *misskrediterad* vilket innebär att den stigmatiserade personen tar för givet att omgivningen direkt kan visualisera det avvikande hos honom/henne. Det andra perspektivet benämner Goffman som *misskreditabel*. Detta innebär att den stigmatiserade personen tar för givet att omgivningen inte känner till dennes avvikelser.

Vidare menar Goffman (2011) att den stigmatiserade individen ofta känner sig osäker på hur omgivningen kommer att bedöma och ta emot honom/henne. Det är inte ovanligt att de har en känsla av att inte veta vad omgivningen i "grund och botten" tänker om dem. Goffman (2011) skiljer mellan den sociala och den personliga identiteten. Han menar att den sociala identiteten erfår individen genom sina sociala erfarenheter, medan den personliga identiteten är något som individen föds med. Den personliga identiteten, såväl som den sociala, byggs även upp eller förstärks genom hur individen upplever att andra betraktar honom/henne.

4. 1. 2 Lundbergs självstigma

Bertil Lundberg (2010) har i sin avhandling *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom* gjort 200 intervjuer med brukare. I avhandlingen beskriver Lundberg att personer med psykisk sjukdom inte sällan upplever självstigma. Denna process kan vara medveten eller omedveten och den innebär att personen omvandlar sina egna och omgivningens fördomar till en sanning. Självstigma medför känslor av skam, skuld, hopplöshet, förlust av självförtroende, självföraktning samt en rädsla för

bortstötning och diskriminering från omgivningen. Under denna process förlorar och ifrågasätter individen sin tidigare identitet och ersätter denna med den stigmatiserade synen.

5 Metod

5.1 Metodval

Ahrne och Svensson (2011) menar i sin bok *Handbok i kvalitativa metoder* att kvantitativa och kvalitativa data skiljer sig från varandra. De påpekar också att kvantitativa och kvalitativa metoder är bra till olika saker. Vi har valt att göra en kvalitativ innehållsanalys av självbiografier i vår uppsats. Detta för att vi är intresserade av de drabbades egna upplevelser och deras berättelser kring bemötandet från omgivningen. Kvantitativa forskare lägger ofta tonvikten på siffror och beteenden medan kvalitativa forskare lägger mer vikt vid ord och den mening ett beteende inrymmer. De lägger också vikt vid att tolka och förstå istället för att förklara tillexempel ett beteende (Bryman, 2011). Levin (2008) menar att kvalitativa forskare ofta har ett induktivt arbetssätt, de har alltså ingen klar teori från början utan den växer fram under analysens gång. I vår studie har vi tagit oss an vårt insamlade datamaterial på ett induktivt sätt, och teorin om stigma har växt fram under analysens gång.

En vanlig kritik som ofta framförs mot kvalitativ forskning är att den ofta anses vara alltför subjektiv. I väldigt stor utsträckning är det forskarnas egna intressen som styr vad de väljer att fokusera på (Bryman, 2011). En annan nackdel med en kvalitativ innehållsanalys kan vara att det inte går att göra några generaliseringar. Detta då kvalitativ forskning är kontextbunden och beroende av den omgivning den utspelas i. Kvalitativ forskning har ofta ett fåtal respondenter och även detta bidrar till att generaliseringar inte går att göra (Bryman 2011). Vårt val av metod innebär att vi inte kommer att kunna göra några generaliseringar. Detta då vi enbart studerar ett fåtal självbiografier och det är enbart dessa tjejers berättelser och upplevelser vi tolkar. Upplevelserna och berättelserna är subjektiva.

Hydén (2008) beskriver det narrativa forskningsfältet och hur det växt fram de senaste två decennierna. I det narrativa forskningsfältet har berättelser en central roll. Det här forskningsfältet har dock rört sig bort från det som tidigare ofta ansågs som en berättelse,

nämmligen den fiktiva berättelsen. Detta på grund av att samhällsvetenskapliga forskare sällan sysslar med litterära eller fiktiva berättelser. Istället använder man ofta berättelser i form av muntliga berättelser som förekommer i samtal eller berättelser i så kallade brukartexter. Brukartexter kan vara allt från medicinska och sociala journaler till historieber beskrivningar och självbiografier (Hydén, 2008). Bryman (2011) beskriver även hur den narrativa analysen fokuserar på individernas historier som de används för att beskriva olika händelser i livet.

I vår uppsats har vi använt oss utav berättelser i form av brukartexter. Vi har använt självbiografier skrivna av tjejer som själva drabbats och levt med anorexia nervosa. Enligt Bryman (2011) kan självbiografier antingen användas som ett komplement till ett annat empiriskt material eller som den primära datakällan. Vi har använt självbiografierna som vår primära datakälla i undersökningen. Vi har därefter plockat in forskning, annan litteratur och teori, som vi ansett, varit relevant för vår analys.

5.2 Urval

Enligt Bryman (2011) är det ofta svårt att veta hur stort ett urval bör vara. Ofta påverkar tillexempel tid och pengar hur stort urval man faktiskt kan göra. Utbudet av självbiografier som belyser sjukdomen anorexia nervosa är stort och tidsaspekten i vår studie har till viss del påverkat vårt urval av självbiografier. Inledningsvis i vår studie läste vi ett flertal självbiografier. Vi upptäckte efterhand att berättelserna liknade varandra på många sätt och upplevde därmed en sorts teoretisk mättnad (Bryman, 2011). Vi märkte att de senare lästa självbiografierna inte tillförde så mycket nytt till de tidigare lästa. Detta resulterade i att vi slutligen bestämde oss för att utgå från fem stycken självbiografier i vår analys.

Efter en första genomläsning av självbiografierna har vi använt oss av ett så kallat målinriktat urval. Ett målinriktat urval innebär att vi har valt självbiografier som har koppling till vårt syfte med uppsatsen och de forskningsfrågor vi har formulerat (Bryman, 2011). Den första avgränsningen vi gjorde var att bara använda självbiografier där individen diagnostiserats med anorexia nervosa. Vi uteslöt alltså andra ätstörningar som tillexempel bulimia nervosa. Vi har valt självbiografier kring tjejers upplevelser av sjukdomen då det, som vi nämnde inledningsvis, är främst tjejer som drabbas. Det här innebär att vår undersökningspopulation är homogen (Bryman, 2011). Vi har därför inte gjort någon jämförelse mellan män och

kvinnors berättelser. Denna jämförelse hade i sig kunnat vara intressant att göra, men då den tillgängliga litteraturen endast belyser kvinnors upplevelser av sjukdomen, anser vi, att det hade varit både tidskrävande och etiskt problematiskt att genomföra en sådan studie (se vidare etikavsnittet). Vi har i vårt urval försökt att ha en spridning inom det åldersspann där insjuknandet är vanligast. Tjejerna i de valda självbiografierna är mellan 14 – 27 år. Vi är dock medvetna om att anorexia nervosa kan förekomma både högre och lägre ner i åldrarna. Nedan följer en presentation av de utvalda självbiografierna.

5.3 Presentation av självbiografier

***Ormen och jag* av Ann-Charlott Daher Larsson (1990)**

Ann - Charlotte är född 1963 och har lidit av anorexia sedan hon var 16 år. I *Ormen och jag* har hon samlat sina dagboksanteckningar från en tid då hon som 18 åring var intagen, för behandling av sin anorexia, på en psykiatrisk avdelning.

***När mörkret kom* av Lina Strandberg (2000)**

Lina var 14 år när hon insjuknade i anorexia nervosa. Som 19 åring tittar hon tillbaka på den långa och då tillsynes hopplösa tiden. Lina vill i boken förmedla hur det är att leva med anorexia och delar med sig av sina minnen och upplevelser. Boken innefattar både berättande text men även dikter skrivna under sjukdomstiden.

***Zebraflickan* av Sofia Åkerman (2004)**

I *Zebraflickan* skildrar Sofia sin kamp för att bli fri från sin självdestruktiva demon Lucifer. Sofia lever med oerhört självdestruktiva tankar och skadar sig själv på flera sätt, inte bara genom sin anorexia. Vi får följa hennes tankar, hennes rädsla för att bli frisk och bortglömd, och hennes skam över sig själv. Men också lyckan när hon upptäcker att världen inte var som hon trott.

***Varje dag har vi en liten tävling* av Hanna Österberg (2007)**

I *Varje dag har vi en liten tävling* får vi följa Hannas långa kamp mot anorexia. Hanna har lidit av anorexia i många år, huvuddelen av boken utspelar sig när Hanna är 20-23 år. Vi får ta del av dagboksanteckningar och dikter skrivna av Hanna under hennes sjukdomstid, varvat med journalanteckningar skrivna av hennes behandlande läkare och terapeuter.

***Genom helvetet* av Tina Nordlund (2007)**

Genom helvetet är Tina Nordlunds berättelse skriven tillsammans med journalisten Simon Bank. Tina hade allt. Hon var Sveriges bästa fotbollsspelare, hade bra vänner, en pojkvän och ett känt ansikte. 25 år gammal drabbades hon av anorexia och tvingades sluta med fotbollen. I boken får vi följa hur hon kämpar för att bli frisk och hitta en identitet utanför fotbollen.

5.4 Tillvägagångssätt

Som vi nämnde i avsnittet om urval, läste vi till att börja med igenom ett antal självbiografier förutsättningslöst. Efter detta valde vi ut de fem vi beskrivit ovan. När vi gjort vårt urval av självbiografier bestämde vi oss för att läsa igenom dem igen och lyfta fram allt som hade med bemötande att göra. Allt från konkreta exempel på bemötande till tjejernas beskrivna upplevelser vid bemötande med omgivningen och deras tankar om dessa. Alla citat transkriberades ner i ett word dokument som sedan skrevs ut. Efter att vi lyft fram allt om bemötande och transkriberat det, läste vi igenom det transkriberade materialet ytterligare en gång och kategoriserade texten i olika grupper. Vi använde oss utav färgpennor och strök under med dessa, den här typen av kodning benämner Aspens (2007) som marginalmetoden. Enligt Jönsson (2010) hjälper kodning till för att ordna strukturen och synliggöra mönster i det insamlade materialet.

Allt eftersom vi gick igenom materialet utkristalliserades tretton stycken olika kategorier inom huvudkategorin ”bemötande”. Vi såg sedan att flera av de tretton kategorierna flöt ihop och kunde bilda större teman, närmare bestämt fem stycken. *Kränkning*, *Bekräftelse*, *Nonchalans*, *Avståndstagande* samt *Vidmakthållande*. Vi gjorde utifrån dessa fem teman en

tabell likt det analyschema Jönsson (2010) beskriver i sin bok (se bilaga 1). I tabellen redogör vi för vad vi har innefattat i de olika temana. När vi skapat vårt analyschema gick vi tillbaka till det transkriberade materialet av självbiografierna och började gallra ut de sekvenser som vi ansåg förmedlades tydligast inom ramen för temarubrikerna. Vi skapade ett nytt word dokument där vi kopierade in dessa sekvenser under de temarubriker vi skapat i analyschemat. Många av de sekvenser vi använt oss utav är komplexa och faller därmed in under flera teman i vårt analyschema.

Vi har genom hela arbetet med studien arbetat tillsammans. Den enda uppgift vi delade upp var när vi skulle plocka ut alla sekvenser som hade med bemötande att göra. Vi bedömde att vi inte skulle hinna göra detta tillsammans då detta var ett mycket tidskrävande arbete.

5.5 Tillförlitlighet (validitet och reliabilitet)

Validitet handlar om att mäta det som avses att mäta i undersökningen (Jönsson, 2010). I kvalitativa studier är oftast inte mätning av största intresse. Därför diskuteras ofta relevansen av begreppet validitet inom kvalitativ forskning (Bryman, 2011). Bryman ger även olika exempel på hur begreppen reliabilitet och validitet kan anpassas till kvalitativa data. Ett exempel är att kunna observera och identifiera det som undersökningen säger sig ”mäta”, till exempel genom att besvara sin forskningsfråga (Bryman, 2011).

Reliabiliteten benämns som precisionen i mätverktyget (Jönsson, 2010) och även detta begrepp anses ibland svårt att applicera på en kvalitativ studie (Bryman, 2011). Detta eftersom sociala miljöer och kontexter är föränderliga. Detta gör att det ofta anses som problematiskt att replikera en kvalitativ studie. För att ändå kunna replikera och mäta precisionen i en kvalitativ studie är det av stor vikt att vara noggrann och tydlig i sitt tillvägagångssätt (Bryman, 2011).

Vi anser att validiteten och reliabiliteten i vår studie stärks då vi är två studenter som har läst och studerat självbiografierna. Detta innebär att vi har fört ett resonemang, diskuterat tolkningar och resultat kontinuerligt under studiens gång. Något som kan sänka validiteten i en studie är att man som forskare alltid har värderingar, förutfattade meningar och en förförståelse för ämnet som studien berör. Det är omöjligt att ha full kontroll över sina

värderingar och dessa kommer alltid att påverka och dyka upp under arbetets gång (Bryman, 2011). Genom att vi försökt vara öppna med vår egen förförståelse, värderingar och förutfattade meningar har vi förhoppningsvis minimerat risken för påverkan av dessa i vår undersökning. Även ur denna synvinkel anser vi att det har varit en fördel att vara två, då vi har kunnat diskutera våra resonemang med varandra.

En fördel med att använda redan skrivna texter är att det materialet är lättillgängligt. Utbudet av självbiografier om anorexia nervosa är relativt stort. Något som vi varit uppmärksamma på vid användandet av redan skrivet material är att texterna från början var tänkta att läsas och användas i annat syfte än det vi använt oss av. Vidare är det viktigt vid användandet av självbiografier att vara uppmärksam på och fundera över självbiografiernas autenticitet, det vill säga, självbiografiernas äkthet och trovärdighet. Är det verkligen författarens sanna tankar och känslor som förmedlas i boken (Bryman, 2011)? En annan viktig faktor som vi varit medvetna om i vår studie är att författarna själva gjort ett urval av vad de vill berätta i sin historia. De har därmed också utelämnat, och kanske även lagt till fiktiva händelser för att historien ska passa bättre in i samtiden (Meurling, 2003). Det är också viktigt att vara medveten om att de flesta självbiografierna är skrivna i efterhand med hjälp av dagboksanteckningar och med hjälp av minnesbilder från sjukdomstiden, vilka över tid kan förändras. En annan aspekt att reflektera över är vem det är som skriver självbiografier? Är det de som är duktiga på att skriva och förmedla sig i skrift? Bryman (2011) menar vidare att vid kvalitativ forskning är forskarens egna intressen av stor betydelse vid datainsamlingen. Forskarens intressen påverkar var fokuset i studien hamnar.

5.6 Etik

Bryman (2011) påpekar att forskning som kan innebära skada för deltagarna av de allra flesta anses oacceptabel. Vi har därför av etiska skäl uteslutit att genomföra intervjuer eller observationer i vår studie. Därmed föll de manligas upplevelse av sjukdomen bort, då vi inte hittat några självbiografier av deras upplevelser. När vi väger nyttan av vår studie, mot den skada som vi eventuellt kan orsaka genom en intervju, anser vi, att det inte är etiskt försvarbart att genomföra detta i vår c-uppsats.

Vetenskapsrådet har sammanställt ett antal etiska principer som forskare bör ta hänsyn till vid en undersökning. Dessa principer är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2012).

Samtyckeskravet och informationskravet får i fall där undersökningsslagarna inte deltar aktivt bedömas ifrån fall till fall (Vetenskapsrådet, 2012). I vår studie har undersökningsslagarna inte medverkat aktivt utan vi använder redan befintligt och offentligt material i form av självbiografier. Därför har inget samtycke inhämtats och heller ingen information om användandet har getts till författarna. Bryman (2011) menar att samtyckeskravet kan sättas i förbindelse med kravet om att inte orsaka någon skada. Vi anser att risken för att orsaka författarna någon skada genom användandet av de olika författarnas självbiografier är liten, även om vi har behandlat texterna i ett annat syfte än det författarna producerat dem för.

Konfidentialitetskravet innebär att det inte ska gå att identifiera de personer som deltar i undersökningen, det är också av stor vikt att inte personuppgifter eller likande lämnas ut (vetenskapsrådet, 2012). Även Öberg (2011) påpekar att det är viktigt att informanterna förblir anonyma. Att till exempel namn, datum och platser avidentifieras. Eftersom den litteratur vi studerat är offentlig har vi inte avidentifierat författarna eller tjejnerna i böckerna. Nyttjandekravet innebär att den information som forskaren får ta del av inte ska användas i något annat syfte än för den forskning som informationen är avsedd att användas till (vetenskapsrådet, 2012). Även nyttjandekravet anser vi är irrelevant i vår studie då vårt insamlade material är offentligt och kan läsas av vem som helst.

6 Analys och resultat

6.1 Introduktion

I vår analys kommer vi att presentera vårt resultat utifrån de fem teman som vi redogjort för i vårt analyschema (se bilaga 1). Vi kommer att redogöra för ett tema i taget och varva empiri och analys med teori och forskning. Vi illustrerar både direkta citat från självbiografierna,

men även beskrivningar ur dessa i löpande text. Detta för att åskådliggöra så mycket som möjligt av den empiri vi dragit våra slutsatser från.

När vi refererar första gången i texten till tjejerna, som skrivit självbiografierna, kommer vi att benämna dem med både för och efternamn samt årtal när boken utgivits. När vi sedan refererar till dem i löpande text kommer vi enbart att skriva ut deras förnamn eftersom vi anser att detta medför ett bättre flyt i läsningen. Det medför även att det blir lättare att skilja dem från övriga referenser. Vid direkta citat väljer vi att referera med både för, efternamn, årtal och sidhänvisning så att det inte ska uppstå några oklarheter om vem det är som citeras.

6.2 Kränkning

Kränkning i de självbiografier vi studerat innefattar både konkreta beskrivningar av upplevd kränkning, men även situationer där vi som läsare kan se ett kränkande agerande, trots att tjejerna inte uttrycker det i ord.

6.2.1 Maktlöshet

Maktlöshet visade sig vara en återkommande upplevelse i tjejernas beskrivningar av möten med sjukvården. Nedanstående citat skildrar en av tjejernas upplevelser av maktlöshet inför möjligheten att påverka den egna behandlingen:

Man tog beslut över mitt huvud och jag kunde bara acceptera.
Det gick inte att vägra så var det bara. Jag försökte faktiskt inte
ens vägra, vågade inte.

(Lina Strandberg, 2000:50).

Även Hanna Österberg (2007) och Sofia Åkerman (2004) beskriver upplevelsen av att vara maktlös inför behandlingspersonalen. De berättar på följande sätt:

Det känns som om jag blir behandlad som om jag vore fem år, och det är det värsta jag vet. Okej, att jag är sjuk men jag vill ändå bli behandlad med respekt och som den 23 åring jag är.

(Hanna Österberg, 2007:72).

Jag avskydde behandlingsvaket. Det var ett hån mot min vilja och envishet, ett försök att bevisa hur mycket de hade makt att tvinga mig till. Maktkamper, maktkamper.

(Sofia Åkerman, 2004:48).

George (1997) beskriver i sin artikel hur anorektiker försöker upprätthålla kontrollen över sin kropp genom sin svält. Att behandlas för anorexia nervosa innebär att patienten måste släppa på denna kontroll. George menar därför att det är av stor vikt att anorektiker är involverade i sin behandlingsplan. Insatser bör tydligt förklaras för patienten så att han/hon fortfarande upplever någon form av kontroll. Även Buhl (1993) menar att respekt för patienten och dennes kropp är viktig i behandlingsalliansen. Detta för att undvika att förhållandet mellan patient och behandlare präglas av misstro och strid. Buhl föreslår till exempel att genom att upprätta ett matschema tillsammans med patienten hjälps patienten att bli mera oberoende av sin omgivning och mer i harmoni med sina egna beslut.

I beskrivningarna ovan skildrar tjejerna hur de upplever att de förlorat sin rätt att påverka sin behandling. Skårderud et al. (2010) menar att relationen till andra människor är kroppslig. Vi upplever oss själva genom vår kropp och själ i mötet med andra. I denna kontakt blir vi även sedda och bedömda. De mentala erfarenheterna blir till i mötet och dessa erfarenheter finns med oss senare i våra efterreflektioner av mötet. Tidigare erfarenheter av negativa möten präglar oss därmed inför framtida möten. Möten där vi blir bedömda på, ett för oss missgynnande sätt, kan vi vidare koppla ihop med teorin om stigmatisering. Goffman (2011) beskriver att individen tar till sig den bild som denne upplever förmedlats av omgivningen och gör den till sin egen sanning. Ett negativt möte med vården och vårdpersonalen kan därför bidra till att anorektikern förstärker sin negativa självbild med självförakt och självhat. Dahlbergs (2002) studie påvisar tydligt hur negativa möten mellan personal och patient ökar patientens sårbarhet och lidande.

Skårderud et al. (2010) menar vidare att skam, skuld känslor och ofta många års funderingar på att söka hjälp eller inte gör patienten extra sårbar i kontakten med vården. Att mötas av förståelse, kunskap och intresse är av största vikt för ett fortsatt bra behandlingsarbete. Hanna Österberg (2007) beskriver hur hon blev bemött i ett tidigt skede i hjälpsökandet. I boken illustrerar hon en konversation mellan en läkare och henne själv. Hon bemöts i denna konversation på ett känslolokalt och nonchalant sätt vilket bidrar till att hennes ångest och rädsla inför att söka hjälp ökar ytterligare.

Inom stigmabegreppet finns ett synsätt om att de personer som tillhör en viss kategori även förväntas tillämpa denna kategoris normer (Goffman, 2011). Vi kan tydligt återkoppla detta till framförallt en av de självbiografier vi studerat. Sofia beskriver i sin bok tiden som inlagd på en vuxenpsykiatrisk vårdavdelning och hur hon där förväntades av en del skötare att anpassa sig till normen som psykiskt sjuk patient. Detta skulle då innefatta att hon förväntades ha en degraderad ställning gentemot skötarna. Vid ett tillfälle beskriver Sofia en visitation som plötsligt skulle göras. De kvinnliga vårdarna krävde att hon skulle klä av sig något som hon vägrade. Då tillkallades ytterligare personal och situationen blev tumultartad. Nedan visas hur Sofia upplevde situationen:

[---]. I trekvart envisades jag innan jag lät dem vinna. Tårarna värkte i ögonvrån när sköterskan stoppade sin hand i mina trosor, men jag skulle inte skrika, inte gråta. För mig, en sextonårig flicka med stort kroppsförakt, går den känslan knappt att beskriva. Jag, som inte ens ville tvätta mig själv med tvål i duschen för att jag var så äcklig och ful.

(Sofia Åkerman, 2004:116 – 117).

Detta citat, anser vi, tydligt skildrar hur det förväntades av Sofia att hon skulle anpassa sig och rätta in sig i ledet. Sofia uppger ett flertal liknande exempel i sin bok där hon blir nedbrottad av flera manliga skötare och hennes försök att göra sin röst hörd nonchaleras. Sofia beskriver hur personalen redan från början skapat sig en bild över hur patienterna förväntades reagera och uppträda i olika situationer. Denna bild passade emellertid inte in på Sofia som vid denna tidpunkt endast var 16 år och utgjorde det största hotet mot sig själv och inte mot andra. Trots detta brottades hon ner ett flertal gånger och behandlades utefter vuxenpsykiatrin normer.

6.3 Bekräftelse

George (1997) beskriver viktiga faktorer för att grunda en fruktbar behandlingsallians mellan patient och terapeut. Hon menar att det är viktigt att bemöta anorektikerna med empati, en förståelse för den inre kamp som pågår hos dem och ett genuint intresse för dem. I temat bekräftelse har vi innefattat vad tjejerna uppfattar som ett bra bemötande, men även viljan att bli sedda och bekräftade i sin sjukdom. En vilja av att omgivningen ska lägga märke till att de inte mår bra. Detta beskrivs ofta med dubbla känslor i självbiografierna, då de å ena sidan vill bli sedda medan de å andra sidan vill bli lämnade ifred.

6.3.1 Uppriktighet

I självbiografierna finns gott om exempel på hur tjejerna ser på sin omgivning och upplever dem som onda eller goda. George (1997) menar att anorektiker ofta har ett dikotomiskt tankesätt, där allt är antingen svart eller vitt, gott eller ont. Hon menar vidare att anorektikerns dysfunktionella kognitiva mönster inte bara påverkar hur hon kontrollerar sin kropp. Det påverkar också hur hon ser på sig själv och andra. Detta tankesätt kan vi bland annat koppla till tjejernas tolerans för omgivningens uppriktighet. Tillexempel om en nära vän, eller en behandlare som de har förtroende för uttrycker sin uppriktighet uppfattas detta som gott och de tycker att det är bra att denne är uppriktig. I andra fall kan uppriktigheten uppfattas av individen som en kränkning. Ann-Charlott Daher Larsson (1990) tillexempel beskriver i sin bok en nära relation till sin kontaktperson, Anna. Anna kan ha ett ärligt och rakt bemötande gentemot Ann-Charlott och vara väldigt uppriktig utan att hon tar illa upp:

Anna tycker att jag flyr från att delta fullt ut i behandlingen.

Visst har hon rätt. Jag vill ju alltid ha något att göra.

(Ann-Charlott Daher Larsson, 1990:54).

Däremot uppfattade Ann-Charlott uppriktigheten hos andra i personalgruppen som kränkande. Nedan följer ett citat från en måltid:

Jag orkar inte, nu lägger jag av med att äta. Alla blickar, alla kommentarer. Alltid får jag höra något när jag sitter där vid

bordet och försöker tvinga i mig maten, sedan efterrätten. [---]. Idag vräkte en av de kvinnliga skötarna ur sig: - O, vad gott med äpplen och grädde! [---] Jag talade om för henne att jag trodde att man informerat om att jag inte ville höra några kommentarer i samband med min mat. Då säger hon: - Ja, men borde du inte försöka att ändra ditt sätt att se på maten. Och det ska hon säga, den där ytliga mallstropen, jag såg rött, vad sjutton är jag här för?

(Ann-Charlott Daher Larsson, 1990:24 - 25).

Buhl (1993) förklarar att denna brist på flexibilitet hänger samman med patientens rädsla för att bli överväldigad. Patienten kategoriserar således in människor i sin omgivning i olika kategorier för att kunna förbereda sig på sina reaktioner gentemot dessa. Individen strävar därmed efter att få kontroll över sina inre känslor och det kaos som råder inom dem. Beroende på vilken relation individen har till den person som uttalar sin uppriktighet uppfattas uppriktigheten på olika sätt. Om relationen är nära ses uppriktigheten som något positivt medan den i annat fall kan upplevas som stigmatiserande av individen.

Även om relationen till personalen är nära så finns en svårighet hos tjejerna att ta till sig personalens uppriktighet. Personalens ord är något som kanske måste upprepas många gånger vilket således kräver tålmod och stor förståelse från personalen. I citatet nedan beskriver Lina Strandberg (2000) hur vårdpersonalen gång på gång påpekar att hon måste göra sig av med sitt inneboende monster, Trassel. Dessa ord börjar så småningom sjunka in i hennes medvetande och hon börjar förstå och inse att de kanske har rätt:

De säger att du inte alls är jag. De säger att du inte alls har hos mig att göra. De säger att du inte får bestämma över mig, att du är en ond inkräktare som livnär dig på att inte jag äter. Ju mer jag svälter mig, desto större och starkare blir du. Du ska bort. Mitt förnuft ska slänga ut dig. Säger de. Först trodde jag inte på dem. Nu har jag börjat inse att det ligger något i vad de säger. Jag försöker tro dem.

(Lina Strandberg, 2000:19).

Vi menar att citatet ovan visar tydligt hur Lina försöker bygga upp en tillit till sin omgivning. Tilliten är en viktig aspekt i behandlingsalliansen mellan patient och personal vilket är något som personalen aktivt måste sträva efter. De måste därmed bemöta anorektikern på ett sätt som bidrar till en tillåtelse att älska sig själv och att denne är värd att tyckas om (Lowell & Hill, 1994).

Likt Lina upplever även Tina Nordlund (2007) hur hon i början inte kunde tro på det som psykologen sa till henne. Hon avvisade det och bortförklarade det med att det bara vara tomma ord. Psykologen gav sig dock inte utan fortsatte att upprepa samma fraser och så småningom kunde Tina börja ta till sig det som psykologen sa:

Psykologen säger: Jag är unik som människa, inte som anorektiker.

(Tina Nordlund, 2007:129).

Psykologen säger: Jag duger och jag är en bra tjej.

(Tina Nordlund, 2007:130).

Psykologen sa samma saker till mig, om och om igen, och till slut var det som om de fick form.

Det som först bara var floskler och tomma ord blev något jag kunde följa, och så småningom till något jag verkligen förstod.

(Tina Nordlund, 2007:163).

I alla de här citaten skildrar tjejerna en nära relation till sin terapeut. Uppriktigheten uppfattas därmed som positiv och långsamt börjar tjejerna att bygga upp en ny bild av sig själva. I sin teori om stigmatisering beskriver Goffman (2011) hur människor skapar och bygger sin sociala identitet genom upplevelsen av hur andra ser på dem. Under lång tid har de anorektiska tjejerna i självbiografierna byggt upp och skapat sin sociala identitet utefter vad de tror att andra förväntar sig av dem och de ”röster” de hör. Enligt Buhl (1993) är det i tillfrisknandeprocessen viktigt att hjälpa individen att komma i kontakt med sina egna känslor och behov. Detta för att bygga upp en ny identitet utifrån sig själv och inte utifrån andras förväntningar. I självbiografierna beskrivs många behandlingssituationer där behandlaren

försöker stärka individen i sin självbild. Detta beskriver tjejerna som mycket betydelsefullt för sitt tillfrisknande.

Andersson (2009) beskriver det tillitsfulla utrymmet. Med detta menar han att terapirummet ska fungera som ett rum där alla känslor är legitima. Detta ska således hjälpa individen att komma i kontakt med sina känslor och lära sig att tyda dem. Tillexempel förklarar Tina i sin bok hur hon upplever just detta, att terapirummet tillåter hennes egna känslor och hon behöver inte bry sig om vad andra förväntar sig att hon ska känna. Vår tolkning är att även detta anser tjejerna är en viktig del i deras tillfrisknande.

6.4 Nonchalans

Flera av de självbiografier som vi studerat illustrerar hur tjejerna upplever att de blivit bemötta med nonchalans från både omgivningen och vården.

6.4.1 Misskrediterad och misskreditabel

I självbiografierna beskriver tjejerna ofta att de vill ha en, för omgivningen, synlig och förståelig sjukdom de upplever att omgivningen inte förstår att de är sjuka om det inte syns utanpå. Goffman (2011) menar att termen stigma bör ses ur ett dubbelt perspektiv. Han beskriver begreppen misskrediterad och misskreditabel. Han menar att en misskrediterad person tar för givet att omgivningen känner till stigmat, medan en misskreditabel person tar för givet att omgivningen inte är medveten om dennes stigma. Goffman menar vidare att det är viktigt att göra denna avskiljning men inte sällan är det så att stigmatiserade personer har upplevt båda situationerna. Nedanstående citat beskriver hur Sofia upplever att omgivningen inte kan se och förstå hennes sjukdom:

Jag skämdes, för jag önskade verkligen att jag haft en sjukdom som syntes utanpå, en som alla kunde se och förstå hur ont den gjorde. Det kändes groteskt och förbjudet att önska en sådan sak, men vanliga människor förstod att en person med ett stort operationssår kunde ha fruktansvärt ont. De kunde däremot inte begripa att en ung tjej, som såg glad ut, kunde ha så ont i själen

att hon kräktes i sängen för att ångesten gjorde så ont. Det hade varit så skönt om de hade sett mitt infekterade sår på insidan, om de hade förstått.

(Sofia Åkerman, 2004:23).

Även Hanna upplever hur omgivningen har svårt att förstå hennes problematik och hur hon vill att det ska synas att hon är sjuk:

Jag vill att det ska synas på mig att jag mår dålig. Jag vill vara så mager att alla reagerar. Det känns som om först då kanske några kan förstå hur jag mår. Det som syns går att förstå.

(Hanna Österberg, 2007:26).

Skårderud et al. (2010) förklarar hur individer som har svårt att uppleva sig själv ”inifrån” istället försöker uppleva sig själv ”utifrån” (Skårderud et al. 2010: 354). Vidare beskriver han hur kroppen blir till ett verktyg som individen använder sig utav i detta syfte. Både för att själv kunna se på sig själv utifrån men också för att få andra att förstå hur dåligt de mår inuti. Tjejerna försöker därmed genom sin svält och sitt självskadebeteende få sin omgivning att förstå hur de mår. Sofia beskriver på följande sätt i sin självbiografi att hon har svårt att förmedla sig på annat sätt än genom att skada sig själv:

[---]. Jag visste inte hur jag annars skulle få den uppmärksamhet jag behövde. Jag var avundsjuk på en av de andra patienterna som brukade gråta i flera timmar varje kväll och alltid fick sitta med ett par stycken av de snällaste skötarna runt sig och bli tröstad. Jag kunde inte gråta, jag kunde inte få kärlek på det sättet. Jag kunde inte visa mina känslor, annat än genom att göra mig själv illa.

(Sofia Åkerman, 2004:50).

Alla självbiografierna vi studerat belyser detta faktum. Om tjejerna går upp i vikt upplever de att omgivningen inte kan se att de fortfarande mår dåligt. Genom att de fortsätter vara misskrediterade (Goffman, 2011) upplever de att omgivningen bättre förstår deras problematik.

De artiklar vi tagit del av har visat att många ur allmänheten anser att individer med anorexia nervosa har sig själva att skylla för sin sjukdom. Allmänheten anser även att individen kan ta sig samman om denne vill och att han/hon agerar så för att få uppmärksamhet (Crisafulli et al 2010, Crisafulli et al 2008, Stewart et al 2006). Studierna visar även att synen på anorektiker går hand i hand med vilken syn man har på sjukdomens bakomliggande orsaker. De som anser att de bakomliggande orsakerna främst är genetiska/biologiska, jämfört med sociokulturella orsaker, har en större benägenhet att *inte* stigmatisera individen och beskylla denna för sin sjukdom (ibid). Detta skulle kunna vara en anledning till varför tjejerna vill ha en fysisk och synlig sjukdom, för att mötas av en större förståelse från omgivningen.

Tjejerna beskriver även att de inom vården ibland upplevt att de blivit bemötta av en nonchalans och som om de inte var sjuka på riktigt. Tillexempel får Hanna höra vid ett besök på sjukhuset att hon minsann inte är lika mager som tjejerna uppe på anorexiaavdelningen. Vid ett annat tillfälle då hon söker vård för sin anorexia får hon till svar att hennes problem ska tas upp på en behandlingskonferens för att se om hon passar in i behandlingsmodellen. Det här bemötandet väcker mycket ångest och rädsla för att inte ses som sjuk och därmed inte få den hjälp hon är i behov av. Även Ann-Charlott beskriver hur hon tvivlar på om hon verkligen är tillräckligt sjuk och om hon är en tillräckligt intressant patient för sin terapeut då han säger att de ska träffas ett par gånger innan terapin fastställs. Sofia beskriver också hon hur hon upplever att personal på sjukhuset med blickar talar om för henne att hon tar upp plats för de som är sjuka på riktigt. Upplevelsen av att känna sig misskreditabel och inte sjuk på riktigt är alltså ett tydligt mönster i de självbiografier vi studerat.

6.5 Avståndstagande

Något som tjejerna i självbiografierna ofta upplever är att ingen förstår dem. I självbiografierna beskriver de det som om de är annorlunda, inte normala, utpekade, att alla stirrar på dem och så vidare. Följande citat, anser vi, tydligt beskriver just dessa upplevelser:

Stämpeln täckte hela ansiktet så alla elever skulle stanna upp och titta efter den märkliga flickan när hon passerade dem i skolans korridorer. Jag hade skrubbat och skrubbat under det

senaste året, året som hade gått sedan jag gjort mitt senaste försök att bli normal och gå i vanlig skola med vanliga ungdomar. Men stämpeln satt där den satt. Ingen på skolan, särskilt inte lärarna, skulle någonsin glömma vad som hänt förra året.

(Sofia Åkerman, 2004:39).

Goffman (2011) urskiljer tre olika typer av stigma i sin teori kring detta fenomen. Två av dessa kan vi urskilja att tjejerna upplever i sina självbiografier. Den första är kroppsliga missbildningar, detta kan kopplas till de fysiska attributen av sjukdomen. Vid anorexia nervosa är patientens vikt låg och det finns en generell avmagring, kinderna är ofta insjunkna, benknor tenderar att träda fram tydligt vid höftben och knä, huden är ofta torr, fjällig och guldfärgad. En fin behåring ses också ofta i nacke, på armar och ben på individer med anorexia (Häglöf, 2002). Dessa yttre attribut är sådant som omgivningen ser och förhåller sig till. Det betyder dock inte att tjejerna alltid upplever dem eftersom deras kroppsuppfattning inte alltid stämmer överrens med verkligheten.

Den andra typen av stigma som Goffman (2011) urskiljer benämner han som fläckar på den personliga karaktären. Denna definition inrymmer bland annat brottslighet, viljesvaghet, underliga böjelser och drogmissbruk. Enligt den forskning vi tagit del av tenderar en del av allmänheten att döma anorektiker utifrån denna typ av stigmatisering. Detta kan vi utläsa då de uttrycker att individerna har sig själva att skylla för sjukdomen, kan ta sig samman om de vill och agerar på följande vis för att få uppmärksamhet (Crisafulli et al. 2010, Crisafulli et al. 2008 & Stewart et al. 2006).

I självbiografierna beskriver tjejerna båda dessa typer av stigma i kontakt med såväl vården som omgivningen. Sofia beskriver tillexempel hur en läkare använder henne i utbildningssyfte för en läkarkandidat genom att på henne visa på de tydliga fysiska kännetecknen för anorexia. Vid ett annat tillfälle beskriver Sofia hur hon efter en kollaps uppsöker sjukhus. Hennes ena arm domnar bort och hon ser nästan ingenting på sitt ena öga. Läkaren talar om för henne att det beror på anorexian och att det blir så när man inte äter. Därefter blir hon hemskickad. Även Ann-Charlotte upplever hur en läkare nonchalerar hennes sjukdom, då hon laxerat innan en vägning och läkaren tycker att det är väl bara att sluta med det.

Några av tjejerna lyfter också fram hur de upplever att omgivningen blivit rädda och hur till exempel vänner har skrämts iväg under sjukdomsförloppet. Lina beskriver i sin självbiografi hur en nära vänskap trasats sönder av anorexian. Hon upplevde att han blev rädd när hon blev så personlighetsförändrad. Även Sofia beskriver hur folk i hennes närhet blivit rädda för henne. Folk blev rädda för hennes självdestruktiva beteende och hon blev bl.a. portad från skolan. Lundberg (2010) lyfter upp en aspekt av stigma som innebär att fenomenet har sitt ursprung i människans natur att undvika faror. Denna typ av stigmatisering är inte primärt riktad mot individen utan mot individer eller grupper som uppfattas utgöra ett hot mot till exempel vår säkerhet, hälsa eller grundläggande värderingar. Lundberg menar att dessa uppfattningar är socialt konstruerade och ger uttryck för samhällets normer och värderingar. Vidare lyfter han fram att desto mer ångest och rädsla hotet framkallar hos omgivningen desto starkare blir den stigmatiserande reaktionen från densamma.

Detta är en intressant aspekt att lyfta då, framförallt, Sofia i sin självbiografi beskriver flera situationer inom skolan där både klasskompisar, föräldrar och lärare reagerat med avståndstagande på hennes många historier om tiden på psykiatrisk vårdavdelning. Lärarna reagerar också starkt på alla de mörka uppsatser hon skriver. Med Lundbergs (2010) aspekt på stigma skulle detta agerande kunna förklaras som en reaktion på en fara. Ett hot mot de andra elevernas hälsa och säkerhet, då föräldrar och lärare är rädda att övriga elever ska påverkas negativt av Sofia.

6.5.1 Att bryta avståndstagandet och skapa en ny identitet

Många av tjejerna i självbiografierna beskriver hur deras anorektiska beteende är en stor del av deras identitet. Ann – Charlotte berättar i sin bok, om hur hennes terapeut säger åt henne att eftersom det anorektiska beteendet så länge varit en del av henne, så är det inte bara att bestämma sig för att nu bli fri från denna del. Denna identitet är ofta starkt förknippad med individen vilket gör att individen inte enbart ska skapa en ny identitet för sig själv utan även för sin omgivning (Buhl, 1993).

Glant (2011) förklarar att genom sitt arbete som socionom och psykoterapeut, med inriktning på ätstörningar har hon ofta blivit vittne till den vilshenhet och tomhet som ofta drabbar många individer då de är på väg att lämna ätstörningen bakom sig. Ätstörningen har kommit att

verka som en identitet för individen. Detta kan även kopplas till Goffmans teori (2011). Han beskriver hur individen kan känna en ambivalens när denne inte längre kan leva upp till den identitet som individen, tillsammans med omgivningen, skapat sig. Buhl (1993) beskriver även hon den här ambivalensen hos individer med anorexia. Hon menar å ena sidan vill man bli hjälpt ut ur sjukdomen, å andra sidan gör man allt för att undvika att ta emot hjälp. Nedan beskriver Lina hur hon upplevde omgivningens förväntningar och bemötande:

Omgivningen kanske förväntade sig att jag skulle bete mig på ett visst sätt som egentligen var anorektiskt, eftersom man vant sig vid anorektikern Lina. Att bryta sådana förväntningar fordrar styrka, men nu vågade jag trotsa dem.

(Lina Strandberg, 2009:101).

Vi kan utläsa av Linas citat att omgivningen och dess förväntningar tycks utgöra en stor press på henne. Även Tina beskriver liknande situationer i sin bok:

Ibland kan jag känna att jag måste äta bullar och fet mat för att bevisa för alla andra att jag är frisk.

(Tina Nordlund, 2007:194).

Andra lämnade mat för att den inte var god, men jag känner att jag måste äta för att bevisa att jag är frisk.

(Tina Nordlund, 2007:195).

Tjejerna i självbiografierna har under lång tid haft ett anorektiskt och avvikande beteende i förhållande till sin omgivning. De upplever en svårighet i att ”tvätta bort” (vår formulering) denna identitetsstämpel och beskriver i sina böcker att normativa beteenden som att lämna mat för att den inte är god är inget alternativ för dem. De menar att de då är rädda för att omgivningen ska betrakta detta som ett sjukdomssymtom och därmed också bemöta dem som om de är sjuka igen. Lundberg (2010) nämner att ofta upplever den stigmatiserade personen hur dennes självkänsla och välbefinnande påverkas negativt en lång tid efter att sjukdomssymtomen minskat och den sociala funktionen förbättrats. Vi menar därmed att det tycks finnas svårigheter i att skapa sig en ny identitet då omgivningens förväntningar inte alltid befinner sig i fas med individens. Det krävs stort mod och styrka hos den

stigmatiserade individen att överbevisa sin omgivning om sin nya identitet då detta uppenbarligen kan ta lång tid.

6.6 Vidmakthållande

Det finns ofta flera olika faktorer som bidrar till att vidmakthålla anorexia nervosa. I detta avsnitt kommer vi främst att lyfta de utifrån styrda faktorerna som ofta återfinns i interaktionen mellan tjejnerna och deras omgivning. Gemensamt för dessa är att de tillsammans bildar en nedåtgående spiral i individens sjukdomsprocess (Ghaderi & Parling, 2007).

6.6.1 Ordens och tankarnas makt

Tjejnerna upplever i många fall en inre röst som säger åt dem vad andra tycker och tänker om dem. Sofia beskriver i citatet nedan hur hennes inre demon *Lucifer* talar om för henne hur omgivningen ser på henne:

Hur fan kan du sitta och stoppa i dig godis när andra ser på?
Fattar du inte vad de måste tänka om dig nu? De tycker du är en självisk, uppmärksamhetssökande, svag typ som kaxar sig om hur sjuk du har varit i anorexi. Och sedan sätter du dig i soffan och äter godis! Du har så jävla dålig karaktär!

(Sofia Åkerman, 2004:88).

Buhl (1993) menar att anorektikern ofta blir styrd utifrån. Individen är ofta psykologiskt beroende av andra för att få veta vad hon/han ska göra, känna och mena. Individen har ofta problem med att skilja mellan egna behov och andras förväntningar. Detta kan vi återkoppla till alla de självbiografier vi studerat. Vidare kan vi även återkoppla det till Lundbergs (2010) teori om självstigma som innebär att individerna gör sina egna och omgivningens fördomar till sin egen sanning.

Gahderi och Parling (2007) beskriver tankarna, ordens makt och förmågan att relatera som viktiga processer vid anorexia. Redan som barn lär vi oss att tro på de ord som förmedlas till oss, till exempel genom våra föräldrar. Många av dessa instruktioner är livsviktiga för oss i lärandet om vad som är farligt och inte. Det som vållar problem är när individen inte kan urskilja vad som är trovärdigt och orden får en makt som de inte bör ha i vissa sammanhang. De menar vidare att anorektiker ofta har svårt att veta just var gränserna går för deras ord och tankar. Tanken: ”jag är värdelös” blir lika sann för en anorektiker som tanken ”jag läser dessa ord just nu” (Gahderi & Parling, 2007:53). I självbiografierna beskriver tjejerna att de ofta upplever att omgivningen betraktar och dömer dem som fula, feta och värdelösa. Omgivningen behöver nödvändigtvis inte uttala detta i ord utan i många fall är detta något som tjejerna tror sig veta att omgivningen tänker:

Det kändes som om alla på festen tittade på mig, och jag tyckte att deras blickar sa att jag var ful och att de undrade varför jag var där. Deras blickar sa saker som att de inte ville ha mig där, och att jag är äckligt tjock, fet och ful. Jag riktigt såg på dem hur de undrade hur jag kunde visa mig ute bland folk när jag är så fet och ful.

(Hanna Österberg, 2007:76).

Hur ska jag kunna bejaka livet när man ser ondskan även här? Falska människor, människor som säger saker med munnen, saker som låter bra, men som visar något annat med ögonen. Är alla sådana? Nej, nej skriker min förnuftiga del, du vet att det även finns underbara människor, här och ute i världen. Men ormen är stark, den har svar på alla mina tankar och funderingar, den har övertaget och säger att man inte kan lita på någon.

(Ann-Charlotte Daher Larsson, 1990:7).

Dessa tankar får ett stort utrymme hos tjejerna och de beskriver att de upplever sig själva som maktlösa inför dessa tankar. De har en föreställning i mötet med andra att dessa dömer och ser dem på samma sätt som de ser på sig själva, vilket i sin tur medför att de vidmakthåller ett

stigmatiserande tankesätt. Ofta upplever tjejerna en missförståelse från omgivningen, en konsekvens som inte sällan leder till ett vidmakthållande av deras tankar.

Buhl (1993) hävdar att, för anorektikern, olämpliga kommentarer från omgivningen kan påverka anorektikern till att fortsätta sin ansträngning för att gå ner i vikt. Tina Nordlund förklarar hur hon ofta upplevde kommentarer från sin dåvarande pojkvän som drivmedel till att inte vilja gå upp i vikt. Det kunde vara kommentarer som att pojkvännen inte ville vara ihop med någon "fetknopp" (Nordlunds formulering). Även Hanna Österberg berättar att hon efter en sommarledighet får höra från sin arbetskollega att hon tycker att hon har gått upp i vikt och hon undrar om hon är med barn. Ofta så framstår en del av de kommentarer som tjejerna beskriver i sina böcker som relativt harmlösa för en "frisk" (vår formulering) person. För en person som är drabbad av anorexia kan ett sådant bemötande fungera som ett vidmakthållande av de "sjuka" (vår formulering) tankarna.

6.6.2 Samhällets ideal

Tjejerna i självbiografierna reflekterar en hel del över samhällets svåruppnådda och onaturliga kroppsideal. De menar att kroppsidealet påverkar hur omgivningen bemöter dem. Nedan följer två citat som, enligt tjejerna i självbiografierna, på olika sätt beskriver hur tjejer och kvinnor förväntas vara:

Det är "gå ner i vikt-löpsedlar" överallt. Och bara tjejer på framsidan. En tjej måste ha allt; utseende, utstrålning, styrka, vara glad, lugn, vältränad, duktig – och tillgänglig.

(Tina Nordlund, 2007:147).

Mamma förstod kanske något bättre vad som rörde sig inom hennes dotter, kanske för att hon också var kvinna och en gång i tiden hade sett modellerna på reklampelarna hånskratta.

(Lina Strandberg, 2000:36).

Enligt Skårderud et al. (2010) skiljer sig ätstörningar från andra psykiatriska sjukdomar så tillvida att sociokulturella faktorer i hög grad påverkar epidemiologi, symptom, utveckling

och etiologi. Författarna menar vidare att Hilda Bruch var en pionjär inom ätstörningsområdet med att lyfta fram de kulturella faktorernas roll för utvecklandet av sjukdomen. I västvärlden har smalhet hos kvinnor blivit en symbol för framgång, kontroll, kompetens och sexuell attraktivitet (Edlund, 2003). Edlund menar vidare att dessa ideal överförs till barn redan i tidig ålder, bland annat via de orealistiskt smala kroppsideal som till exempel förmedlas via dockor som Barbie och Ken. Även de ungdomstidningar som tonåringar läser är fulla med budskap om ätande och kroppsideal. Dessa kroppsideal kan jämföras med de som förmedlas i veckotidningar som är avsedda för vuxna kvinnor. Detta bidrar till ett synsätt om att flickor och kvinnor ska vara smala (ibid).

Många i samhället eftersträvar de smala idealen och reflekterar inte nämnvärt över att idealen är onaturliga. Detta menar Mond et al. (2006) delvis kan bero på att idealen förknippas med fotomodeller och kändisar. Detta sammankopplas i sin tur med framgång och lycka och *inte* med sjukdom. I Mond et al.'s studie studien framkom även att många respondenter önskade att även de hade haft samma karaktär att hålla igen med maten och därmed gå ner i vikt. Vi menar att detta förhållningssätt även kan påverka hur bemötandet av anorektiker ter sig. I självbiografierna berättar tjejerna att människor i deras omgivning ofta jämför dem med idealen och påpekar att de inte är så smala och därmed heller inte sjuka. Till exempel beskriver Hanna hur en kille sade till henne att det inte syntes att hon hade anorexia, då han inte ansåg att hon var speciellt smal. Även Tina beskriver hur hennes dåvarande pojkvän hade svårt att förstå att hon hade anorexia då han inte upplevde henne som särskilt smal.

Tina tillhör till skillnad från de andra tjejerna i självbiografierna en kultur inom samhället, som även den har stort fokus på kropp och ideal, nämligen elitidrotten. Tina beskriver hur idrottsvärldens krav ofta krockar med de krav som i övrigt ofta ställs på tjejer i samhället. Normen inom idrotten är att vara vältränad och kroppen är det verktyg som används för att prestera. Denna prestation är det som är det viktiga och därför eftersträvar idrottarna att "trimma" (vår formulering) kroppen så mycket som möjligt. Detta innebär mycket muskler och lite fett. Tina berättar bl.a. att fettest hos fystränaren hörde till vanligheten:

Fystränaren var nöjd, jag hade skött min träning exemplariskt. –
Men min mens då? Frågade jag. Jag har ju ingen mens? – Den
kommer tillbaka, sa han. Gå inte ner mer i vikt nu, så kommer
mensen tillbaka. Hade det handlat om anorexi skulle du inte ha

så mycket muskler på kroppen. Det var en bekräftelse, på sitt sätt, men samtidigt blev jag tveksam. Var jag verkligen tvungen att träna och leva så här för att sköta min fysträning på ett bra sätt? Jag antog det.

(Tina Nordlund, 2007:120).

Dessa sociokulturella normer inom idrottsvärlden verkar för många på samma sätt som skönhetsidealen i övriga samhället, nämligen som en vidmakthållande faktor. För Tinas del bidrog fystränarens utlåtande till en bekräftelse och medförde en gnista till att hålla igång hennes, redan då födda, ”sjuka” tankar.

7 Diskussion

Vi ville i vår frågeställning ta reda på hur tjejer med anorexia nervosa upplever att de blir bemötta av sin omgivning. Vi ville även studera gemensamma teman i tjejernas berättelser om hur de upplever bemötandet från omgivningen. Vi upptäckte flera gemensamma teman när vi studerade självbiografierna bland annat att de ofta kände sig avvikande och stämplade av sin omgivning. Främst då av vårdpersonal och människor som inte stod dem särskilt nära. I och med detta föll vårt val av teori på Erving Goffmans teori om stigmatisering. Vi vill poängtera att tjejernas upplevelser av bemötandet från omgivningen inte enbart är stigmatiserande och negativt. De beskriver även flera fina och positiva kontakter och möten med omgivningen. Vi valde ändå att utgå från Goffmans teori då vi ansåg att många av tjejernas upplevelser kunde förklaras utifrån denna.

Vi har även kunnat utläsa en del vidmakthållande faktorer som bidrog till att tjejerna höll kvar vid sina sjuka tankar och sitt sjuka beteende. Ett exempel på vidmakthållande faktorer kunde vara små kommentarer från omgivningen. Kommentarer som egentligen inte var ont menade, men som fick orimliga proportioner i tjejernas öron. Samtliga tjejer i självbiografierna beskrev hur de ofta upplevde att omgivningen såg dem som tjocka och fula, vilket också var den bild de hade av sig själva. De oskyldiga kommentarerna bidrog till att

stärka deras redan negativa självbild och blev, för dem, ett kvitto på att omgivningen såg på dem så som de såg på sig själva. De berättade även hur samhällets kroppsideal bidrog som ”bränsle” till deras sjuka tankar. Flera av tjejerna upplevde modebilder som oerhört provocerande och de tyckte att modellerna ”hånkrattade” åt dem som var så tjocka och fula.

Tina Nordlund berättar hur hon upplevde att idrottsvärldens ideal ofta krockade med samhällets kroppsideal vilket bidrog till ännu större fokus på kroppen. Inom idrottsvärlden var det viktigt att prestera och därmed bygga en funktionell kropp. Muskler var där en viktig ingrediens medans samhällets kroppsideal signalerade späda armar och slanka ben. Hon upplevde att det var svårt att vara en toppresterande elitidrottare samtidigt som hon ville vara attraktiv som kvinna med kvinnliga former. En aspekt som vi anser är intressant är att inom idrottsvärlden är det legitimt att ha regelbundna fetttester, vägningar och fysiska tester där styrka, spänst och uthållighet testas. Detta beteende bemöts som helt naturligt inom elitidrotten medan det i en annan kontext skulle bemötas som onormalt. Tina åskådliggör i sin bok att även hon vid ett tillfälle ställde sig frågande till elitidrottarens levnadssätt. Hon hade vid det tillfället pressat sig till att förlora så mycket kroppsfett att hon till och med förlorat sin menstruation. Detta var inget som hennes fystränare ansåg som alarmerande utan han ansåg att hon skött sin träning utmärkt. Han uppmanade henne bara att inte gå ner mer i vikt och förklarade för henne att hade hon haft anorexia så skulle hon inte ha haft så mycket muskler. Detta får oss att reflektera över hur lätt det är att glömma människan bakom prestationen men även hur präglade vi är av idealen och hur dessa bidrar till hur vi bemöter varandra. Vi återkopplar detta till Goffman (2011) som menar att de personer som tillhör en viss kategori också förväntas tillämpa denna kategoris normer. I detta fall idrottens normer där kroppen är maskinen som står för prestationen. Tina var över tjugo år när denna händelse inträffade men litade ändå på sin tränare, trots att hon inom sig ifrågasatte detta levnadssätt. Vad händer när tjejerna är yngre och mer påverkbara utsätts för dessa ideal? Hur kan vi som föräldrar och anhöriga bemöta detta som fel då det i denna kontext anses som naturligt?

Tjejerna beskriver ofta att de bemöts som om de inte har en riktig sjukdom och hur de önskar att de hade haft ett konkret fysiskt handikapp så att alla kan se att de är sjuka, detta benämner Goffman (2011) som ett misskreditabelt stigma. Han menar att individen är säker på att omgivningen inte kan se och förstå deras stigma. Tjejerna beskriver också hur omgivningen bemöter dem som friska så fort de gått upp i vikt. De kunde till exempel säga till tjejerna att det var skönt att se att de mådde bättre. Sådana kommentarer medförde att tjejerna upplevde

sig som missförstådda. De menade att för omgivningen handlade anorexia bara om vikt medan det i själva verket, för dem, handlade om mycket mer. De beskriver att deras anorexia en gång började som ett uttryck för att åskådliggöra något annat. Denna inre känsla försvann inte bara för att de började gå upp i vikt vilket de upplevde att omgivningen tycktes tro. Enligt detta så tycks det stigmatiserade bemötandet hänga ihop mycket med de yttre attributen för tjejerna. Vi menar att det är viktigt att se hela människan bakom sjukdomen och efter att vi studerat självbiografierna förstår vi att det är lika viktigt att den drabbade får hjälp med att bygga upp sin inre styrka och sitt sociala nätverk som att nå upp till sin normalvikt.

Den litteratur vi tagit del av beskriver att samsjukligheten när det gäller anorexia nervosa är relativt vanligt förekommande. Detta innebär att personer med anorexia nervosa ofta har andra psykiska besvär. Detta anser vi är viktigt att ha kunskap om när man som professionell bemöter anorektiker. Vi menar att denna kunskap kan bidra till en ökad förståelse och en möjlighet att sätta in rätt behandling i ett tidigt skede. Att omgivning och vårdpersonal har en förståelse för de psykiska aspekterna av sjukdomen kan, enligt oss, medföra en minskning av känslan att inte vara sjuk på riktigt.

En av tjejerna, Sofia Åkerman, beskriver hur hon bemöttes i skolan av lärare och skolsköterska med förståelse men hur hon sedan upplevde att de, bakom hennes rygg, tog avstånd från henne. Hon upplevde att de inte hade någon förståelse för hennes mörka uppsatser och teckningar utan de ansåg, enligt Sofia, dessa som obehagliga och skrämmande. Sofia berättade ofta om sina erfarenheter från psyket för de andra eleverna, det var det enda hon hade att delge dem. Även detta bemöttes av barnens föräldrar med avståndstagande och bidrog till att hon så småningom fick sluta skolan. Att omgivningen bemötte Sofia med avståndstagande kan kopplas till Lundberg (2010) som i sin avhandling beskriver hur stigma är universellt och verkar som en funktion för gruppen, individen eller samhället i att undvika fara. Vi ställer oss frågande till hur skolpersonal agerade i denna händelse. Vi förstår samtidigt att då vi endast tagit del av Sofias berättelse är det svårt att se helhetsbilden. Vi frågar oss dock vilka resurser som finns inom skolan för att hantera denna typ av problem? Det är vanligt förekommande bland de tjejer vars självbiografier vi studerat att de skriver mörka dikter och målar mörka teckningar under sin sjukdomstid. Hur hanteras detta av lärare? Finns det en beredskap för att hantera barn och ungdomars mörka tankar? Enligt den bild som Sofia illustrerar i sin bok fanns inte detta på hennes skola utan problemet löstes genom att ta avstånd från Sofia och hon var tvungen att sluta skolan. Vi anser att detta är ett

viktigt och intressant problem att studera vidare då det som vuxen kan vara svårt att hantera när barn har mörka tankar. Det anses inte riktigt legitimt att tänka så som barn utan barn ska vara glada och bekymmerslösa.

Många av tjejerna i självbiografierna beskriver hur de upplevde att det var svårt att bryta det stigmatiserade synsättet och bemötande som ibland fanns gentemot dem. De upplevde att omgivningen förväntade sig att de skulle bete sig på ett visst sätt som anorektiker. Goffman (2011) beskriver hur stigmatiserade personer ofta upplever en ambivalens då de är på väg att lämna sin gamla identitet bakom sig. Samtidigt som man inte längre kan leva upp till den tidigare identiteten har man heller inte riktigt befast den nya identitet, varken hos sig själv eller hos omgivningen. Detta beskriver tjejerna bland annat i samband med måltider då de kände sig iakttagna. De upplevde att de hade svårt att lämna mat tillexempel för att de inte tyckte om den, vilket är normalt att göra ibland. I dessa situationer upplevde de att de måste äta upp bara för att inte omgivningen skulle bemöta dem och tro att de höll på att bli sjuka igen. Tina berättar att hon kunde känna sig tvingad att äta bullar och fet mat bara för att inte omgivningen skulle börja ana oråd. Detta är en balansgång som är svår att göra då det är lätt att förstå den oro som finns hos omgivningen om en nära anhörig varit sjuk. Samtidigt som de är vaksamma för nya symtom så måste de också våga släppa på den kontroll som de tidigare varit tvungna att ha.

Vi valde att utgå ifrån självbiografier i vår studie just för att vi var intresserade av att veta hur tjejerna själva ser på hur de blir bemöta av sin omgivning. Väldigt lite forskning har gjorts på hur de som är drabbade av anorexia nervosa upplever bemötandet. Den aktuella forskningen belyser främst hur vårdpersonalen och omgivningen ser på de som är sjuka. Vi menar att för utvecklingen av vård i samband med anorexia nervosa ska gå framåt är det också viktigt att ta del av de drabbades upplevelser under sjukdomstiden.

8 Referenslista

- ABK, Riksföreningen anorexia/bulimi kontakt (2012) ”Anorexia Nervosa” (Elektronisk) *Riksföreningen anorexia/bulimis officiella hemsida* http://www.abkontakt.se/index.php?option=com_content&view=article&id=171&Itemid=139 (2012-10-26)
- Andersson, B. (2009) *Berättelser om det kränkta rummet: processen i det terapeutiska rummet och betydelsen av bemötandeförloppet i återhämtningsprocessen vid allvarliga psykiska svårigheter*. Diss. Lund: Lunds universitet, 2009
- Ahrne G & Svensson P. (2008) ”Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen”. I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) *Handbok för kvalitativa metoder* Malmö: Liber
- Aspers, P. (2007) *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber
- Buhl, C. (1993) *Kampen om kroppen: om anorexi, bulimi och andra ätstörningar*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- Clinton, D & Norring, C. (2002) ”Historik” I David Clinton & Claes Norring (red) *Ätstörningar – bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* Stockholm: Natur och Kultur.
- Crisafulli, M.A. Thompson-Brenner, H. Franko, D.L. Eddy, K.T. Herzog, D.B. (2010) “Stigmatization of anorexia nervosa: characteristics and response to intervention” *Journal of social & Clinical Psychology* 29, 7, 756-770
- Crisafulli, M.A. Von Holle, A. Bulik, C.M. (2008) “Attitudes towards anorexia nervosa: The impact of framing on Blame and stigma” *International Journal of Eating Disorders* 41, 4, 333-339
- Daher Larsson, A.C & Herlofson, J. (1990) *Ormen och jag: [om en kamp mot anorexia]* Stockholm: Atlantis
- Dahlberg, K (2002) “Vårdlidande – det onödiga lidandet” *Vård i Norden* 22, 1, 4-8
- Edlund, B. (2003) ”Smalhetsideal och bantning bland barn och ungdomar – en översikt av aktuell forskning” I Birgitta Meurling (red) *Varför flickor? – Ideal, självbilder och ätstörningar* Lund: Studentlitteratur
- Folkhälsoinstitutet (2004) ”Prevention av ätstörningar – Kunskapsläget idag” (Elektronisk) *Folkhälsoinstitutets officiella hemsida* <http://www.fhi.se/PageFiles/3250/r200440preventionavatstorningar.pdf> (2012-11-20)

- George, L. (1997) "The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship" *Journal of Advanced Nursing* 26, 5, 899-908
- Ghaderi, A & Parling, T. (2007) Från självsvält till ett fullvärdigt liv: en ny KBT-metod i 6 steg. 1. utg. Stockholm: Natur och kultur
- Glant, H. (2011) *Sluta svälta: handbok för dig som kämpar mot anorexi*. 2. utg. Stockholm: Natur & Kultur
- Goffman, E (2011) *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. 3. uppl. Stockholm: Norstedt
- Hydén, L-C. (2008) "Berättelseforskning" I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Lappalainen, & Katarina Jacobsson (red) *Forskningsmetodik för socialvetare* Stockholm: Natur och Kultur.
- Hägglöf, B. (2002) "Somatiska aspekter vid anorexia och bulimia nervosa" I David Clinton & Claes Norring (red) *Ätstörningar – bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* Stockholm: Natur och Kultur.
- Jönson, H. (2010) *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete* 1. uppl. Malmö: Liber
- KÄTS, (2007) "Hur vanliga är ätstörningar?" (Elektronisk) *Kunskapscentrum för ätstörningar*
<http://www.atstorning.se/documents/Faktablad/Hur%20vanligt%20%C3%A4r%20%C3%A4tst%C3%B6rningar.pdf> (2012-10-26)
- Levin, C. (2008) "Att undersöka det sociala - några ingångar" I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Lappalainen, & Katarina Jacobsson (red) *Forskningsmetodik för socialvetare* Stockholm: Natur och Kultur.
- Lovell, D.M, Hill A.B. (1994) "Treatment or punishment?" *European Eating Disorders Review* 2, 4, 192-210
- Lundberg, B. (2010) *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Diss. Lund: Lunds universitet, 2010
- Meurling, B. (2003) "Din smala lycka – beskrivning av anorexia nervosa i självbiografiska texter" I Birgitta Meuling (red) *Varför flickor? – Ideal, självbilder och ätstörningar* Lund: Studentlitteratur
- Mond, J.M. Robertson-Smith, G. Vetere, A (2006). "Stigma and eating disorders: Is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community?" *Journal of Mental Health* 15, 5, 519-532
- Nationalencyklopedin (2012) "Anorexia nervosa" (elektronisk) *Nationalencyklopedins officiella hemsida* <http://www.ne.se/anorexia-nervosa> (2012-11-30)

- Nordlund, T & Bank, S. (2007) *Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi*. [Ny utg.] Älvsjö: Big bok
- Schmidt, U. (2003) "Aetiology of eating disorders in the 21 st century" *European Child & Adolescent Psychiatry* 12, 1, 30-37
- Skårderud, F. (2007) "Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A qualitative Descriptive Study" *European Eating Disorders Review* 15, 81-97
- Skårderud, F. Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2010) *Psykiatri: själ - kropp - samhälle*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Stewart, MC. Keel, P. Schiavo, S. (2006) "Stigmatization of Anorexia Nervosa" *International Journal of Eating Disorders* 39, 4, 320-325
- Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom: en bok om anorexia* Västerås: Författarhuset
- Vetenskapsrådet (2012) "Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning" (Elektronisk) *Vetenskapsrådet*
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2012-11-26)
- Åkerman, S. (2004) *Zebra flickan*. Västerås: Författarhuset
- Öberg, P. (2008) "Livshistorieintervjuer" I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) *Handbok för kvalitativa metoder* Malmö: Liber
- Österberg, H. (2007) *Varje dag har vi en liten tävling* 1. uppl. Stockholm: Hjalmarson & Högberg

9 Bilagor

9.1 Analysschema

Kränkning = rosa, mörkgrön och grå	Faktisk kränkning, upplevd kränkning, bestraffningar, ultimatum, övergrepp, omoraliska metoder, maktutövande, maktlöshet.
Bekräftelse = röd, turkos och mörkbrun, blå	Vänligt bemötande, att bli sedd, uppmuntran, stöd, (vilja bli sedd), uppriktighet, känna tillit.
Nonchalans = lila, grön och brun	Jag är inte sjuk på riktigt, nonchalans, känslökall, uppmuntran att gå ner/banta, fortsätta vara sjuk, ensam och övergiven, sviken.
Avståndstagande = orange, gul och svart	Ingen förstår mig, missförstådd, stigma, vidmakthållande, avskärmning.
Vidmakthållande = lila, gul och brun	Inte sjuk på riktigt tankar, inte sjuk på riktigt upplevelser/bemötande, stigma, vidmakthållande, uppmuntran att fortsätta vara sjuk, banta.