

”Ångest inför varje måltid”

En studie om familjers upplevelser och hanterande av en närståendes ätstörning

Av Daniela Bodell

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats SOPA63
HT13



Handledare: Yvonne Johansson

Abstract

Author: Daniela Bodell

Title: "Anxiety before every meal" - A study of families' experiences and handling of a family member's eating disorder

Supervisor: Yvonne Johansson

Assessor:

Eating disorders are seen as a growing and serious social problem everywhere in the Western world today. We see it in everyday life and in the social work practices. Eating disorders and overall problems with food are not new phenomena, but are seen as more acute problems today. This study is focusing on how the family members of an affected person experience and handle the process involving the illness. The study includes disorders as anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and general eating disorders. Written interviews have shown that relatives find it both stressful and complicated to have a member in the family affected by an eating disorder. The families have experienced a lot of conflicts, but the relations within the families have grown stronger along the process. The study has shown that also within one family there are many ways to deal with the eating disorders. This has been connected to theories of coping strategies, meaning strategies on how to cope in psychologically stressing and strenuous situations.

Keywords: *Eating disorders, Relatives, Family, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, Coping, Coping Strategies*

Innehållsförteckning

Förord	s. 4
Problemformulering	s. 5-6
Syfte	s. 6
Frågeställningar	s. 6
Förtydliganden	s. 7
Familj	s. 7
Kön	s. 7
Om ätstörningar	s. 8-9
Anorexia Nervosa	s. 9-10
Bulimia Nervosa	s. 10
Hetsättningsstörning	s. 10
Ätstörning UNS	s. 10-11
Tidigare forskning	s. 11
Maktlöshet	s. 11-12
Syskon	s. 12
Vård	s. 12
Upptäckt	s. 13
Skuld	s. 13-14
Föräldrar	s. 14-15
Teori	s. 15-17
Metod	s. 18
Val av metod	s. 18-19
Urval	s. 19-20
Genomförande	s. 20-21
Analysförfarande	s. 21
Tillförlitlighet	s. 21-22
Forskningsetiska överväganden	s. 22-24
Metoddiskussion	s. 24-25
Resultat & Analys	s. 25-26
Svårt att acceptera ätstörningsproblematik	s. 26-27
Orsak – Svår att förstå	s. 27-29
Starka känslor	s. 29-30
Olika sätt att hantera en ätstörning praktiskt och känslomässigt	s. 30-33
Familjens upplevelser av behandlingen	s. 33-34
Familjens kontakt med vården	s. 34-36
Hur relationerna i familjen påverkades av ätstörningen	s. 36-37
Upplevelser av stöd för familjen	s. 37-39
Slutdiskussion	s. 39-41
Referenser	s. 42-43
Elektroniska referenser	s. 43
Bilaga 1	s. 44-45
Bilaga 2	s. 46

Förord

Jag vill först och främst tacka respondenterna som valde att ställa upp på att vara en del av min studie, för utan den tid och energi de lade på att svara på mina frågor hade uppsatsen inte varit möjlig. Jag vill även tacka *Riksföreningen mot ätstörningar – Frisk & Fri* för deras öppenhet, vilja och hjälp med att hitta passande personer till min undersökning. Även min handledare Yvonne Johansson har varit till stor hjälp under min uppsatsprocess, då alla synpunkter och råd kommit till användning. Vänner och familj som tagit sig tid att läsa igenom, lyssna på mina tankar samt bollat idéer med mig har också varit betydelsefulla i genomförandet av denna uppsats.

Daniela Bodell

Lund, januari 2014

Problemformulering

Ätstörningar är ett allvarligt folkhälsoproblem, som i växande grad drabbar unga såväl män som kvinnor. Mest frekvent är dock ätstörningsproblematik bland unga kvinnor, där mellan 7 och 13 % bedöms ha någon form av ätstörning. (Riksdagen, 2004)

Ätstörningar är idag ett aktuellt socialt problem som både är uppmärksammat och växer. Problematikens närvaro i dagens västvärld är svår att missa och ätstörningar är numer klassat som en folksjukdom i Sverige (Statens Folkhälsoinstitut, 2013). Bakgrunden till och utvecklandet av en ätstörning är multifaktoriellt (Clinton & Norring, 2002). De är ett resultat av olika biologiska, psykologiska, fysiologiska, sociala och kulturella faktorer som utspelar sig över en längre tid (Clinton & Norring, 2002). Det är därför svårt att identifiera vad ätstörningen egentligen kommer ifrån hos olika individer, vilket gör det till en komplex problematik.

Ätstörningar är ett samlingsbegrepp där bl.a. diagnoserna *Anorexia nervosa*, *Bulimia nervosa*, *Hetsättningsstörning* och *Ätstörning utan närmare specifikation* ingår. Grunden till de olika typerna av ätstörningar bygger enligt Clinton & Norring (2002) på negativ och felaktig kroppsuppfattning gentemot sig själv, vilket utspelar sig i en stor rädsla för att gå upp i vikt. Unga tjejer, i främst övre tonåren, är den grupp där ätstörningar är mest förekommande (Clinton & Norring, 2002).

Anhöriga till någon som är drabbad av en ätstörning, diagnostiserad eller inte, är en grupp som påverkas mycket (En närståendes handbok, 2011). Det finns ett stort behov av kontroll och perfektionism hos den som är drabbad av en ätstörning, vilket även påverkar personens omgivning (Clinton & Norring, 2002). Kontrollbeteendet handlar främst om situationer kring mat, men det kan ofta utspela sig på andra sätt också, då detta beteende är ett resultat av ångest (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011). I studier som gjorts av familjers upplevelser av en ätstörning framkommer känslor som maktlöshet, skuld, förtvivlan och oro. En ätstörning drabbar således fler än den som är sjuk och det har visat sig att där en person med en ätstörning finns påverkas hela familjen både praktiskt och känslomässigt (Dükler, 1995). Ett annat perspektiv på familjens roll kring en ätstörning är att deras stöd även är en viktig del vid behandlingen och tillfrisknande från sjukdomen, då tillfrisknade personer ofta i efterhand uttrycker att de anhöriga varit det viktigaste stödet (Clinton & Norring, 2002). Det är ofta även de närstående, främst familjen, som upptäcker ätstörningen och mer eller mindre tvingar den sjuke till sjukdomsinsikt och behandling (Clinton & Norring, 2002).

Det jag i denna studie ska undersöka är koncentrerat till familjens syn på, upplevelser och hanterande av, en närståendes ätstörning. Detta eftersom det i många fall enbart är den sjuke som hamnar i fokus, utan att familjen syns eller kommer till tals. Salvatore Minuchin (Clinton & Norring, 2002) står bakom utvecklingen av familjeterapeutiska metoder anpassade för just familjer där en ätstörning finns. Hans uppföljningsstudie vid Child Guidance Clinic i Philadelphia, USA, visar att 86 procent av sådana behandlingar gett positivt resultat (Clinton & Norring, 2002, s. 183). Det understryker hur viktig familjen kan vara i tillfrisknandet från en ätstörning, samt hur stor betydelse deras involverande kan ha i behandlingen. Trots detta uppmärksammas inte alltid familjens upplevelser av sjukdomen. Ätstörningar är ett socialt problem socionomer ofta möter i sin yrkesroll och i det sociala arbetet är det viktigt att belysa problem utifrån fler perspektiv än ett. Eftersom familjen till någon med en ätstörning påverkas kan de också ses om en del av sjukdomsprocessen trots att de själva inte är sjuka. Därför är det viktigt att familjens roll i ätstörningsproblematiken lyfts fram istället för att glömmas bort.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur familjen till någon med tidigare ätstörningsproblematik upplevde och hanterade den process som ätstörningen innebar. Likaså är syftet att undersöka familjens upplevelser av stöd under problematikens närvaro.

Frågeställningar

- Hur har familjen till en person med tidigare ätstörningsproblematik upplevt sjukdomsprocessen?
- Hur har familjen till en person med tidigare ätstörningsproblematik hanterat den process som ätstörningen innebar?
- Hur upplever familjen till en person med tidigare ätstörningsproblematik att möjligheterna till stöd under problematikens närvaro var?
- Hur kan familjens upplevelser av en närståendes tidigare ätstörning förstås som process?

Förtydliganden

Familj

Då familjer kan se väldigt olika ut och finnas i många olika konstellationer vill jag förtydliga hur jag definierar familj i min uppsats. Jag har koncentrerat mig på den drabbades närmast stående personer, som själva ser sig som den drabbade personens familj. Tio personer deltog i min undersökning och av dem har endast två personer *inte* ett släktbundet band till den drabbade personen, vilket innebär att åtta har det. Som släkt i detta fall räknas föräldrar, syskon och mor-/farföräldrar eller samboende till någon av dessa. De två personerna utan släktband har varit sambo med personen som haft en ätstörning och har på så vis ansetts vara familj i personens liv under sjukdomsperioden, eftersom de vid detta tillfälle levte allra närmast den drabbade personen. Jag har i resultatet och analysen i de flesta fall bortsett både från vilken roll respondenterna har i familjen och deras ålder. Detta då jag bedömt att materialet i denna studie är för litet för att dessa faktorer ska få något utrymme i min undersökning.

Kön

Min undersökning belyses inte ur kön- och genusperspektiv, trots att fördelningen av ätstörningsproblematik är relativt könsinriktad. Clinton och Norring (2010, s.75-77) menar att forskning visar att endast cirka tio procent av de som är drabbade av en ätstörning är män. Det finns flera feministiska teorier kring ätstörningsproblematiken just eftersom uppdelningen av de drabbade ser ut som den gör. Många menar därför att det perspektivet är av stor betydelse. Eftersom min studie begränsar sig till familjernas upplevelser har jag valt att utesluta denna aspekt. Kön på de drabbade eller intervjuade har helt enkelt inte någon direkt påverkan på min studie. Något jag trots det uppmärksammat är hur böckerna om ätstörningar är skrivna. Författaren använder ofta ordet *hon* när den sjuke beskrivs. Det ger bilden av att ätstörningsproblematiken endast rör det kvinnliga könet, då det förutsätter att det enbart skulle vara tjejer som drabbas. Det menar dock Clinton och Norring (2010) inte är fallet.

Om ätstörningar

Ätstörningsbegreppet är relativt nytt och började inte uppmärksammas och dokumenteras på allvar förrän för 100-150 år sedan (Clinton & Norring, 2002, s.19). Problem med mat och självsvält fanns innan dess, även om det inte definierades som ätstörningar. När tydliga mönster i problematiken framkom började den även tas på allvar. Ätstörningar är egentligen ett samlingsbegrepp för olika typer av störda förhållanden till mat. Vad som karakteriserar ätstörningar är alltså störningar i ätbeteendet och kroppsuppfattning samt en strikt vilja att kontrollera sin vikt (Clinton & Norring, 2002, s. 19-27). För att ett sådant beteende ska klassas som en ätstörning upprepas det under en viss tid, vilket leder till försämrad hälsa och lidande på olika sätt. Både för den drabbade och dennes omgivning. En person med negativ självbild eller någon som försöker gå ner i vikt tillfälligt behöver alltså inte ha en ätstörning. När det beskrivna beteendet däremot börjar styra personens liv och viktiga beslut är det allvarligt (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.11).

Beskrivningarna av ätstörningar har dock förändrats de senaste decennierna. Clinton och Norring (2002, s. 39) menar att detta beror mycket på att kunskapen kring ämnet ökar hela tiden, som ett naturligt resultat av utvecklat intresse och mer forskning. Det finns ingen etablerad definition av samlingsbegreppet *ätstörningar*. Grunden till den frånvaron ligger med stor sannolikhet i att störningarna, behandlingarna och orsakerna till dem kan se så olika ut. Att symptomen är många och kan te sig på olika sätt bidrar också till att det inte finns någon tydlig definition av begreppet ätstörningar (Clinton & Norring, 2002, s. 32). I ”Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder” (Clinton & Norring, 2002, s.27) finns en föreslagen definition som 2002 gjordes av de två ätstörningsexperterna Fairburn och Walsh som lyder:

Med ätstörning avses en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk eller psykosocialt fungerande. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd allmän medicinsk åkomma (t.ex. en hypotalamisk tumör) eller någon annan psykiatrisk störning (t.ex. ångestsyndrom). (Clinton & Norring, 2002, s.27)

Enligt Clinton och Norring (2002) finns alltså inget tydligt eller enkelt samband mellan personlighet och ätstörning. Författarna menar att det inte är enbart en specifik personlighetstyp som drabbas, utan det kan vara i princip vem som helst. Debatten om uppkomsten av en ätstörning är bred och komplex, just för att det finns så många förklaringar. Riskfaktorer som bantning, negativa livshändelser, familjestruktur och personlighetsdrag som perfektionism, tvångsmässigt

beteende, negativ självbild och lydighet utgör en stor del av diskussionen (Clinton & Norring, 2002, s. 52). Många försök till förklaringar av uppkomsten av en ätstörning bygger alltså på vilka riskfaktorer som kan vara bakomliggande eller utlösande.

En övergripande förklaring till uppkomsten av en ätstörning är att biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer, och deras eventuella samband, är av betydelse. Ett annat sätt att förklara uppkomsten av ätstörningen på är som en utvecklingsprocess av olika faktorer. Clinton och Norring (2002) lyfter fram de fyra faktorerna: *predisponerande*, *utlösande* och *vidmakthållande*. Den första faktorn är vilken mottaglighet som finns för att utveckla en ätstörning, medan den andra är en specifik händelse som utlöser den. Det tredje är helt enkelt de faktorer som gör att det problematiska mönstret inte bryts (Clinton & Norring, 2002, s. 67-68). Ett samspel av en rad olika typer av faktorer på olika nivåer över en längre tid ligger alltså till grund för utvecklandet av en ätstörning (Clinton & Norring, 2002, s. 24). Eftersom avmagring egentligen är det enda kroppsliga tecknet på en ätstörning kan det vara svårt att upptäcka, speciellt då alla ätstörningar inte ens innebär några synliga förändringar (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.29).

Anorexia nervosa

Denna typ av ätstörning karaktäriseras av självsvält och undervikt (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.12). Den direkta översättningen av *Anorexia nervosa* är ”nervös aptitlöshet”. Det är dock ganska missvisande eftersom det oftast inte handlar om dålig aptit. Det brukar snarare handla om ett behov av att överdrivet kontrollera sitt matintag (Clinton & Norring, 2002, s.19).

I diagnosen ingår symtomen: tappad vikt i sådan utsträckning att personen är underviktig. Med det menas att personen ligger 15 procent under förväntad vikt i förhållande till ålder och längd. Menstruation uteblir tre månader i följd för kvinnor och förändringar gällande sexuell lust sker hos män, eftersom hormonerna påverkas av att inte kroppen får den näring som egentligen behövs. Negativ och felaktig kroppsuppfattning och dålig självkänsla grundar sig i vikt eller kroppsform hos en person med Anorexia nervosa. Personen är väldigt rädd för att gå upp i vikt och svälter därför sig själv. Sjukdomen har i tidigare kallats viktfoxi, men begreppet används inte idag då det kan uppfattas fel (Clinton & Norring, 2002 s. 29). För barn som fortfarande växer ingår även reducerad eller avstannande av kropps- och viktutveckling i diagnosen (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.12).

Det finns en uppdelning mellan Anorexia nervosa med självsvält och Anorexia nervosa med självrensning. Självrensning innebär att personen även använder sig av någon form av beteende som kompenserar för intaget av mat, exempelvis kräkningar eller användandet av laxermedel (Clinton &

Norring, 2002).

Bulimia nervosa

Översättningen av *Bulimia nervosa* är ”nervös omätlighet” och bygger på ordet hunger. Begreppet går att förstå som ”mycket stor hunger/omätlighet”. Även denna typ av ätstörning grundar sig i stor rädsla för att gå upp i vikt. Rädslan behöver dock inte övergå i sådana kroppsliga förändringar som Anorexia nervosa. En person med Bulimia nervosa, även kallat *bulimi*, behöver varken vara under- eller överviktig. Kriterierna för diagnosen Bulimia nervosa är att hetsätande i kombination med kompenserande beteende förekommer minst två gånger i veckan under en period av tre månader i följd. Hetsätningar kompenseras alltså med kräkningar, överdriven träning, strikta dieter eller användande av laxerande medel. Innebörden av hetsätning förklaras som att någon äter en större mängd mat än vad de flesta människor gör under samma tid och omständigheter. Hetsätningen sker under en avgränsad tid som sätts till två timmar. Känslan av att personen under hetsätning förlorat kontrollen brukar också tillhöra beskrivningen (Clinton & Norring, 2002, s. 29-30).

Hetsätningsstörning

B.E.D. är den engelska termen för hetsätningsstörning, vilket står för Binge Eating Disorder. Hetsätning utan kompensationsbeteende är också en typ av ätstörning som innefattar mycket ångestkänslor och psykiskt lidande. Denna diagnos bygger på den regelbundna känslan av förlorad kontroll kring ätandet, vilket består av större mängder föda än vad som anses vara normalt (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.19). Detta resulterar ofta i övervikt, och man beräknar att 30 procent av personer med kraftig övervikt lider av en hetsätningsstörning (En närståendes handbok, 2011).

Ätstörning UNS

Ätstörning utan närmare specifik är diagnosen som ställs på de som inte uppfyller alla krav för någon av de andra ätstörningarna. Mellan tre och sex av tio som söker hjälp för en ätstörning får inte någon av diagnoserna Anorexia nervosa eller Bulimia nervosa, då något av kriterierna saknas. Ett relativt vanligt exempel på detta är att menstruationen inte saknas hos en kvinna, men att ätstörningen ändå är tillräckligt allvarlig för att klassas som sådan. Ett problem med denna diagnos är att den ofta utesluts från forskningar, vilket resulterat i kunskapsbrist om den. Det är även viktigt att poängtera att en person med denna diagnos inte är mindre sjuk på grund av den ospecificerade

diagnosen (Clinton & Norring, 2002, s. 30-31).

En variant av Ätstörning UNS är *Ortorexi*. Det innefattar en extremt nyttig kosthållning som ofta kombineras med överdriven fixering vid träning och hälsa. Tvånget av att uppfylla detta tar över alla tankar hos någon som är drabbad av Ortorexi (En närståendes handbok, 2011).

Tidigare forskning

Min undersökning bygger på den tidigare forskningen inom det område som min forskningsfråga behandlar. Den tidigare forskningen jämförs med mitt eget resultat och stödjer det genom parallellerna som dras. Tillsammans med teorin baseras även diskussionen kring mina frågeställningar på den tidigare forskningen. Då några av de presenterade studierna är gjorda för relativt längesedan har de även väckt frågor om hur utvecklingen sett ut och hur min studie kan visa det. En större del av den tidigare forskningen om närstående utgår från enbart föräldrars upplevelser av sitt barns ätstörning. Därför är det främst studier som rör föräldrar som kommer att presenteras. I den utsträckning syskonens upplevelser av en ätstörning i familjen har fått utrymme i studierna kommer även de att lyftas fram. I och med att jag undersökt hela familjens upplevelser skiljer sig min studie något från tidigare studier. Studier av familjeterapi som behandlingsmetod för ätstörningar visar ändå att hela familjen har stor betydelse för den drabbade (Clinton & Norring, 2002, s. 181). Baserat på min eftersökning inom detta område har jag upplevt att den vetenskapliga forskningen av just familjens upplevelser av en närståendes ätstörning är en aning begränsad. En anledning till att jag vill fokusera på hela familjen och inte enbart på föräldrarna i min studie är att det perspektivet inte belyses lika ofta. Flera av de studier som gjorts om ätstörningar, vilka främst gjorts genom samtal med föräldrar som berättar om sina upplevelser av den närståendes sjukdomsperiod, visar alltså att familjen spelar en betydande roll för någon som är drabbad av en ätstörning (Clinton & Norring, 2002, s. 181). Dessa påminner om min undersökning och några av dem kommer att presenteras nedan.

Jag har valt att försöka avgränsa de tidigare studierna till de som är gjorda i Skandinavien. Det är på dessa jag baserar min undersökning, med ett undantag för en brittisk studie. Anledningen till avgränsningen är att det finns vissa skillnader mellan länder och matkultur, även om ätstörningar är vanligt i hela västvärlden.

Maktlöshet

Peter Dükler skrev 1995 en rapport om fem familjer i olika konstellationer där någon var

drabbad av en ätstörning. Undersökningen gjordes genom samtal med föräldrar, för att kartlägga vilka tankar och känslor som kan finnas när ett barn har en ätstörning. Det framkommer att maktlöshet är det mest återkommande ordet när föräldrar beskriver känslan som finns i familjen där någon är drabbad av en ätstörning. Maktlösheten visar sig i att föräldrarna inte når ända fram till sitt barn. Detta har även att göra med att självsvält är en ond cirkel där näringsbristen gör att hjärnan inte fungerar som hos friska. De krafter som tvångsmässigt kontrolleras av sjukdomen tar därför över (Dükler, 1995). Föräldrar upplever också att de blir lurade och manipulerade av sjukdomen, som styr den sjukes beteende. En ätstörning handlar i många fall för den sjuke om att sätta strikta gränser som måste följas. Det resulterar i att gränser gentemot omgivningen också skapas, då den sjuke inte vill bli påverkad av upplevt motstånd och hot utifrån. Personen trycker då istället bort sina närstående. Det upplevs som påfrestande för relationer och många anhöriga till en person med en ätstörning känner sig därför just maktlösa (Dükler, 1995, s. 21-23).

Innan sjukdomsinsikt uppnås kan även den drabbade anklaga sin omgivning för att ljuga och få för sig att personen inte äter ordentligt (Dükler, 1995, s. 43). Det kan uppvisas en enorm ilska mot omgivningen, som i sin tur leder till konflikter. Att personen med en ätstörning vill kontrollera matlagningen i familjen är vanligt enligt berättelserna. Det starka behovet leder till stora gräl och konflikter som tär på alla i hushållet.

Jag är medveten om att den refererade studien är relativt gammal och inte dagsaktuell, men eftersom den bygger på egna upplevelser är min bedömning att den ändå är användbar. Vad som har förändrats mycket sedan 1995 är exempelvis forskning om hur en ätstörning utvecklas, medan anhörigas upplevelser kan vara desamma. Jag har i åtanke att rapporten är koncentrerad till Anorexi nervosa samt Bulimia nervosa medan min egen studie behandlar flera typer av ätstörningar.

Syskon

Syskon har först och främst beskrivit hur jobbigt det varit att se sina föräldrar ledsna och påverkade av ätstörningen som finns i familjen. Det är oftast även syskon som upptäcker ätstörningen först (Davidsson & Ringborg, 2011). Paradoxen som kan uppstå är om de ska ”svika” sitt syskon genom att avslöja dem, eller förlita sig på att syskonet inte skulle skada sig själv på det sättet en ätstörning gör (Davidsson & Ringborg, 2011). I Düklers (1995) studie beskrivs även hur svårt det kan vara när det finns fler än ett barn i familjen. Mycket kretsar kring sjukdomen och en balans mellan barnen måste hittas. Syskon till någon med en ätstörning kan känna sig åsidosatta och utanför, eftersom mycket av familjens energi och tid går åt till att försöka hjälpa den som är sjuk (Dükler, 1995).

Vård

I Düklers studie uppvisar föräldrarna ett missnöje gentemot sjukvården och hur de blivit bemötta. Det finns upplevelser av att sjukvården klandrar föräldrarna för deras barns sjukdom samt att de inte blivit tagna på allvar. Det ges konkreta exempel där föräldrar berättar hur vårdpersonal motarbetat både föräldrarna och tillfrisknandet. En del föräldrar har uttryckt efterfrågan om professionellt stöd särskilt för anhöriga. De upplever också ett enormt behov av stöd för sin egen skull, inte bara för sitt sjuka barn (Dükler, 1995, s. 48).

Anna Keski-Rahkonen, Pia Charpentier och Riikka Viljanen (2011), alla tre finska forskare och ätstörningsexperter inom psykiatrin, påvisar dock en utveckling i sin kunskapsguide för anhöriga från 2011, ”Jag har redan ätit – Att vara anhörig till någon som lider av ätstörning”. I den presenteras också anhörigas egna erfarenheter om en ätstörning som funnits i deras närhet. De anhörigas berättelser om stöd i denna studie visar sig vara mer positiva. Samtliga har fått professionell hjälp för att kunna hantera barnets ätstörning, både på egen hand och i familjen. Det har skett genom anhörigrupper där de kunnat utbyta erfarenheter och råd med andra i liknande situationer samt genom egen samtalsterapi utan den drabbade. Föräldrarna har upplevt stödet som en viktig del i behandlingen (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.200-203).

Upptäckt

Något som är uppmärksammas i Anna Keski-Rahkonen, Pia Charpentier och Riikka Viljanens (2011) studie är att det nästan alltid är de anhöriga som upptäcker och ifrågasätter ett ätstört beteende. Det hålls till en början ofta hemligt av den drabbade. Författarna menar att vikten av att omgivningen upptäcker att någonting inte står rätt till är stor i uppsökandet av hjälp. I början handlar det mesta om att symtomen och sjukdomen måste upptäckas och tas på allvar för att den drabbade ska kunna få hjälp (Davidsson & Ringborg, 2001, s. 73). Det är alltså de anhöriga som oftast tar kontakt med vården. Det är inte ovanligt att den drabbade förnekar allvaret och att ett problem finns. Istället anklagas de närstående för att de hittar på en sjukdomsbild. Det har visat sig att ätstörningar ofta utvecklas i hemlighet genom att kontrollbeteendet kring mat trappas upp och att det kan gå lång tid innan det upptäcks av omgivningen (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.29).

Skuld

Att vara närstående till en person med ätstörning är svårt, utmanande, frustrerande, deprimerande och väldigt tungt! Förutom att den anhöriga med ätstörning ofta är avvisande, hemlighetsfull, krävande, förtvivlad

och/eller allmänt omöjlig, så är det inte ovanligt att man möts av bristande kunskaper eller förståelse från personer i sjukvården. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.9)

Detta citat är en komprimering av vad en stor del av vad tidigare studier inom området visar och är uttryckt av den legitimerade psykologen Claes Norring, som även är expert på ätstörningar och forskare inom området (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.9). Anhöriga till någon med en ätstörning uttrycker ofta även skuld (Clinton & Norring, 2002, s. 179). Det är alltså inte ovanligt att närstående till den sjuke skuldbelägger sig själva. Sjuksköterskan Christina Lillman Ringborg skrev tillsammans Bulle Davidsson 2001 boken ”Matkampen – om ätstörning i familjen”. Den bygger på samtal med fem familjer i olika konstellationer som i en anhörigcirkel berättat om sina upplevelser av en ätstörning i familjen. Där har deltagarna menat att de känt ett behov av att hitta orsaken till sjukdomen och vad de själva gjort för fel. De uttrycker att de helt enkelt måste ha gjort något fel och skuldbelägger därmed sig själva. Även syskon har i efterhand känt att de hade kunnat ingripa tidigare.

Att ge sig själv skulden är dock en missledande tanke (Clinton & Norring, 2002, s. 179). Det går inte att anklaga någon för uppkomsten eller vidmakthållande av en ätstörning. Det har i flertalet studier visat sig vara föräldrar som i första hand klandrar sig själva för sitt barns ätstörning. Exempelvis lyfter Keski-Rahkonen, Charpentier och Viljanen (2011) i sin studie fram att även om den sjuke kommer från problematiska familjeförhållanden går det inte att klandra någon. Efter tillfrisknandet framkommer det dessutom ofta att den sjuke klassar omgivningens stöd, kärlek och empati som den mest bidragande faktorn till att tillfrisknandet var möjligt (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.47-48).

Föräldrar

2005 gjordes en vetenskaplig studie, publicerad i *The British Journal of Psychiatry* (Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W & Treasure J, 2005 s.444-449), om föräldrars erfarenheter av att ha ett barn med Anorexia nervosa. Som en del av deras barns behandling skrev 20 mammor och 20 pappor berättelser om sina upplevelser. Även denna studie visar att föräldrar ofta skuldbelägger sig själva för sitt barns ätstörning, främst genom att ifrågasätta sitt barns uppväxt. De menade alltså att de hade kunnat göra något annorlunda för att förhindra sjukdomen. Flertalet av föräldrarna menade även att sjukdomen gjorde deras barn mer beroende av sin omgivning samt att den drabbade uppvisade mycket låg självkänsla. Föräldrarna i studien beskrev att de hanterade det sjuka barnets sjukdom med hjälp av positiva tankegångar som väckte hopp och optimism, trots att de kände sig hjälplösa. Några försökte även sysselsätta sig så mycket som

möjligt för att distrahera sig själva från känslorna som sjukdomen framkallade. Sjukdomen beskrevs av flera föräldrar som något oberoende i förhållande till den sjuke, då ätstörningen benämndes som en fiende. I berättelserna framkom det även att hela familjen påverkades känslomässigt av ätstörningen. Resultatet av studien visar att kunskap och hjälp att hantera sitt barns ätstörning troligen skulle kunna förbättra situationen för hela familjen genom att de därigenom skulle kunna hjälpas åt att minska de vidmakthållande faktorerna (Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W & Treasure J, 2005 s.444-449).

Teori

Jag har valt att använda mig av en teori om copingstrategier, vilket inom psykologin beskrivs som någons förmåga att hantera krävande situationer med hjälp av just olika strategier. Det handlar om både känslomässigt krävande, psykiskt pressade och stressfyllda situationer (Lazarus & Folkman, 1984). Det finns flera teorier om coping och stresshantering men jag kommer utgå från psykologerna Richard Lazarus och Susan Folkmans (1984) teori om extern och intern coping, vilket även benämns som problemfokuserad och känslomässig coping. Främst kan denna teori användas på min studie som ett stöd för att tolka och förstå de anhörigas upplevelser eftersom psykiskt pressade situationer kan hanteras på många olika sätt, precis som teorin om copingstrategier visar. Teorin kommer därför kopplas ihop med mitt resultat för att visa hur familjerna hanterat den psykiska påfrestning de upplevt i samband med en ätstörning.

Jag har valt att hålla mig till endast Lazarus och Folkmans (1984) teori för att kunna göra en tydlig koppling till mitt empiriska material, då flera ingångar och perspektiv av teorin skulle kunna göra analysen något spretig. Jag är dock medveten om att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om jag utgått från ett annat perspektiv. Exempelvis hade respondenternas copingstrategiers processer kunnat *följas* och centreras på ett tydligare sätt än vad det ges utrymme för i min studie. Användandet av copingstrategier är enligt Lazarus och Folkman (1984) nämligen en process vid hanteringen av psykiska påfrestningar. Jag upplever därför att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om jag fokuserat på att enbart följa och analysera processerna, i stället för att jag nu knyter copingstrategierna till hur familjemedlemmar upplevt psykisk stress vid olika tillfällen och i olika situationer. I slutdiskussionen knyter jag däremot an till mina frågeställningar och hur processen av familjernas hanterande av en närståendes ätstörning varit synlig i min undersökning.

Det finns enligt Lazarus och Folkman (1984) inget rätt eller fel sätt att hantera psykisk påfrestning på utan det beror på individen själv. Eftersom familjen till någon med en ätstörning

utsätts för en påfrestande situation genom hela sjukdomsprocessen finns det också olika sätt att hantera det, vilket jag vill visa och analysera i denna studie (Lazarus & Folkman, 1984). Det är ännu en anledning till att jag valt just denna teori.

Det är enligt Lazarus & Folkman (1984) individuellt hur mycket och på vilka sätt en person påverkas av psykisk påfrestning och stress samt hur mottaglig någon är för det. Det finns vissa samband mellan personlighetsfaktorer, stress och psykisk påfrestning (Lazarus & Folkman, 1984). Dessa faktorer kan fungera som både orsak och verkan till varandra och avgör på vilka sätt och till vilken grad någon påverkas vid olika situationer (Karlsson, 2012, s. 532). Hur påverkad någon blir vid svåra situationer beror även på tillgången till individuella resurser i form av kunskap, personlighet och socialt stöd. Det är när dessa resurser inte räcker till som en person upplever inre stress och psykisk påfrestning (Karlsson, 2012, s. 536) och det är då copingstrategierna används. Copingstrategier, som exempelvis kan vara socialt stöd, är någons sätt att *hantera* situationer som för denne innebär skada, utmaning eller andra påfrestningar när de individuella resurserna överskridits (Östergren, 1995).

Målet inom psykoterapi, framförallt psykoanalytisk behandling som används för inre frigörelse och förändring, är ofta att utveckla copingstrategier för att lära sig hantera stress och psykiska påfrestningar (Lazarus & Folkman, 1991, s. 189). När copingstrategier används kan svåra känslor, påfrestningar och stress ändå upplevas uthärdligt, vilket alltså är strategiernas funktion. De två olika typer av copingstrategier jag kommer att utgå från är enligt Lazarus och Folkmans (1984) teori följande:

Problemfokuserad (extern) coping innebär att situationen hanteras genom att praktiskt hitta och försöka förändra orsaken till stressen. Genom att angripa orsaken och göra någonting åt den kan även stressen kring den hanteras på ett bra sätt. Att exempelvis sänka kraven på sig själv eller sin omgivning kan göra att personen även minskar påfrestningen som situationen bidrar med. Andra strategier kan vara att strukturera upp situationen med hjälp av rutiner, listor och planering samt bryta stressrelaterade mönster. Flykt och undvikande är exempel på en problemfokuserad copingstrategi, vilket innebär att någon önskar att situationen skulle försvinna och därför undviker den (Lazarus och Folkman 1987, s. 153).

Känslomässig (intern) coping går istället ut på att reglera de svåra känslorna istället för att ta itu med situationen som bidragit med känslorna. Då fokuserar personen på att hitta ett sätt att direkt bli av med känslorna istället för att förändra orsaken. Olika sätt att hantera stressen eller den psykiska påfrestningen är genom exempelvis motion eller distansering till känslorna (Lazarus & Folkman,

1984).

Lazarus och Folkman (1987, s. 153) presenterar följande sju exempel på känslorienterade copingstrategier som människor i psykiskt ansträngande situationer använder sig av:

Konfronterande – Någon står på sig och kämpar för sin åsikt eller vilja.

Distansering – Någon fortsätter som om ingenting hänt och tar således distans från den svåra känslan.

Självkontroll – Någon försöker hålla sina känslor för sig själv.

Socialt stöd – Någon väljer att prata med personer som kan göra något konkret åt problemet. Bidrar med upplevelsen av accepterande sympati och förståelse från någon annan.

Ansvar – Någon kritiserar sig själv och tar själv på sig ansvaret för situationen

Planerande problemlösning – Någon som vet vad som måste göras och fördubblar därför ansträngningarna för att få saker och ting fungera, exempelvis gör en handlingsplan som fullföljs.

Positiv omvärdering – Någon finner nytt hopp och ny tro samt återupptäcker det som är viktigt i livet.

Lazarus och Folkman (1984) utgår som tidigare nämnts från att coping är en *process* av känslor, strategier och förhållande till socialt stöd. Processen kan inte tas ur sin kontext utan måste ses i sin helhet för att innebörden inte ska gå förlorad. De utgår även från att coping förändras över tid, eftersom personen som upplever känslomässig eller psykisk påfrestning anpassar sig efter hur situationen och förhållandet till den utvecklas, för att på så sätt kunna förändra graden av påverkan. Det är viktigt att understryka att copingstrategier vid stressande situationer inte behöver se likadana ut för alla. Copingstrategierna förändras och anpassas konstant efter hur påfrestningen ter sig och uttrycks. Därigenom kan alltså samma strategier alltså användas på olika sätt. Hur de används påverkas även av den psykiskt pressade personens tidigare upplevelser av liknande känslor. Det är därför svårt, nästintill omöjligt, att avgöra om någon strategi är bättre än den andra eftersom personlighet och situation har stor betydelse för stresshanteringen. För den sakens skull innebär det inte att en viss personlighet i alla lägen passar en viss typ av copingstrategi, utan även det är individuellt. Strategier för att hantera svåra situationer kan även fungera bra kortsiktigt, men mindre bra långsiktigt och tvärtom. Användandet av copingstrategier i psykiskt svåra situationer kan göras medvetet såväl som omedvetet och behöver därför inte vara ett aktivt val (Lazarus & Folkman, 1984). Susan Folkman (2011, s. 5) menar att det finns könsrelaterade skillnader gällande användning av copingstrategier, vilket jag bortser från i min studie eftersom det i den inte finns

något sammanhang där jag anser att kön är aktuellt. Min undersökning fokuserar istället på hela familjen där någon tidigare haft en ätstörning. Jag anser därför att kön på den intervjuade är av underordnad betydelse i förhållande till mina frågeställningar.

Metod

I detta kapitel förklaras metoden som använts och valet av den. Kapitlet innehåller även en diskussion om både för- och nackdelar med den valda metoden. Det är tänkt att kapitlet ska ge förståelse för mitt val av metod samt hur och varför den fungerat för min studie.

Val av metod

Efter flera överväganden och påbörjade försök har jag valt att använda mig av personliga intervjuer online, det vill säga *skriftliga intervjuer*, som metod. Det påminner enligt Bryman (2011) om en personlig intervju som genomförts skriftligt istället för genom ett möte, vilket gör att det fortsättningsvis endast kommer att benämnas som just skriftliga intervjuer. Intervjuerna och den övriga kontakten har hållits med respondenterna via e-post.

Med frågeställningen färdig bestämde jag att någon form av intervjuer skulle vara mitt första alternativ gällande metod. Studien bygger på hur familjen till någon med ätstörningsproblematik upplevt och hanterat processen. Därför har deras möjlighet till att öppet berätta om erfarenheter varit viktig. Utgångspunkten var alltså att upplevelserna skulle kunna få stort utrymme och på så vis hamna i undersökningens fokus. Plats för intervjupersonens egna berättelser och speglingar, utan att de skulle påverkas av mig som intervjuare på ett allt för påtagligt sätt, har därför värderats högt i mitt metodval. Denna tankegång gjorde att mitt *första* val föll på semistrukturerade intervjuer genomförda med hjälp av en intervjuguide. I en sådan intervju är frågorna inte helt öppna med enbart frågor som ”varför?” och ”vad anser du om ...?”, men heller inte smala och strukturerade som exempelvis i en kvantitativ enkät (Bryman, 2011, s. 415). Det var viktigt för min studie att intervjupersonerna skulle få chansen att svara på ett fördjupat sätt och kunna utveckla sina svar under intervjun (May, 1997, s. 150). Utifrån det kravet gjorde jag en intervjuguide som intervjuerna skulle bygga på, vilken innehöll de frågor och teman som behövdes för att uppnå en intervju med möjlighet till fördjupade och utvecklade svar.

Det visade sig dock vara svårare att hitta intervjupersoner än vad jag från början hade trott, så jag fick helt enkelt tänka om. En förfrågan om skriftliga intervjuer via e-post gav en positivare

respons och snabbare svar från de tillfrågade än vad förfrågan om muntliga intervjuer gjorde. De semistrukturerade intervjuerna ändrades alltså till skriftliga intervjuer som skulle motsvara de muntliga och jag behöll därför de ursprungliga frågorna från intervjuguiden. På det sättet kunde möjligheten till att utveckla och fördjupa svaren behållas, även om intervjun genomfördes skriftligt. En skillnad från om jag hade genomfört de muntliga intervjuerna har varit att alla respondenter i mina skriftliga intervjuer svarat på exakt samma frågor då de tilldelats samma formulär, samt att min möjlighet att ställa följdfrågor under intervjun nu sett annorlunda ut (Se bilaga 1). Detta återkommer jag till i metoddiskussionen.

Urval

Urvalet av personer till min studie har varit *målinriktat* (Bryman, 2011, s. 434). Det innebär att respondenterna hittats för att specifikt passa in i min forskningsfråga. Det har i sin tur gjorts genom ett *snöbollsurval*, vilket innebär att jag tagit hjälp av sociala kontakter för att hitta passande personer till min undersökning (Bryman, 2011, s. 434). Eftersom min problemformulering koncentrerar studien till familjen till någon som tidigare haft en ätstörning är det personer som stämmer in på min definition av familj (se Förtydliganden, s. 4) som ingått i studien. Ett kriterium för urvalet var även att deltagarna i studien inte ska ha en familjemedlem som idag befinner sig i ätstörningsproblematik. Eftersom mina frågor bygger på specifika erfarenheter är det enbart de som passar in i den gruppen som kunnat svara på dem.

För att hitta rätt personer har jag tagit hjälp av *Riksföreningen mot Ätstörningar – Frisk & Fri*, som har en stor del verksamma anhöriga i sin förening (Riksföreningen mot ätstörningar - Frisk&Fri, 2013-11-10). Verksamheten sker främst genom ett mentorsprogram som finns för anhöriga, men det är även många anhöriga som engagerar sig på andra sätt. Exempelvis sker det genom att de stödjer drabbade personer och deras anhöriga genom specifika anhöriggrupper. Grupperna arbetar förebyggande inom ätstörningsområdet och försöker påverka för bättre vård (Riksföreningen mot ätstörningar - Frisk&Fri, 2013-12-25). Jag fick tillstånd att annonsera på deras hemsida och blogg om mitt sökande efter personer som kunde svara på min enkät. Det gjordes tillsammans med ett informationsbrev med mer information om min undersökning och dess syfte. Material som sedan också skickades till de som visade intresse för att delta i min undersökning. De som var intresserade av att delta i min studie fick alltså själva kontakta mig. Att personerna själva kontaktat mig visar att de gjort ett aktivt val att delta i min studie, vilket är viktigt ur ett etiskt perspektiv. Jag fick även tips om olika bloggar drivna av personer som blivit friska från olika ätstörningstyper. Genom författarna av dem har jag kommit i kontakt med deras familjer. Även de

har frivilligt svarat på min enkät efter att ha läst informationsbrevet och frågorna i intervjun (Se Bilaga 1 & 2). Samtliga personer jag varit i kontakt med har haft en positiv inställning till min studie om hur familjen till någon med en tidigare ätstörning upplevt det.

Genomförande

När jag påbörjade mitt arbete med de semistrukturerade intervjuerna gjorde jag en intervjuguide som intervjuerna skulle utgå ifrån. Nio rubriker fungerade som huvudsakliga teman, med vissa punkter under varje tema som specificerade vad jag ville veta (Bryman, 2011, s.419). Rubrikerna i intervjuguiden var: *1. Bakgrund, 2. Utvecklingen och upptäckten av ätstörningen, 3. Hur ätstörningen hanterades känslomässigt under problematikens närvaro, 4. Hur ätstörningen hanterades praktiskt under problematikens närvaro, 5. Upplevelser under processen från upptäckten till tillfrisknandet, 6. Upplevelser av möjligheter till stöd för anhöriga, 7. Upplevelser av det faktiska stödet för anhöriga under ätstörningen, 8. Behandling och tillfrisknande, 9. Övriga upplevelser och tankar.*

Trots den ändrade datainsamlingsmetoden utgick jag från min intervjuguide och använde samma rubriker i utformningen av den skriftliga intervjun, eftersom intervjuguiden innehöll vad min forskningsfråga omfattar. Jag lade däremot till specifika frågor under rubrikerna, för att kunna få så ingående svar som möjligt (Se bilaga 1). Jag fokuserade även på att frågorna skulle upplevas som öppna, så att svaren skulle kunna bli lika uttömmande som vid en muntlig intervju. Detta resulterade i 23 frågor samt fyra bakgrundsfrågor om respondenten. I den sista frågan gavs möjlighet för respondenterna att uttrycka sig om något som inte funnits med i de tidigare frågorna. Intervjuerna skickades till respondenten via e-post, som efter att de besvarats skickades tillbaka till mig på samma sätt. Av de tolv personer som intervjuerna skickades till svarade tio personer att de ville delta. De tio personerna är kopplade till sex olika personer som tidigare varit drabbad av en ätstörning, vilket innebär att studien berör sex familjer. De två som inte svarade på intervjun angav inte att de inte ville svara, utan svarade inte på e-posten överhuvudtaget. De uteslöts från undersökningen och ingen påminnelse skickades, eftersom jag inte ville tränga mig på någon som av någon anledning valt att inte svara. Även om det hade kunnat bero på att de inte sett e-posten antog jag att de inte ville ställa upp frivilligt och därför uteslöts de. Det betyder alltså att undersökningen bygger på tio svar, där jag valt att bortse från både kön och ålder. Detta gjordes på grund av att jag bedömde att kön och ålder inte var relevant för min studies syfte och frågeställningar.

Jag valde att skicka samtliga frågor vid ett tillfälle, vilket gjort att respondenten fått valfri tid på sig att svara, något som Bryman kallar (2011, s.592) för *asynkron kommunikation*. Den

främsta anledningen till att alla frågor skickades samtidigt var att respondenterna skulle få en överblick och se helheten i intervjun. En annan anledning är att de skulle ha god tid på sig att svara på varje fråga utan att behöva känna stress att gå vidare till nästa. Nackdelen kan vara att respondenternas svar påverkas av de övriga frågorna. Jag tror dock det kan vara positivt på så vis att chansen att hoppa mellan frågorna kan ge djupare och mer utvecklade svar än om frågorna kommit en i taget.

Analysförfarande

När intervjuerna var slutförda och tillbakaskickade via e-post var datainsamlingen slutförd. För att sammanställa ett resultat av intervjuerna gjorde jag en *tematisk analys* (Bryman, 2011, s. 528). I denna typ av analys bearbetas materialet genom att det kodas, vilket i sin tur leder till ett resultat (Bryman, 2011, s. 528). I och med att intervjuerna genomförts skriftligt har jag inte behövt transkribera mitt material, vilket måste göras efter muntligt genomförda intervjuer. Jag kunde således påbörja koda direkt efter att materialet samlats in. Kodning går ut på att vissa teman framkommer och blir tydliga utifrån vad intervjupersonerna svarat på frågorna. Det har gjorts medan materialet läses igenom ett flertal gånger med frågeställningarna i bakhuvudet. De åtta teman som framkom medan jag läste mitt insamlade material var: *1. Upptäckten av ätstörningen, 2. Bakgrund och orsak, 3. Känslor, 4. Praktisk och känslomässig hantering, 5. Behandling, 6. Familjens kontakt med vården, 7. Relationer, 8. Stöd*. Resultatet av intervjuerna sorterades alltså efter dessa åtta rubriker för att det skulle vara möjligt att analysera innehållet utifrån dem. Sorteringen gjordes genom att samtliga skrivna svar kring varje tema delades upp under de nämnda rubrikerna. Utifrån temana har det gått att utläsa mönster och röda trådar i svaren, som således är grunden i analysen av det insamlade materialet (Bryman, 2011, s. 523-524).

Detta sätt att hitta både centrala teman och underteman att koda efter i en tematisk analys är en metod som enligt Bryman (2011, s. 528) utvecklats vid National Centre for Social Research i Storbritannien och kallas *framework*. Det är ett sätt finna de tidigare nämnda temana som det insamlade kvalitativa material struktureras efter (Bryman, 2011, s. 528).

Tillförlitlighet

I min kvalitativa studie har *extern reliabilitet* betydelse. Det begreppet centrerar upprepningen av undersökningen. Eftersom kvalitativa studier bygger på unika svar är det svårt att få ett upprepat resultat av en sådan studie (Bryman, 2011, s. 351). Trots att jag undersökt något som tidigare redan undersökts betyder det inte att intervjuerna, frågeställningarna och analysen av dem gett samma resultat som tidigare studier. På så vis är min studie unik trots att den inte är ny och kan

samtidigt förmedla tillförlitlighet. Eftersom intervjuer ger stort utrymme för framlyftande av egna upplevelser skulle resultatet förmodligen aldrig kunna bli likadant. Det betyder dock inte att studien är mindre tillförlitlig, eftersom det går att tolka och komma fram till mycket beroende på hur problematiken och undersökningen belyses (Bryman, 2011, s.351). Då utgångspunkten är att de intervjuade personerna förmedlat riktiga upplevelser utifrån vad de minns och hur de ser på upplevelserna nu anser jag att tillförlitligheten i min undersökning är relativt stor, då den enbart bygger på personernas helt egna upplevelser. Det är alltså individuella upplevelser som på så vis även är unika för den intervjuade personen, även om liknande studier både har gett och kan ge ett annat resultat i framtiden.

Asper (2007) menar att det kan finnas en svårighet med att inneha rollen som intervjuare i denna typ av intervju, då det finns utrymme att fokusera på sin egen förståelse och tolkningar av både svaren och teorin. Det kan skapa egna bilder och förutfattade meningar av vad intervjupersonen berättar, vilket kan bidra till att undersökningen anses vara mindre tillförlitlig. Eftersom det finns utrymme för efterföljande frågor kan det alltså vara mina egna tolkningar och reflektioner kring teorin som skapar intresset, istället för att det faktiska svaret (Asper, 2007, s.134). Med efterföljande frågor menar jag i detta fall att jag har kunnat återkomma med frågor om förtydliganden eller fördjupande till respondenterna via e-post. Jag försökte undvika de egna tolkningarna Asper (2007, s. 134) lyfter fram genom att hålla beslutet om teorin relativt öppet fram tills att analysen gjordes. Teorin var alltså inte bestämd till hundra procent då intervjuerna genomfördes. Det bidrog till mitt öppna sinne vid intervjuerna, då jag inte hade några teoretiska ramar att tolka svaren genom. För att undvika egna tolkningar har jag varit noga med att alltid stödja argument och reflektioner mot teorin i analysen. Kodningen har hjälpt mig hålla mig till de intervjuades faktiska berättelser och även minimerat påverkan av mina egna tolkningar, just eftersom svaren kategoriserats upp tydligt med hjälp av de rubriker som temana innebär.

Forskningsetiska överväganden

I mitt urval av deltagare i undersökningen har det etiska perspektivet spelat en stor och avgörande roll. När jag bestämde mig för att intervjua personer med en koppling till ätstörningsproblematik insåg jag att jag inte kunde koncentrera mig på personer som idag lever i den. För etikens skull är det ingenting jag velat och det har inte heller varit nödvändigt för undersökningens genomförande. I undersökningen förutsätts att respondenterna har distans till vad de genomgått. Definitionen av distans i denna uppsats är det att personen som haft ätstörningen blivit frisk, i den mån det går att bli frisk från en ätstörning. Jag har därför tydligt informerat respondenterna om att jag efterfrågar distans till ätstörningen i min studie. Jag har utgått från att de

som svarat själva upplever att de har det. Jag anser att jag inte kunnat avgöra det på något annat sätt än vad jag gjort. Av vad som framkom i intervjuerna anser jag inte att denna egna bedömning fått några större konsekvenser för resultatet, även om ett tyngre intyg på att distans till sjukdomen finns hade kunnat göra undersökningen starkare. *Riksföreningen mot Ätstörningar – Frisk & Fri* informerade mig även om att de har en policy som säger att de av etiska skäl aldrig förmedlar kontakt med personer som fortfarande är sjuka i ätstörningar. De förmedlar enbart kontakt med anhöriga till personer som numera är friska. Eftersom de hjälpte mig med en del av kontakterna förlitade jag mig även på det.

Familjemedlemmar till någon med en i dagsläget befintlig ätstörning skulle med stor sannolikhet ge mig en annan utgång i förhållande till någon som har distans till det. Synen på situationen påverkas förmodligen väldigt mycket beroende på huruvida distansen existerar eller inte. Synen på egna upplevelser och hanterandet av problematiken kan alltså se olika ut i de olika utgångslägena. Därför har jag valt att undersökningen ska bygga på erfarenheter och upplevelser från tidigare ätstörningsproblematik som funnits i en persons närhet, men inte längre är närvarande. Detta för att kunna få svar på mina frågeställningar, som bland annat grundas i hur problematiken hos familjemedlemmen *hanterades*. Att undersökningen dessutom gäller upplevelser av den anhöriges process under sjukdomen tror jag kräver ett tydligt i-efterhand-perspektiv. Vikten av att intervjupersonen ser situationen ur ett perspektiv i efterhand har alltså värderats högt. Likaså att personerna själva kontaktat mig, eller blivit noga informerade om vad min studie går ut på.

I en kvalitativ metod som baseras på intervjuer med mycket utrymme för egna berättelser och erfarenhet har det varit viktigt med en syn utan egna värderingar och åsikter, både på problematiken och respondenternas situationer. May (1997) menar att det finns svårigheter med att vara helt objektivt inställd till samhällsvetenskaplig forskning. Det innebär att bidraget av sina egna värderingar, tankar och erfarenheter till sin forskningsfråga kan vara viktigt för den berättade upplevelsen och resultatet av undersökningen. Jag har därför försökt se på studien utan att lägga in mina egna värderingar och uppfattningar kring ätstörningsproblematik och familjers upplevelser av den. På grund av komplexiteten och känsligheten kring problematiken i studien har det varit av extra vikt att inte lägga in eventuella egna värderingar (May, 1997).

Med det etiska perspektivet i åtanke har jag i kontakten med respondenterna även utgått från Vetenskapsrådets (2005) fyra principer om *information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande*. Dessa principer innebär att de intervjuade personerna varit medvetna om vad deras medverkande använts till och vad det inneburit. De har även blivit informerade om att deras svar använts anonymt och enbart för min studies skull, samt att de själva bestämmer hur mycket de vill svara på vad och att de kommer ha insyn i deras deltagande i min undersökning. Detta blev de informerade om i

informationsbrevet som lästes innan de samtyckte till att medverka i studien och där samtliga principer nämns (Se Bilaga 2).

Metoddiskussion

Det är tydligt att det finns både för- och nackdelar med min metod. När responsen inte såg ut som jag hade hoppats i försöken att hitta personer till de personliga intervjuerna var jag säker på att jag ville ge de skriftliga, asynkrona, intervjuerna online ett försök. Då responsen på det var betydligt bättre och snabbare drog jag slutsatsen att det förmodligen faktiskt fanns en anledning till det. Att träffa en okänd universitetsstudent för en 60 minuter lång intervju gällande en familjemedlems före detta ätstörning tror jag inte känns självklart att göra. Detta ämne är känsligt och kan vara svårt att tala om med någon helt utomstående. Oron kring att något kan uppfattas fel av mig som intervjuade tror jag därför tog över viljan att bli intervjuad ansikte mot ansikte.

Nackdelarna med skriftliga intervjuer är enligt Bryman (2011, s.592) bland annat eventuella svårigheter att bygga upp en relation med respondenten. Det behöver dock inte vara en nackdel om ämnet är viktigt för personen som svarar (Bryman, 2011, s.592). Att ämnet betyder mycket för respondenten är alltså av betydelse, vilket gjort avtryck genom engagerade och fylliga svar samt stor öppenhet kring känslor, i min studie. Asynkrona intervjuer kan ta lång tid för respondenterna att svara på, eftersom det inte finns något krav att svara omedelbart (Bryman, 2011, s.592). Det löste jag genom att påminnelser skickats ut via e-post vid uteblivet eller sent svar från någon som valt att delta. Det gjordes inte till de två personer som inte svarade på min förfrågan överhuvudtaget, eftersom det var viktigt att behålla frivilligheten i deltagandet. En annan nackdel är att respondenterna kan avbryta intervjun genom att inte svara, samt ge mindre spontana svar i jämförelse med ett samtal. Det sistnämnda behöver dock nödvändigtvis inte vara en nackdel eftersom det samtidigt betyder att svaren kan bli mer genomtänkta, då mer tid ges. Något annat negativt kan vara att användandet av både verbala och icke-verbala hjälpmedel utesluts, som exempelvis tonläge och kroppsspråk. Samtidigt kan respondenten inte påverkas av dessa yttre faktorer, utan endast vad som står i frågan (Bryman, 2011, s. 595). Ett argument som skulle kunna tala emot min metod är det faktum att följdfrågor inte är möjligt i samma mån som vid en muntlig intervju, då följdfrågor vid skriftliga intervjuer endast kan skickas i efterhand för förtydliganden och fördjupanden. Följdfrågorna kan alltså inte ställas under en pågående intervju vid skriftliga intervjuer. Däremot finns möjligheten att återkomma med frågor på ett sätt som inte är möjligt vid ett samtal. Det går alltså att skicka uppföljningsfrågor när resultatet av intervjun inkommit, även om det inte går att ställa dem direkt (Bryman, 2011, s. 597). I en av mina intervjuer var det exempelvis tydligt att en fråga missförstått, vilket åtgärdades med hjälp av e-post till respondenten så att frågan

kunde bli förstådd och besvarad på rätt sätt.

Fördelar med min valda metod är att intervjuerna inte behöver spelas in, vilket kan vara ett något obehagligt orosmoment för den som intervjuas. Om någon är blyg eller har svårt att få fram rätt ord får personen chansen att svara i lugn och ro, i synnerhet om ämnet upplevs som känsligt. Som stöd till att engagemanget kring känsliga teman ofta stärks i skriftliga intervjuer menar Bryman (2011, s. 594) att ”Man har också menat att elektroniska intervjuer kan göra att en diskussion kring känsliga teman blir lättare än motsvarande intervjuer ansikte mot ansikte”. Som tidigare nämnts påverkas heller inte respondenten av några yttre intryck gällande intervjuaren eller miljön. Det är enligt Bryman (2011) även större chans att fler personer svarar om när de sett frågorna innan och vet vad som kommer beröras. Det kan också göra att svaren kan bli mer genomtänkta, grammatiskt korrekta och detaljerade (Bryman, 2011, s. 597).

Ätstörningen har i de flesta fall varit en väldigt jobbig tid för familjerna att genomgå. Det kan därför finnas oro att något som sägs vid en muntlig intervju antingen tolkas eller används fel. Därför tror jag flertalet av de tillfrågade kände sig mer bekväma med att besvara frågorna skriftligt. På så vis blev det även mer praktiskt för alla parter och respondenterna behövde inte avvara lika mycket tid och kraft som vid en muntlig intervju. Jag fick intrycket av att en muntlig intervju skulle kunna kännas obekvämt att genomföra för vissa tillfrågade, och därför provande jag tidigt om svarsfrekvensen möjligtvis var bättre i en skriftlig.

Resultat & Analys

I följande kapitel kommer jag presentera resultatet integrerat med analysen av min undersökning. Den bygger på tio skriftliga intervjuer med familjemedlemmar till någon som tidigare varit drabbad av en ätstörning. Respondenterna kommer från sex olika familjer och är således kopplade till sex olika personer som varit drabbade av en ätstörning. Intervjupersonerna och citat från dem kommer i resultatet att refereras till IP 1, IP 2, IP 3, IP 4, IP 5, IP 6, IP 7, IP 8, IP 9 och IP 10 för att förtydliga vem som upplevt vad. De roller som finns representerade i studien är föräldrar, farföräldrar, sambo och syskon. För anonymitetens skull kommer intervjupersonerna och deras relation till den sjuke inte presenteras mer än så. Även om fokus på ett tydligt resultat av intervjupersonernas process av hantering och känslor under sjukdomstiden hade kunnat vara aktuellt har det inte funnits utrymme för en sådan analys i denna studie. Resultatet är kodat utifrån åtta huvudsakliga teman tillika rubriker, vilka analysen således också bygger på. Temana baseras på

vad som återkom i respondenternas svar och uttryck i intervjuerna då de lästes igenom flertalet gånger. De återkommande svaren kunde peka ut vilka likheter och skillnader som funnits i de olika intervjupersonernas upplevelser. De återkommande uttrycken speglade även vad respondenterna upplevt som viktigt och vilka röda trådar som fanns i berättelserna, vilket tillsammans skapade dessa åtta teman.

Svårt att acceptera ätstörningsproblematik

I min undersökning framkom det att upptäckten av ätstörningen inte såg likadant ut i alla familjer. Det har funnits fall där familjerna själva upptäckt att någonting inte stod rätt till, fall där någon utanför familjen först uppmärksammat det fanns också. Familjerna själva har främst upptäckt det i samband med måltider. Den drabbade personen hade då ändrat sina matvanor och börjat äta betydligt mindre portioner jämfört med tidigare. Den sjuke började enligt familjerna på ett kontrollerande sätt avvisa mat och ingredienser som tidigare ätits utan problem. Tecken på en ätstörning har vid vissa tillfällen visat sig då mat slängts eller smugglats undan upprepade gånger för att personen inte velat äta en hel portion. När familjerna själva sett en kraftig viktnedgång har det ansetts vara den slutgiltiga upptäckten av ätstörningen. Det har också varit då någon börjat träna onaturligt mycket och höjt kraven på sig själv och sina prestationer. Det har handlat om krav som redan innan var höga, både i skolan och på fritiden. Viktnedgången hos personen med ätstörningen har ofta försökt döljas av den drabbade. Det ledde till att familjerna blev chockade när de väl upptäckte hur personen såg ut under flera lager av kläder som den avmagrade kroppen gömtes under. I fall utan kroppsliga tecken tog det längre tid för familjen att upptäcka ätstörningen, eftersom det då enbart varit de självrensande beteendena och tecken på hetsätning som varit möjliga att upptäcka. I vissa fall har det varit andra, till exempel skolpersonal eller vänner, i den sjuke personens närvaro som upptäckt ett förändrat beteende. De har i sin tur informerat familjerna. Att någon som drabbats av en ätstörning försöker dölja det är mycket vanligt, vilket är en anledning till att det kan ta lång tid för omgivningen att upptäcka den. Den drabbade brukar även dölja tankarna som ligger bakom viljan att bli smal, träningen eller de självrensande metoderna (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s. 29). Dessa mönster har alltså även funnits hos personerna i min undersökning. En röd tråd i de intervjuades historier är att tanken på att en ätstörning fanns var svårt att acceptera, vilket ledde till att de tog distans till den genom att de försökte förtränga tanken. Det är något jag vill lyfta fram då liknande upplevelser uttrycktes på tre sätt av tre olika respondenter i min undersökning:

Att det inte stod rätt till har jag förstått sen länge, men hade inte en aning om att det handlade om en

ätstörning ... Jag hade börjat fundera på om hon kunde ha verkliga problem med maten, men när jag sen såg att hon hade gått ner i vikt trodde jag att jag inbillade mig för att jag var nojig. (IP 3)

Man upptäckte att något var fel innan man vågade erkänna för sig själv att det faktiskt var allvarligt. (IP 8)

Jag noterade ganska tidigt att min dotter hade ett förändrat beteende, nästan omedelbart. Men att hon var så sjuk det var svårare att förstå. (IP 10)

Detta visar att även om förändringar på både beteende, kropp och rutiner märktes hos den drabbade var det svårt att ingripa. Familjemedlemmar varken vågade eller ville alltså tro att det hade utvecklats en ätstörning. Detta kan tolkas som tydliga exempel på känslomässiga copingstrategier enligt Lazarus och Folkmans (1984) teori. Enligt deras teori är distanstagandet från tankar ett sätt att hantera den svåra situationen på, som i det här fallet varit en misstänkt ätstörning hos någon i familjen. Copingstrategin kallas *distansering* (Lazarus & Folkman, 1987, s.153). I intervjuerna framkom det att tecken på en ätstörning noterades relativt tidigt i utvecklandet, men accepterades inte omedelbart från de anhörigas sida. Distans togs från tankarna om att en familjemedlem drabbats av en ätstörning, trots att tecknen fanns. Att tecken på en ätstörning i flertalet av fallen accepterats sent visar ytterligare på att familjemedlemmarna distanserat sig känslomässigt och psykiskt från den verkliga situationen. Det vill säga under tiden då ätstörningen utvecklades (Lazarus & Folkman, 1984).

Orsak - Svår att förstå

Vad uppkomsten av en ätstörning egentligen grundar sig i har varit svårt för respondenterna att peka ut. Detta visar både tidigare studier så väl som resultatet av mina intervjuer. Orsakerna är multifaktoriella och är ofta ett samspel av sociala, biologiska och psykologiska sammanhang (Clinton & Norring, 2002, s.67). Respondenternas berättelser om vad de tror att ätstörningen grundar sig i liknar det experterna menar ofta ligger bakom dem. Det som nämndes som potentiella bakgrunder till sjukdomen i min studie var en kombination av bland annat olika riskfaktorer, händelser och egenskaper. Något gemensamt för samtliga var, utifrån vad respondenterna upplevt, en negativ självbild hos den drabbade. Återkommande i familjemedlemmarnas berättelser var betydligt utökade och överdrivna träningsrutiner. Från att den drabbade varit idrottsintresserad och haft ett sunt förhållande till träning urartade det. Det gick i vissa lägen inte att hindra personen från att träna, oavsett väder eller årstid. Träningsmängden skedde till en början i vissa fall utan familjens vetskap. Personen försökte dölja det på grund av den eventuella risken för att bli konfronterad och

ifrågasatt, vilket upplevts som en hot för någon med en ätstörning (Clinton & Norring, 2002). Träning i kombination med höga krav, från någon annan eller sig själv, kan bli ett tvångsmässigt mönster som blir svårt att ta sig ur. Detta kan vara en riskfaktor som kan bidra till utvecklandet av en ätstörning (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s. 50). Ätstörningens uppkomst kan alltså också vara ett resultat av att den drabbade personens självbild och självkänsla varit låg i kombination med de höga kraven (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s. 36). I min undersökning framkom berättelser om att den drabbade personen både utstrålat, och i sitt beteende uppvisat, att de inte räckt till. Negativ självbild, som yttrar sig i fixering vid vikt och kroppsbild, är gemensamt för de olika typerna av ätstörningar och kan vara grunden till att tvångsmässigt beteende kring mat utvecklas hos någon (Clinton & Norring, 2002, s.39). En av de intervjuade personerna nämnde att den potentiella bakgrunden till ätstörningen var mobbning. Vilket i sin tur lett till tidigare nämnda utlösningsfaktorerna, det vill säga låg självkänsla och negativ självbild (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s. 49). I min undersökning var det även familjemedlemmar som benämnde familje- och släktförhållanden som eventuell bakgrund till ätstörningen. Detta uttryckte två olika personer på följande sätt:

Kan vara ärftligt ... Kvinnor i släkten är högpresterande och tävlingsinriktade. (IP 5)

Inte tillräcklig uppmärksamhet i familjen på grund av att syskon av olika skäl fick mera fokus. (IP 6)

Detta är i enlighet med den känslomässiga copingstrategin som Lazarus & Folkman (1987, s.153) menar bygger på *ansvar*. Det innebär att några av familjemedlemmarna nämnt utlösningsfaktorer som de själva har någonting med att göra, vilket framkommer i de ovanstående citaten. Återkommande kring vad orsaken till ätstörningen kan ha varit var i respondenternas svar att ett annat barn i familjen av olika anledningar fått mer uppmärksamhet. En orsak de själva menar att de påverkat och i och med det hade de även kunnat påverka uppkomsten av ätstörningen. I intervjuerna uttryckte flera personer att sjukdomens uppkomst handlade om att den drabbade personen inte kände sig sedd. Det är också ett sätt att lägga över ansvaret på sig själv, eftersom de själva hade kunnat påverka det (Lazarus & Folkman, 1984), vilket denna copingstrategi går ut på. För att hantera känslorna som familjemedlemmens ätstörning uppdagade läggs alltså en del av ansvaret på sig själv. Det har gett familjerna en rimlig förklaring till sjukdomens utvecklande och på så vis kunde känslorna upplevas mindre påfrestande (Lazarus & Folkman, 1984). Vissa av de intervjuade uttryckte att de ingrep för sent rent praktiskt och att ätstörningens utveckling hade kunnat stoppas. Det hade kunnat göras om de accepterat vad som pågick istället för att trycka undan

vad de såg och förstod tidigare än vad de erkände för sig själva. Vissa har alltså klandrat sig själva för att använda sig av copingstrategin *distansering* (Lazarus & Folkman, 1987, s.153). Detta självklander är också en tankegång som enligt denna copingstrategi innebär att de själva tagit ansvar för att sjukdomen utvecklades (Lazarus & Folkman, 1984).

Starka känslor

I min undersökning framkom många olika känslor som respondenterna upplevde under ätstörningsprocessen. De mest återkommande orden och beskrivningarna av känslorna var ångest och skuld. Även frustration var vanligt förekommande, då respondenterna menar att de inte nådde fram till den drabbade personen. Det spelade ingen roll vad de sade eller gjorde, det fanns ändå en känsla av att en mur stoppade de ord och handlingar som användes för att hjälpa personen. De kände en stor svårighet av att nå hela vägen fram till mottagaren, vilket i detta fall var en ätstörningsdrabbad familjemedlem. Nedan presenteras citat om vilka känslor respondenterna upplevde, som sammanfattats till de mest förekommande:

Känslan av otillräcklighet var övergripande ... Förtvivlan, otillräcklighet, rädsla, maktlöshet. (IP 1)

Osäkerhet, hjälplöshet, ilska. (IP 2)

Ångest, smärta, skuld, förtvivlan, oro. Skuld, skuld, skuld ... Ångest inför varje måltid. (IP 3)

Fruktansvärt ledsamt, ilska och apati. (IP 4)

Besvikelse, trötthet och ilska. (IP 5)

Hjälplös, näst intill värdelös. (IP 7)

Frustration och maktlöshet. (IP 8)

Ofta kändes det mesta hopplöst. (IP 9)

Hopplöshet, ledsamhet, ilska (IP 10)

Detta är känslor som även framkom i berättelserna jag tog del av genom exempelvis Düklers (1995) undersökning av hur en ätstörning i familjen upplevdes känslomässigt. Maktlöshet var en återkommande beskrivning av de upplevda känslorna. Även Claes Norring (2011) menar att flertalet av de ovanstående känslorna är de mest förekommande hos familjemedlemmar till någon som drabbats av en ätstörning (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2011, s.9). Skuld är en annan återkommande känsla hos anhöriga till någon med en ätstörning (Gustafsson i Clinton & Norring, 2002, s. 179). Detta har alltså även respondenter i min studie uttryckt. Något som skiljde sig från de andra upplevda känslorna som nämnts var IP 6 som istället uttryckte sina känslor på följande sätt:

Uppmärksam, fokuserad, empatisk. (IP 6)

Detta citat skiljer sig något från de övriga genom att det tyder på koppling till copingstrategin som enligt Lazarus och Folkmans (1987, s. 153) är den *problemfokuserade*. Det vill säga att fokus hos personen legat på att reglera situationen som problemet kommer ifrån genom att göra allt för att lösa det.

Olika sätt att hantera en ätstörning praktiskt och känslomässigt

Agerandet och hanterandet av en ätstörning som utvecklats hos någon i familjen har skiljt sig åt mellan respondenterna. När ätstörningen väl upptäcktes och accepterades, vilket till en början var det största hindret, gick det dock snabbt för de närstående att agera praktiskt för att den drabbade skulle få professionell hjälp. I intervjuerna framkom det att familjerna, i första hand föräldrarna, tog kontakt med vård direkt när ätstörningen upptäcktes. Dessa mönster visar att problematiken hanterades med hjälp av copingstrategier som enligt Lazarus och Folkmans (1987, s. 153) teori kategoriserar som *problemfokuserad*. Det handlar om att det ursprungliga problemet, eller miljön som den påfrestande känslan kommer ifrån angrips, inte själva känslan som sådan. Det gjordes i och med att familjerna tog kontakt med den vård som behövdes via olika behandlingsinstanser för att kunna hjälpa den sjuke i familjen omgående. Det var ätstörningen som bidrog med de svåra och psykiskt påfrestande känslorna som familjerna uttryckt att de upplevde under sjukdomsperioden. Reaktionen var därför att försöka lösa problemet praktiskt. De ville hjälpa till att bekämpa sjukdomen som sådan, inte bara känslorna och tankarna de själva upplevde. Ett problem kan enligt Lazarus och Folkman (1984) angripas genom att kraven på antingen sig själv eller på omgivningen regleras. De kan också anpassas till situationen, så att den kan upplevas som mindre psykiskt påfrestande. Exempel på användandet av problemfokuserade copingstrategier framkom genom mina intervjuer på följande sätt:

Jag sa till mig själv att det enda jag kunde göra var att finnas där och se till att hemmatillvaron var så harmonisk som möjligt så att vi i alla fall inte bidrog till mer ångest. (IP 3)

Vi blev oroliga och ställde gradvisa krav. 1. Hon fick helgen i X att börja äta - vilket hon ej gjorde. 2. Hon lovade att börja äta ordentligt när höstterminen i skolan började - vilket hon inte gjorde 3. Hon besökte skolsköterskan 4. Hon måste sluta träna 5. Hon måste börja behandling. (IP 4)

Min reaktion var att i slutet av sommarlovet konfrontera min dotter med problematiken, jag gav henne en vecka på sig att "sluta med beach 2011" och börja äta. (IP 5)

I ovanstående fall ställdes krav bland annat på den sjuke personens beteende och rutiner. Personer i min undersökning ställde krav på den drabbade för att hjälpa personen med ätstörningen. Denna typ av hjälp, som byggde på krav från familjen, skedde i kombination med professionell sådan. Ett annat exempel på problemfokuserad coping är att göra en förändring i omgivningen (Lazarus & Folkman, 1984). En förälder förklarade hur viktigt det var att den drabbade personens hemmatillvaro skulle kännas trygg för att den inte skulle bidra med ytterligare ångestkänslor. På så vis förbättrades hela familjens situation, det vill säga genom det praktiska agerande med hjälp av en problemfokuserad copingstrategi (Lazarus & Folkman, 1984). En copingstrategi av de känslomässigt orienterade tycker jag också syns i mitt resultat av intervjuerna genom andra respondenters berättelser. Det är *planerande problemlösning*, vilket går att koppla till de två nedanstående citaten från intervjuerna (Lazarus & Folkman, 1987, s.153):

Jag ville veta att jag gjorde allt jag kunde. (IP 3)

Jag blev naturligtvis överraskad och förvånad men också lösningsorienterad - vad kan vi och jag i synnerhet göra för att hjälpa. (IP 6)

Planerande problemlösning påminner till viss del om de problemfokuserade copingstrategierna, förutom att den är känslomässig. Ovanstående citat tyder på att IP 3 och IP 6 agerat problemfokuserat för att hantera de jobbiga känslorna som sjukdomen innebar. Lazarus och Folkman (1987, s.153) menar att personen som upplever den psykiska påfrestningen "vet vad som måste göras och fördubblar därför ansträngningarna för att få saker och ting fungera ...". Familjemedlemmar till någon med en tidigare ätstörning har beskrivit att de lade all energi och tid som krävdes för att kunna hjälpa den sjuke. De utgick från att försöka lösa problemet för att hantera de jobbiga känslorna. Det gjordes både med egna resurser, genom att ställa krav och försöka utesluta den sjuke från matlagning och uppmuntra personen till att äta samt med hjälp av professionell hjälp. En annan känslomässig copingstrategi är enligt Lazarus och Folkman (1987, s. 153) *självkontroll*. Resultatet av denna copingstrategi tydliggjordes genom att två andra respondenterna beskrev sina sätt att hantera känslor på följande sätt:

Jag hanterade det genom att bita ihop och bara bryta ihop bitvis när inte hon var närvarande. (IP 3)

Jag ville alltid vara mitt bästa, harmonisk, positiv och glad (dock inte så att jag viftade bort det svåra om hon pratade), vilket ju inte är mitt sanna jag. (IP 10)

Självkontroll som copingstrategi innebär att personen som upplever psykisk påfrestning kontrollerar sina känslor och håller dem för sig själv. Detta för att uttryckandet av dem inte ska göra situationen värre, vilket blottandet av dem alltså skulle innebära (Lazarus & Folkman, 1987, s.153). Detta beskrevs av familjemedlemmar i intervjuerna, som i båda av de ovanstående fallen var föräldrar. De ville inte visa sina egentliga känslor med risk för att förvärra den redan svåra situationen som grundade sig i sitt barns ätstörning. Det var främst situationer där föräldern inte velat visa sina känslor för sitt barn som varit den drabbade. Det är en strategi som använts för att avlasta den känslomässiga och psykiska påfrestningen, vilket ovanstående citat beskriver (Lazarus & Folkman, 1984). Ett annat sätt att hantera svåra situationer på handlar om att konfrontera problemet. Det har fyra olika respondenter beskrivit genom att uttrycka sig på följande sätt i intervjuerna:

Hon kunde säga dumma saker men det vara bara att försöka förstå att hon var sjuk. (IP 1)

Idag är jag faktiskt stolt över att jag lyckade stå rak mot henne utan att fara ut och inte ge efter. (IP 3)

Medvetenheten om att vi såg med friska ögon och att hen var sjuk, gjorde att man måste stå pall, även om hen stundvis var väldigt otrevlig när blodsockernivån var på botten. (IP 4)

Försökte hjälpa men att man inte kunde bestämma eller tvinga henne till någonting, eftersom personen inte insåg att hon var sjuk. (IP 8)

Konfronterande är alltså en känslomässig copingstrategi som innebär att någon kämpar för sin åsikt eller vilja för att lättare hantera en svår situation (Lazarus & Folkman, 1987, s. 153). Även om den drabbade personen i ovanstående exempel inte ville ta emot hjälp kämpade familjen för att den ändå skulle mottas. I intervjuerna återkom detta framförallt i fall där den drabbade var över 18 år, eftersom personen då hade rätt att själv bestämma vilken hjälp som skulle tas emot. Till detta finns en tydlig koppling till copingstrategin som Lazarus och Folkman (1984) menar utspelar sig vid konfrontation. I mina intervjuer beskrevs det även att det var komplicerat att vara ett viktigt stöd till en person som i vissa fall inte hade sjukdomsinsikt. Till följd av det uppstod diskussioner och konflikter i familjerna där syftet från familjens sida var att hjälpa den sjuke, även om det upplevdes

som ett hot mot den drabbades kontroll. Det är vanligt att någon med en ätstörning uppfattar konfrontationer på det sättet (Clinton & Norring, 2002). Av de personer i min undersökning som upplevde motstånd från den drabbade under sjukdomen är samtliga i efterhand tacksamma över att de stod på sig och fortsatte konfrontationen, även om det var svårt för stunden. Det tyder på att copingstrategin konfronterande bidrog till psykisk avlastning från den svårhanterade situationen, vilket är strategins syfte (Lazarus & Folkman, 1984).

Familjens upplevelser av behandlingen

Behandlingen som de drabbade personerna i familjerna genomgick för att kunna bli friska från ätstörningen var liknande för samtliga i min undersökning. Hjälpen bestod sammantaget enligt respondenterna av BUP, hjälp från skolsköterskor, dietister, kuratorer på ungdomsmottagningar, ätstörningskliniker och behandlingshem. Somliga av de drabbade i familjerna jag intervjuat var inlagda under perioder, medan andra genomgick kortare dagsbehandlingar. Samtliga familjer i min undersökning har därför inte erfarenhet av alla ovan nämnda behandlingar, men alla har erfarenhet av minst en av dem. Jag har däremot nämnt samtliga behandlingar det berättades om i intervjuerna. Flera sjuka fick i sina behandlingar strikta träningsförbud och framförallt hjälp med maten. Det skedde genom att någon såg till att maten äts och hjälpte till med vad, när och hur den skulle ätas. Det var även respondenter som inte hade vidare bra insyn i hur behandlingen av den drabbade såg ut. Vissa blev alltså inte informerade om det överhuvudtaget, trots att det var någon i familjen som var sjuk. Familjernas upplevelser av vilket resultat behandlingen gav var därför blandat. Enligt psykologerna och ätstörningsexperterna David Clinton och Claes Norring (2002) är det inte möjligt för en ätstörningssjuk person att bli frisk utan sin egen vilja. Det är den viktigaste nyckeln för tillfrisknande hos någon som är drabbad av en ätstörning. Genom respondenterna i min undersökning har detta uttryckts genom följande två uttalanden:

Du kan finnas där, men det är hen som måste bestämma sig för att bli frisk. (IP 3)

Den var inte bra. Mest var det nog vilja hos personen själv som räknades. (IP 7)

Min undersökning av hur familjen till någon med en ätstörning upplevde hur behandlingen såg ut och fungerade visar alltså vad David Clinton och Claes Norring (2002) påstår. Oavsett om familjerna upplevt ett positivt resultat eller inte har samtliga uttryckt att behandlingen inte har någon betydelse så länge den sjuke själv inte vill bli frisk. Det är en viktig förutsättning för behandling, vilket även deltagarna i min undersökning uttryckte tydligt. Behandlingen var enligt

respondenterna således inte det viktigaste, utan det var den drabbade personens egen vilja och kraft. Genom intervjuerna framkom det alltså att det i slutändan enbart handlade om att den drabbade personen själv ville bli frisk, vilket familjerna beskrev som något de fick lära sig att acceptera. I intervjuerna uppgavs även att den sjukes behandlingsprocess hjälpte familjemedlemmar att omvärdera sitt sätt att hantera ätstörningen vilket en respondent uttryckt på följande sätt:

Att vi inte behövde vara hennes behandlare och motivatorer, men det tog lång tid innan jag tog det till mig.
(IP 3)

I och med att familjen i detta fall blev uppmärksammade och införstådda i att det inte var familjen eller föräldrarna som skulle vara behandlare eller stå för den huvudsakliga motivationen användes copingstrategin *positiv omvärdering* (Lazarus & Folkman, 1987, s. 153). Med nya insikter och förändrad syn på vilken roll familjen skulle ha i behandlingen kunde situationen och känslorna hanteras bättre, vilket går att koppla till copingstrategin. Innan man kom till denna insikt framkom det genom intervjun att familjen drog det största lasset själva. Det visar att insikten om den nödvändiga avlastningen på behandlingspersonalen hjälpte dem känslomässigt. Gällande behandlingen beskrevs den drabbade personens vilja som nyckeln till tillfrisknandet, vilket familjemedlemmar menade var något de behövde lära sig att acceptera. I min undersökning framkom det att den lärdomen var ett steg i rätt riktning mot en mindre psykisk svår situation för familjen. Den upplevda känslomässiga processen som genomgicks förbättrades i och med acceptansen, vilket det ovan nämnda fallet visar. Enligt Lazarus och Folkmans (1984) teori är det alltså vad den positiva omvärderingen hjälpte till med. Familjen, som det ovanstående citatet berör, fick alltså lära sig att deras huvudsakliga uppgift i tillfrisknandet från en ätstörning var att finnas som stöd och att vara just familj, eftersom familjen är en förhoppningsvis trygg punkt för den drabbade personen att luta sig mot i de svåra tiderna (En närståendes handbok, 2011).

Familjens kontakt med vården

Något det genom min undersökning visat sig finnas flera olika upplevelser av är hur kontakten med vården, och familjens chans till involvering i den drabbades behandling, såg ut. Vissa familjemedlemmar upplevde att kontakten med vården var god och att de fick stor insyn i behandlingen, medan andra beskrev motsatsen. Vissa ansåg alltså att de blev helt uteslutna ur vården under sjukdomsperioden och på så vis inte fick någon insyn alls. Angående detta hade åldern stor betydelse. När den som var sjuk blev myndig, det vill säga 18 år, uteslöts familjerna ur behandlingen i flera fall. Det upplevdes som väldigt psykiskt ansträngande från deras sida. Det

beskrev två olika respondenter i min undersökning bland annat i följande meningar:

Ovetskapen spädde ytterligare på skuld känslor och vanmakt ... Eftersom hon precis blivit myndig blev vi helt avspisade från vården, även om hon fortfarande bodde hemma hos oss så fick vi inte veta någonting. (IP 4)

Det är svårt då personen fyllde 18 år under tiden och vi som föräldrar kastades ur systemet. (IP 5)

Familjerna upplevde alltså en stor påfrestning av att inte få någon insyn i vården och på så vis kände de sig inte heller som en del av den sjukes behandlingsprocess. Genom intervjuerna framkom berättelser om upplevelser av att familjen blev avvisade från att vara en del av vården på grund av att den drabbade var myndig, trots att personen bodde hemma hos sin familj. Det bidrog enligt familjen, främst föräldrarna, till att de kände sig makt- och hjälplösa i förhållande till situationen. Majoriteten av respondenterna hade negativa upplevelser av hur de involverades i den sjukes behandling och hur öppen kontakt de hade med vården. Liknande upplevelser beskriver även Dükler i sin studie från 1995 som jag presenterade tidigare, vilken bygger på samtal med föräldrar till någon med en ätstörning.

I några av de intervjuades berättelser framkom det däremot att kontakten med vården var god. De blev enligt de själva väl involverade för att den drabbade skulle få så mycket hjälp som möjligt. Det vill säga motsatsen till vad majoriteten beskrev. Exempel på beskrivningar på god insyn i vården är följande tre utdrag ur respondenternas berättelser:

Jag var med under flera samtal på ätstörningskliniken och hos psykologer. (IP 2)

Den var bra. Det byggde på att vi skulle finnas där och de skulle behandla. Något jag behövde få höra många gånger. Vi var alltid välkomna att ställa frågor om behandlingen. (IP 3)

Jag uppfattade att kontakten var frekvent, öppen och med tydlig information om vad som hände och vilka förväntningar som fanns åt båda håll. (IP 6)

Det finns dock inget i resultatet av mina intervjuer som visar vad de olika upplevelserna kan bero på, vilket jag ser som en brist i studien och i mina frågor. Tack vare delaktigheten som några, om än få, av familjemedlemmarna upplevde var problemfokuserade copingstrategier möjliga för dem (Lazarus & Folkman, 1984). I och med deras insyn och involvering i vården kunde de anpassa omgivningen till situationen, som ätstörningen innebar, på ett sätt som hjälpte dem att hantera den

psykiska pressen. Det skedde till exempel genom att de deltog i samtal tillsammans med den sjuke och professionell personal. Det gjorde det i sin tur lättare att hantera den psykiska påfrestningen. Därigenom fick även familjerna att veta vilka förväntningar och krav som ställdes på dem i behandlingsprocessen. Med hjälp av det kunde de anpassa familjens vardag till vad som förväntades, och på så vis avlasta den psykiska påfrestningen. Detta är i enlighet med vad Lazarus och Folkman (1984) beskriver som problemfokuserade copingstrategier.

Hur relationerna i familjen påverkades av ätstörningen

I intervjuerna beskrevs upplevelser av att relationerna och stämningen i familjen påverkades negativt av ätstörningen, främst i förhållande till den ätstörningsdrabbade personen. Den sjuke hade enligt flera av respondenterna ett stort behov av att kontrollera matlagning och måltider, vilket enligt dem påverkade hela familjen. I intervjuerna beskrev olika familjemedlemmar även att det uppstod stora konflikter i samband med deras försök att hindra den sjukas kontrollerande rutiner. Konflikterna uppstod även i samband med att familjerna försökte få den drabbade personen att ta emot hjälp från både dem själva och professionella. Enligt flera respondenter var dock den sjuke i flera fall inte mottaglig för hjälp, då personen inte insåg eller erkände att problematiken fanns. Sjukdomsinsikt krävs för att en person ska kunna bli frisk från en ätstörning (Clinton & Norring, 2002). Precis som det framkommer i Düklers studie (1995, s. 43) beskrev respondenterna i min undersökning att den sjuke anklagade sin omgivning för att ljuga och hitta på att personen inte åt. Att bråka om sådant har upplevts påfrestande för alla relationer i familjerna. I undersökningen framkom det även att vissa familjemedlemmar både medvetet och omedvetet tog avstånd från den drabbade personen och beteendet som sjukdomen innebar. Det framkom bland annat genom detta citat:

Även om jag visste att det var en sjukdom var det svårt att inte ta aggressionerna personligt eftersom jag egentligen inte visste så mycket om sjukdomen, därför var det lätt att ta avstånd fast man visste att man inte borde. (IP 8)

Ovanstående beteende är en problemfokuserad copingstrategi som stämmer in på vad Lazarus & Folkman (1987, s. 153) kallar *flykt och undvikande*. Det innebär att någon undviker situationen som orsakar den psykiska påfrestningen, i hopp om att känslorna ska försvinna. Användare av denna copingstrategi önskar även att det ursprungliga problemet, som i det här fallet är ätstörningen, ska försvinna genom att det undviks (Lazarus & Folkman, 1987, s. 153). Det ovanstående avståndstagandet beror alltså enligt teorin på att personen försökt undvika de

svårhanterade känslorna genom att fly från situationen som orsakar dem (Lazarus & Folkman, 1984). Även om min undersökning visar att majoriteten av de intervjuade personerna upplevde att ätstörningen påverkade familjerelationerna negativt fanns det andra upplevelser också, åtminstone i efterhand sett. Det beskrevs av olika respondenter på dessa fyra sätt:

Under sjukdomstiden bråkade vi mycket men efteråt har nog relationen stärkts. (IP 2)

Nu efteråt tycker jag att vi har en bättre relation än vi hade innan. (IP 3)

Jag upplevde att jag fick förtroendet att komma henne mycket nära. (IP 6)

Vi bråkade mycket, men i efterhand har det lärt oss att lösa problemen (IP 9)

Detta visar alltså återkommande upplevelser av att relationerna stärkts i och med, och genom, sjukdomsprocessen. Det går att koppla till den känslomässiga copingstrategin som Lazarus och Folkman (1987, s. 153) kallar *positiv omvärdering*, vilket är när någon i en psykiskt pressad och stressad situation finner nytt hopp och återupptäcker vad som är viktigt i livet. Ätstörningen innebar perioder av bråk och starka känslor, men i efterhand förde det familjerna samman och stärkte vissa relationer. Att sträva efter att återfå goda relationer var ett sätt att få situationen att kännas lättare att hantera. Det förbättrade känslorna hos familjerna även under de svåra perioderna, då relationer i familjerna och förhållandet till den drabbade personen upplevdes som hopplöst. Strävan efter stärkta relationerna kan alltså ses som en copingstrategi i och med att det fick familjerna att uppleva de svåra situationerna som mindre påfrestande (Lazarus & Folkman, 1984).

Upplevelser av stöd för familjen

I intervjuerna visade det sig att både upplevelserna av stöd för familjen till någon som drabbats av en ätstörning, samt stödets tillgänglighet, är väldigt splittrade. Vissa upplevde att det fanns stöd, men att det inte var till någon nytta då det enbart fokuserade på den sjuke och själva sjukdomen. Det fokuserade enligt olika respondenter inte på de anhöriga och deras behov, vilket var vad familjerna i dessa fall upplevde att de behövde. Vissa upplevde att det inte fanns något professionellt stöd tillgängligt för familjen, speciellt då den drabbade var över 18 år. I dessa fall uteslöts familjerna enligt dem själva både från den drabbades vård och från möjligheterna till kontakt med den. Exempel på detta ges nedan:

Vi hade behövt någon som visste vad en ätstörning innebar, men som också kunde hjälpa oss att tackla familjesituationen: Sonen som fortfarande behövde stöd, hur berättar man för en sexåring utan att traumatisera henne, hur ska man göra för att orka, hur ska man hålla parrelationen vid liv samtidigt som man går på glas hela tiden? Hur ska man göra när föräldrarna tacklar det så olika? (IP 3)

Vissa hade däremot positiva upplevelser av både tillgängligheten och av hjälpens resultat. Stödet skedde genom enskilda samtal på en ätstörningsklinik, föräldragrupper, kuratorer och samtal via en anhörigförening. De negativa upplevelserna var emellertid fler än de positiva. Även de som fick professionellt stöd hade stora behov av andra former av stöd och via andra kanaler än vad som erbjöds. Genom intervjuerna framkom det alltså att de hade behövt enskilda samtal som främst fokuserade på deras egna tankar och känslor istället för på den sjuke. Det fanns även de som upplevde långa köer till hjälp för anhöriga samt de som inte visste vart de skulle vända sig. Det ledde för flertalet av deltagarna i undersökningen till en negativ inställning till stödet för anhöriga till någon med en ätstörning och som avböjdes på grund av det. I flera fall upplevdes istället stödet från omgivningen i form av vänner och andra närstående som det mest värdefulla och givande. Några kände därför inget behov av någon annan hjälp. Respondenternas berättelser av hur viktigt det var med stöd från sin omgivning har framkommit på bland annat dessa sätt, nämnt av tre olika personer:

Vi fick hjälp att inte ge efter för hennes manipulation, men återigen skulle jag behövt stöd för att orka själv - att få prata om hur jag mår och inte bara om hur hon mår. (IP 3)

Jag hade inget behov av stöd utanför familjen. (IP 6)

Det var en väldigt viktigt stöd att kunna prata med andra. (IP 8)

Att ta hjälp av någon annan, professionell eller inte, är en känslomässig copingteori Lazarus och Folkman (1987, s. 153) kallar för *socialt stöd*. Det innebär att personen som upplever en pressad och psykiskt svår situation väljer att prata med någon de tror kan hjälpa dem på ett konkret sätt med problemet. Bland deltagarna i min undersökning skedde det på olika sätt och med hjälp av olika medel. Att ta hjälp av socialt stöd bidrog med sympati och förståelse från andra, vilket familjerna till den sjuke kände ett stort behov av i nästintill samtliga fall. Bland familjerna fanns alltså ett behov av att prata med någon i deras närhet. De vände sig både till personer som gått igenom en liknande process som de själva och de utan liknande erfarenheter och även till helt utomstående i form av professionellt stöd. Det var till stor nytta för familjerna genom att de kunde avlasta sina känslor och hantera den svåra situationen enklare. Det är syftet med socialt stöd som

copingstrategi, vilket är anledningen att det går att koppla upplevelserna som framkom i undersökningen till det (Lazarus & Folkman, 1987, s. 153).

Slutdiskussion

Perspektivet jag antagit i min studie skiljer sig något från de tidigare studierna inom samma område. Detta eftersom jag enbart koncentrerat mig på familjer där den drabbade har blivit frisk. Jag har därför kunnat jämföra om resultatet sett annorlunda ut när respondenterna haft mer distans från sjukdomen än vad de haft i de tidigare studierna jag tagit del av. Däremot har upplevelserna som framkommit i min studie gått i relativt tydlig linje med vad de tidigare studierna visat. En annan aspekt som skiljt sig från tidigare undersökningar är att jag inte innehar en professionell yrkesroll. Att jag i kontakten med respondenterna presenterat mig som student tror jag bidragit till en till viss del annorlunda utgång i förhållande till om jag vore yrkesverksam inom exempelvis socialt arbete. Det kanske skulle ha bidragit till att de intervjuade känt sig tryggare och mer villiga att öppna sig, i stället för att undersökningen nu gjordes av en universitetsstudent.

Det är tack vare de tidigare studierna jag fått förståelse för hur stor de närståendes roll i ätstörningsproblematiken är. Det har i resultatet framkommit att det är en kamp att både upptäcka och bli frisk från en ätstörning, både ur familjens och den sjukes perspektiv. Det är även svårt att veta när någon kan anses vara frisk. Mitt etiska perspektiv har därför varit centralt sedan jag bestämde mig för att belysa familjens syn på processen kring tidigare ätstörningsproblematik. Ätstörningar anses vara ett område och problematik som är svårt att greppa. Jag har utifrån resultatet av undersökningen förstått att det inte bara är en sjukdom som utspelar sig både fysiskt och psykiskt, utan det både grundar sig i och kombineras ofta även med annan problematik. Som det framkom i undersökningens urval var jag noggrann med vilka som kunnat ingå i min undersökning. Jag tänkte även på att mina frågor inte skulle vara för personliga eller påträngande, med tanke på att ämnet kan vara känsligt och komplext. Jag har även understrukt att intervjuerna inte handlat om den som varit drabbad av en ätstörning, utan endast de intervjuades egna upplevelser. Den informationen har varit viktig att förmedla, både till den anhöriga som jag intervjuat samt till de personer som tidigare varit drabbade som jag varit i kontakt med. Respondenterna har inte behövt känna att de pratat om någon som inte varit närvarande vid intervjun och därigenom tror jag att jag fått fram ett både talande och tillförlitligt resultat utifrån förutsättningarna. Jag tror även det har varit en förutsättning för att kunna genomföra en

undersökning som denna. Det är inte bara ätstörningsproblematiken som sådan som är komplext, utan det är även svårt att vara anhörig till någon som är sjuk. Utan att förminska ätstörningsproblematik utifrån den sjukes perspektiv.

Något både min egen och de tidigare undersökningarna saknar är hur situationen för någon som drabbats av en ätstörning ser ut om det inte finns en trygg familj tillhands. Denna studie har utgått från att den sjuke har en familj som fungerar som en trygg punkt i dennes tillvaro. Det är inte ovanligt att familjen är splittrad eller att situationen ser ut på ett annat sätt än vad jag utgått från i min studie. Om familjen är av stor vikt kan detta betyda det att det finns en lucka för de drabbade personer som inte omges av en trygg familj, men det kan också betyda att den tryggheten eller pelaren som familjen kan innebära har ersatts av någonting annat. Min studie har som sagt utgått från familjen och den senare infallsvinkeln hade inte varit möjlig med denna uppsats förutsättningar. Jag tror däremot att det är en viktig fråga att lyfta fram i den fortsatta forskningen inom området som rör ätstörningsproblematiken.

Av vad jag kan tolka utifrån min studie har det visat sig att familjers upplevelser av sin kontakt med vården och behandlingen den drabbade genomgått inte utvecklats särskilt mycket de senaste 20 åren. Därför tror jag det är väldigt viktigt att föra denna typ av forskning framåt, då det förhoppningsvis kan bidra till en förbättring. Det är därför viktigt att familjernas upplevelser av en närståendes ätstörning uppmärksammas och tas på allvar. De påverkas och lider synnerligen av en ätstörning som finns i deras närhet. Stöd för de anhöriga har upplevts vara betydelsefullt, vilket nämndes flertalet gånger i min undersökning. Eftersom det visat sig att familjen spelar en stor roll för någon som drabbats av en ätstörning kan det vara en väg att gå för att hindra utvecklingen av dem, åtminstone i en viss utsträckning. Jag tror alltså att den fortsatta forskningen inom detta område är viktig för ätstörningsproblematiken överlag. Sett utifrån socialt arbete och socionomens roll inom området tror jag den kommer fortsätta vara betydelsefull. Socionomrollen, vilket inom detta område ofta är i form av kuratorer, har enligt min undersökning påverkat problematiken positivt både för de drabbade och för familjerna som väl kommit i kontakt med dem. Även om vägen dit inte alltid varit snabb, enkel eller rak. Det viktiga är att vägen till slut trots allt leder hela familjen rätt och den bör därför vara enklare att hitta.

Jag har upplevt att hanteringen av en närståendes ätstörning utvecklats som en process över tid hos respondenterna i min undersökning. Det har i min undersökning visat sig finnas en någorlunda röd tråd för hur tankar, handlingar och känslor utvecklats hos de intervjuade familjemedlemmarna. Även om det inte går att utläsa ett exakt mönster hos samtliga deltagare i studien går det ändå att tolka upplevelserna som en process för samtliga inblandade i ätstörningsproblematiken, alltså inte enbart den sjuke. Det har framkommit flertalet likheter kring

vad de olika familjemedlemmarna upplevt vid olika tidpunkter av sjukdomsprocessen, vilket går att utläsa i min analys. Fortsatt belysning av detta tror jag inför fortsatt forskning kan bidra med ett lyft för betydelsen av familjens perspektiv i ätstörningsproblematiken. Då min studie visar hur komplex rollen som familjemedlem till någon med en ätstörning kan vara det vara viktigt att förstå familjens roll genom processen som upplevs av dem. Om processen kan förstås och tas på allvar i relation till problematiken tror jag utvecklingen av familjens involvering i ätstörningar skulle kunna ta ett stort steg framåt.

Referenser

Aspers, Patrik (2007). *Etnografiska metoder: Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Clinton, David & Norring, Claes (2002). *Ätstörningar – Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur

Davidsson, Bulle & Lillman Ringborg, Christina (2001). *Matkampen – Om ätstörning i familjen*. Stockholm: Gothia Förlag

Dükler, Peter (1995). *När maten tar makten – Föräldrar till anorektiker berättar om sig själva och sina familjer*. Stockholm: Carlssons Bokförlag

En närståendes handbook – En praktisk handbok för närstående till personer med ätstörningar. (2011). Stockholm: Riksföreningen Anorexi/Bulimi-kontakt

Folkman, Susan (2011). *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping*. New York: Oxford University Press

Karlsson, Lars (2012). *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur

Keski-Rahkonen, Anna & Charpentier, Pia & Viljanen, Riikka (2011). *Jag har redan ätit – Att vara anhörig till någon som lider av ätstörning*. Stockholm: Gothia Förlag

Lazarus, Richard & Folkman, Susan. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

Lazarus, Richard & Folkman, Susan (1991) The Concept of coping. I: Monet, A. & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping an anthology (s.189-206)*. New York: Columbia University Press

Lazarus, Richard & Folkman, Susan (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*,1 (3), s. 141-169.

May, Tim (1997). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Whitney Jenna, Murray Joanna, Gavan Kay, Todd Gill, Whitaker Wendy, Treasure Janet (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 187:444-449.

Östergren, P-O. (1995). Coping – Ett beteendemedicinskt nyckelbegrepp med ett brett tvärvetenskapligt tillämpningsområde. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, 2 – 3.

Elektroniska referenser

Frisk&Fri – Riksföreningen mot ätstörningar, 2013. Hämtad 2013-11-10: www.friskfri.se

Frisk&Fri – Riksföreningen mot ätstörningar, 2013. Hämtad 2013-12-25:

<http://www.friskfri.se/vad-vi-gor/>

Riksdagen, 2004. Motion 2004/05:So634: *Nationellt kunskapscenter för ätstörningar*. Hämtad 2013-10-20: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Nationellt-kunskapscenter-for-GS02So634/?text=true>

Statens Folkhälsoinstitut, 2013. Hämtad 2013-10-28: www.fhi.se

Vetenskapsrådet (2005). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2013-12-01: <http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334>

Bilaga 1

Intervjuformulär Socialhögskolan HT-13

C-Uppsats

Daniela Bodell

Lunds Universitet

Kontakt: xxxxxx@student.lu.se

Telefon: xxxx xx xx xx

Handledare: Yvonne Johansson

Kontakt: xxxxxx@soch.lu.se

1. Bakgrund

- Din ålder:
- Kön:
- Typ av ätstörning:
- Relation till den tidigare drabbade:

2. Utvecklingen och upptäckten av ätstörningen

- Tankar kring bakgrund och utlösningfaktor av ätstörningen?
- Hur och när upptäcktes det att någonting inte stod rätt till?
- Hur var din reaktion på att en ätstörning upptäckts hos din närstående?
- Vilka känslor fanns hos dig när ätstörningen upptäcktes och hur hanterade du känslorna?
- Kände du att du *kunde* göra någonting? Utveckla dina tankar!

3. Hur ätstörningen hanterades känslomässigt under problematikens närvaro

- Uppstod känslan av självklandrande och skuld? Utveckla i sådant fall!
- Vilka känslor fanns hos dig under sjukdomstiden?

4. Hur ätstörningen hanterades praktiskt under problematikens närvaro

- Hur såg hjälpen som den drabbade fick ut?
- Hur upplevdes hjälpen av dig?

5. Upplevelser under processen – Från upptäckten till tillfrisknandet

- Hur var din upplevelse av att behövas som stöd, samtidigt som någon med en ätstörning kan vara motvillig till hjälp?
- Hur upplevde du den drabbades avvisande eller mottaglighet för stöd, både från anhöriga och professionella?
- Hur upplevde du att relationen mellan dig och den drabbade påverkades som följd av ätstörningen?

6. Upplevelser av möjligheter till stöd för anhöriga

- Hur upplevde du att möjligheten till att komma i kontakt med professionellt stöd för anhöriga var?
- Hur tillgängligt upplevde du att det professionella stödet var?
- Hade du någon möjlighet till något annat stöd än professionellt under sjukdomsprocessen?
- Delade du upplevelser med andra anhöriga under tiden?

7. Upplevelser av det faktiska stödet för anhöriga under ätstörningen

- Hur lång tid in i problematiken upplevde du att det fanns stöd för anhöriga?
- Vad fanns det i sådant fall för stöd att få?
- Hur upplevde du det eventuella stödets faktiska hjälp och nytta?

8. Behandling och tillfrisknande

- Hur upplevde och kände du att anhöriga involverades i behandlingen?
- Hur upplevde du att kontakten mellan anhöriga och de professionella under behandlingen såg ut och fungerade?
- Hur var öppenheten i kontakten?
- Vilken förståelse fanns hos de professionella gentemot de anhörigas situation?

9. Övriga upplevelser

Bilaga 2

Informationsbrev till intervjupersoner



LUNDS
UNIVERSITET

Under den senare halvan av den sjätte terminen på socionomprogrammet skriver jag nu min kandidatuppsats, även kallat C-uppsats. Kursen läser jag vid Lunds Universitets Socialhögskola. Kursen går ut på att på egen hand både planera och genomföra en undersökning inom socialt arbete. Det görs i en studie där man som student bestämmer syftet med studien på egen hand.

Jag har valt att belysa ätstörningsproblematiken i min uppsats. Detta eftersom det kunskapsområdet länge varit något som intresserar och engagerar mig, samtidigt som det är ett viktigt samhällsproblem att uppmärksamma. Just anhöriga till någon som är drabbad av en ätstörning, diagnostiserad eller inte, är en grupp jag upplever kan glömmas bort. Därför tycker jag det är viktigt att belysa ätstörningens närvaro utifrån Er synvinkel också. Det jag ska undersöka är därför koncentrerat till de anhörigas syn på upplevelser och hanterande av en närståendes ätstörning. Eftersom problematiken är en process kan olika uppfattningar och erfarenheter visa sig, vilket stärker mitt intresse för området. Syftet med studien är att undersöka och få ökad förståelse för hur anhöriga till någon med tidigare ätstörningsproblematik upplevde och hanterade det. Att koncentrera mig på intervjupersoner som inte längre befinner sig i problematiken är viktigt för mig.

Min undersökning har jag tänkt ska grunda sig i ett antal intervjuer med anhöriga till någon med en tidigare ätstörning. Jag har valt att genomföra intervjuer via mail, så att Du får chansen att svara i lugn och ro och inte känna att någonting du säger tolkas eller används fel. Du kommer både få chansen att kommentera det som rör Dig i min uppsats samt få ta del av hela uppsatsen när den är klar. Intervjuerna är anonyma och informationen som framkommer kommer endast användas i min uppsats. Som intervjuperson väljer Du själv vad du vill svara på.

Jag är väldigt tacksam om Du vill ställa upp som intervjuperson för min undersökning. Det skulle betyda mycket för min uppsats. Din medverkan i denna studie är av största betydelse och jag önskar det kan kännas givande även för Dig att medverka.

Med vänliga hälsningar,

Daniela Bodell

Kontakt: xxxxxx@student.lu.se

Telefon: xxxx xx xx xx

Handledare: Yvonne Johansson

Kontakt: xxxxxx@soch.lu.se