

# ATT ÄTA ELLER INTE ÄTA, ATT ÄTA NU ELLER SENARE

En studie i ätstörningar i ett samhällsvetenskapligt perspektiv

Kerstin Lindström - Stachon

Helsingfors universitet

Statsvetenskapliga fakulteten

Socialt arbete

Licentiat - avhandling

September 2010



HELSINGIN YLIOPISTO  
HELSINGFORS UNIVERSITET  
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Faculty of Social Sciences		Laitos – Institution – Department Department of Social Research	
Tekijä – Författare – Author Lindström-Stachon Kerstin			
Työn nimi – Arbetets titel – Title To eat or not to eat, to eat now or later.			
Oppiaine – Läroämne – Subject Social Work			
Työn laji – Arbetets art – Level licentiate		Aika – Datum – Month and year 09, 2010	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 117
Tiivistelmä – Referat – Abstract			
<p>In Finland Anorexia is looked at as a mental disorder with a psychopathology, which among others includes the fear of becoming fat.</p> <p>In my research I have identified three main themes, which in addition to other under laying factors, have contributed to the onset of the illness.</p> <p>They are anorexia as a lifestyle, diet, and the willingness to eat right and live healthy.</p> <p>With the awareness of the own sexuality and the interest of the opposite sex the image of the own body becomes clear. In the background other emotions as for example, loneliness, trying to find your self, anxiety and depression plays a role.</p> <p>I have built my study around the patients own life stories. The perspective is orientated society and as analytical method I have used narrative. I have borrowed ideas from both Vilma Hänninens (1999), Gerhard Riemann and Fritz Schützes (1991) narrative models, and I move between them both. I was primarily interested in the time before the illness and the under laying causes, which may promote the illness.</p> <p>I have reflected the problems of the persons with anorexia in particular Anthony Giddens (1997) and Zygmund Baumans (1999) theories about the post modern society, and view eating disorder as an expression of ill being. The social climate has become tougher and the interest for other persons in our society has been forgotten. We live, according to Giddens (1997), in a runaway world, which means that the changes affect existing patterns of behaviour on a larger scale and at a deeper level than before.</p> <p>According to Pennanen (2000) the goal for eating disorder patients is, stressful, difficult achievable and controllable.</p> <p>My informants tell of high goals, performance requirements, low self-esteem and embarrassment over their bodies.</p> <p>To recover, support is needed. But the most import thing is that the person wants to recover and take responsibility about their own recovery. The illness is individual. Each person experiences the illness in their own way but also many anorectics find strength in their illness.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Eating disorder, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa,			

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	sida
1. INLEDNING	1
2. FORSKNING OCH BEGREPPSUTVECKLING KRING ANOREXI	3
2.1 Anorexia Nervosa – en debatterad sjukdom med debatterade vårdformer	3
2.2 Olika vetenskapsinriktningar och dess syn på anorexi	6
2.2.1 Det feministiska synsättet	6
2.2.2 Det psykologiska synsättet	7
2.2.3 Det samhällsrelaterade synsättet	8
2.2.4 Det socialantropologiska synsättet	9
2.2.5 Det terapeutiska synsättet	10
2.2.6 Allmänna åsikter om ätstörningar	10
2.2.7 Åsikter om anorexi grundade på egna erfarenheter	11
2.3 Ätstörningspatienter som forskningsobjekt	13
2.3.1 Syskonrelationer	13
2.3.2 Kvinnor i olika åldrar med bulimi	14
2.3.3 Tonårspatienter	15
2.3.4 Tvillingundersökning	16
2.3.5 Unga kvinnor med problem att uppnå sina målsättningar	17
Tabell 1. Sammandrag av forskningsresultat.	18
2.4 Samhället som normgivare och trendskapare	19
2.4.1 Hemmet	19
2.4.2 Skolan	20
2.4.3 Fritid och vänner	22
2.4.4 Den yttre miljön	24
3. KVALITATIV FORSKNING OCH NARRATIV METOD	31
3.1 Forskningsmiljön	32
3.2 Forskningsetik	34
3.3 Narrativ som forskningsmetod	35
3.4 Intervjuerna	40
3.5 Att analysera unga kvinnors berättelser om sin sjukdom	41
3.5.1 Att läsa berättelser	41
3.5.2 Att tolka berättelser	44
4. PERSONBILDER	47
4.1. Introduktion	47
4.2. Att växa i sin sjukdom	48
4.3. Motion, som en del av den egna identiteten	60
4.4 Kroppen, som en källa till glädje och sorg	67
4.5. Socialarbetaren, som en ”bro” mellan sjukhus och samhälle	78
5. ÄTSTÖRNING, SOM EN SAMHÄLLSRELATERAD SJUKDOM	80
5.1 Adjektet	81
5.2 Barndom och hem	82
5.3 Det egna jaget	83
5.4 Negativa självupplevelser	84
5.5 ”Det sjuka sinnet”	85
5.6 Primärfamiljen	87
5.7” Det sjuka sinnet” och kroppen	88
5.8 Den tunga vården	95
5.9 Kroppen och det senmoderna samhället	97
5.10 Friheten att välja	98
5.11 Ätstörningar i det senmoderna samhället	100

	sida
5.12 Tankar på framtiden väcker inte bara hopp, de väcker också rädslor och tvivel	103
6. SLUTLEDNING OCH SAMMANDRAG	108
7. LITTERATURFÖRTECKNING	113
INFORMATION FÖR PATIENTERNA. Bilaga 1	117

## 1 INLEDNING

Att äta eller inte äta. Att äta nu eller senare, det är tankar, som ofta och helt kan uppta den personens tankar, som lider av ätstörningar. Mat och ätande kan kännas väldigt ångestfyllt, men också skapa olust kring matbordet i familj som familj. Jag har följt med mina egna döttrars matvanor under deras uppväxt och kunde lägga märke till att matvanorna förändrades under uppväxtåren. Vi har alltid haft regelbundna mattider, och har varit allätare, men under olika uppväxtperioder uppkom olika problem. Jag undrade ofta under den tiden för mig själv, hur mycket som var direkt opposition riktad mot mig som auktoritet, mamma, fostrare och kock. Jag kan under inga omständigheter påstå att någon av flickorna skulle ha lidit av ätstörningar. De problem som fanns och uppstod, låg inom ramen för normala tonåringars maner. Men jag började vid den här tiden fundera på "det speciella" som kan uppstå kring mat och ätande. Senare, som socialarbetare inom hälsovården, kom jag i kontakt med verkligt allvarliga störningar. Det var i en tid, då det inte fanns speciella ätstörningsavdelningar, utan patienterna vårdades på mentalsjukhusens vuxna avdelningar, eller på somatiska avdelningar beroende på hur långt svälten hade drivits. Den medicinska vården sökte på den tiden ännu sin väg, och några egentliga vårdmetoder fanns inte. Det viktigaste var att få patienterna att äta en viss mängd mat per dag. Jag har aldrig arbetat på en avdelning med enbart ätstörningspatienter.

Ätstörningar är en sjukdom med många dimensioner. Jag anser att där också finns en samhällsrelaterad dimension. Det är den dimensionen, som har väckt mitt intresse. Då jag fick möjlighet att intervjua ätstörningspatienter på nyöppnade avdelningar, kunde jag inte motstå utmaningen. Det har varit intressant, men mycket svårare än jag trodde från början. Då jag informerade patienter och personal på sjukhuset om min undersökning, uppgav jag mitt intresse för att vara med och sprida kunskap om ätstörningar.

Att forska på sjukhus kräver extra tillstånd, vilket jag småningom fick och kunde då börja göra mina intervjuer. Intervjuerna kändes som en upplevelse i sig. Att hela projektet skulle vara så svårt, ogripbart och omfattande, kunde jag inte föreställa mig. Att kvinnor tänker på sitt utseende, och att unga kvinnor i synnerhet är mycket måna om sitt utseende, är för mig bekant. Damtidningarna frossar i slanka kroppar, modekläder och makeup produkter i säsongens trendigaste färger. Också i mina informanternas berättelser framkommer missnöjet med den egna kroppen, ingens kropp är perfekt. Trots att kroppsfixering hör till sjukdomsbilden, handlar berättelserna inte om kroppens skönhet eller tar fasta på skönhetsvärdet. Få poängterar att de vill vara magra men rädslan för övervikt är allmän. Många informanter är intresserade av hälsosam kost och ett sunt liv, men det visar sig att också kosten kan bli "allt-

för hälsosam”. Informanterna berättar om rädslor för vad sjukdomen har gjort med den egna kroppen. Benskörhet är en vanlig följsjukdom. Berättelserna handlar om bantning och självsvält eller överslag i form av hetsätning. Mina informanternas berättelser är i sin likhet mycket individuella, och det dröjde ett tag förrän jag kunde se att de egentligen hela tiden berättade om sina känslor och sin kropp. Jag har fokuserat på upplevelser i informanternas liv innan sjukdomen blev ett faktum, samt på känslor och känsloupplevelser i samband med sjukdomen.

Sjukdomens speciella karaktär har väckt många tankar hos mig. Jag har kommit in på kvinnoforskning och tangerar både klinisk forskning, psykiatri och psykologi. Trots att mina informanter har beskrivit sin sjukdomstid och sjukdomsbild ytligt i termer som mat och motion, väcker sjukdomen många tankar kring den tvångsmässighet informanterna förknippar med mat och motion. Vari ligger drivkraften när en person kämpar tills hon bildligt och praktiskt stupar i en sjukhussäng i dropp och det ännu nästan med våld. De här sakerna har mina informanter kringgått med att säga att “ den som inte insjuknat kan inte förstå de sjuka tankar som tar överhanden, det finns säkert många orsaker men...”

Det skrivs mycket om ätstörningar som sjukdom. Jag ser också ätstörningar som en sjukdom, men vill granska ätstörningar ur ett samhällsperspektiv och bredda basen för den kunskap, som redan finns. Antalet insjuknade ökar och många förblir utan adekvat vård. Nya undersökningar kan ändå påvisa att t.ex anorexi är bättre än sitt rykte det vill säga många patienter tillfrisknar under några år, och deras prognos för ett ”friskt liv” är tämligen god. Men när en ung kvinna insjuknar i ätstörningar, förändras hennes liv för månader kanske år framöver.

Jag utgår ifrån att de kvinnor som insjuknar har en dåligt integrerad självbild. Jag kommer därför att uppehålla mig kring bl.a. jagets uppbyggnad i det senmoderna samhället. Jag tar fram och pekar på faktorer i samhället som bygger upp och formar den egna identiteten. Vi lever i en värld i förändring. Familj och släktskap har om inte mist så åtminstone minskat i betydelse jämfört med tidigare samhällsepoker. I det senmoderna samhället skapar Individens själv sin identitet. Brister, såsom avsaknanden av riter vid övergångar i livet liksom traditionslösheten, skapar osäkerhet och brist på modeller skapar ångest. Eftersom sjukdomen främst drabbar unga kvinnor, kommer jag också att behandla, om än ganska ytligt, barnets utveckling från barn till vuxen. Mina informanter berättar om en negativ syn på sig själva och om dåligt självförtroende. Det finns också de, vars barndom har medfört besvikelser. Men berättelserna vittnar också om en enorm prestationsförmåga. Mina informanter hade hunnit med mycket under sitt relativt korta liv.

Ätstörningspatienterna är en ganska liten grupp. Det kan handla om ett hundratal inskrivningar per år, på det sjukhus, där jag forskat. Vårdplatserna är också begränsade. Av den orsaken kommer jag att fästa speciellt stor uppmärksamhet kring etiska frågor och forskningsetik i allmänhet. Jag kommer att återge tre modellberättelser, som är grupperade enligt de bakgrundsorsaker informanterna har gett s.s. en liten bantning och så vidare.

I det följande kommer jag att behandla anorexi som sjukdom. Det finns många åsikter om varför och hur unga kvinnor insjuknar i ätstörningar. Jag har därför samlat olika åsikter om sjukdomen. Forskningen är tvärvetenskaplig. Jag har tagit fram nyare inhemsk och utländsk forskning i ämnet.

## **2 FORSKNING OCH BEGREPPSUTVECKLING KRING ANOREXI**

Jag har valt att studera ätstörningar ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv. Jag kommer i de följande att behandla sjukdomen anorexi samt närmare granska de strukturer i närmiljön och samhället, som kan tänkas ha en negativ inverkan på sjukdomen och försvåra tillfrisknandet. Det är främst kvinnor, som drabbas av sjukdomen. Enligt mina informanter är anorexi en sjukdom, som lömskt smyger sig på. Att insjukna är inget "naps - fenomen" . Sjukdomen kommer långsamt smygande och personen i fråga förstår ingenting förrän sjukdomen är ett faktum. Ännu i det skedet är ofta förnekelsen total. Personen reagerar med att förklara att allting är OK, hon känner sig bara litet stressad.

### **2.1 Anorexia Nervosa – en debatterad sjukdom med debatterade vårdfilosofier.**

Då jag gått igenom och läst texter om ätstörningar, beskriver alla samma symptom, men poängterar olika perspektiv utgående från egna teoretiska referenser eller erfarenheter. Ätstörningar har gamla anor. Enligt Anthony Giddens (1997) finns det en del anteckningar från medeltiden, som berättar om kvinnliga helgon som mottog andens nådegåvor genom regelbunden fasta, en sed som läkarna på 1600 - och 1700 - talen kallade för *anorexia mirabilis*, aptitlöshet uppväckt av mirakel. Det råder stor enighet om att *anorexia mirabilis* är något helt annat än anorexia nervosa, som tillhör den moderna tiden och framför allt karaktäriserar den nuvarande epoken. Anorexi började med fenomenet "fastande flickor" som man konstaterade i slutet av 1800 - talet och som kan anses som ett övergångssyndrom. Anorexia nervosa i egentlig mening blev ett utbrett fenomen först efter det att "bantning" i ordets snäva mening växte fram på 1920 - talet, och sträcker sig in i våra dagar. Att "banta" i ordets snäva mening är bara en konkret framträdelseform av ett betydligt mera omfattande fenomen: dyrkande av

kroppsregimer som ett medel att reflexivt påverka själva objektet, anser Giddens (1997, 128.)

Aila Rissanen (2001) är inre medicinare och arbetar med ätstörningspatienter. Enligt, av henne refererade internationella undersökningar, framgår att ca 60 % av kvinnorna och ca 40 % av männen har försökt banta under någon del av sitt liv. Övervikt är ett allt större medicinskt problem. De negativa hälsopåföljderna av övervikt är redan större än de som tobaken medfört. För närvarande är det största problemet att barn och unga män börjar vara överviktiga. Däremot ökar inte övervikten hos kvinnor lika snabbt längre. Man vet inte orsaken till varför unga kvinnor insjuknar i ätstörningar. Det verkar vara en mångfasetterad process, som innefattar bl.a. psykologisk/utvecklingsdisposition, sociala och fysiologiska faktorer, samt en mängd uppehållande faktorer. Vanligaste åldern för att insjukna i bulimi är 15 - 25 år, anorektikerna insjuknar något yngre. För att kunna tala om anorexi har vikten sjunkit 15 - 25 % beroende på utgångsvikten. Hon berättar också om hur svårt det är att acceptera, att en vanlig bantning kan leda till anorexi. Första gången hon själv som läkare tangerade problemet i en egen undersökning, ignorerade hon detta. Först efter det att anhöriga börjat kontakta angående anhöriga, som de sett insjukna i anorexi i samband med en bantning, måste hon själv börja tro på möjligheten.

Den medicinska definitionen på anorexia nervosa är, enligt International Classification of Diseases ICD 10, Anorexia nervosa F50.00. Sjukdomen karaktäriseras av avsiktlig viktminskning, åstadkommen och uppehållen av patienten. Den förekommer vanligaste bland flickor i tonåren och bland unga kvinnor, men förekommer också bland tonårspojkar och unga män, liksom hos barn som närmar sig tonåren, och hos äldre kvinnor fram till menopause. Sjukdomen har en speciell psykopatologi, som innefattar en ängslan för fetma och slapphet i kroppskulturen, en påtvingad och överskattad idé, och en för patienten själv påtvingad lågvikt tröskel. Det handlar om undernäring av varierande grad med sekundär endokrin och metabolisk förändring, samt en störning av kroppsfunktionen. Symptomen innefattar begränsat maturval, överdriven motion, av patienten själv åstadkomna kräkningar och rensning med hjälp av bl.a. aptitborttagande - och laxermedel. Enligt ICD 10 är anorexi en psykisk sjukdom, men alla läkare delar inte den uppfattningen.

I anslutning till att ätstörningskliniken började sin verksamhet år 2002, fördes en debatt i dagspressen. Av debatten framgår att man både i Sverige och Finland ser vikten av att vårda ätstörningspatienter på för dem specialiserade kliniker. Men synen på själva sjukdomen, skiljer sig i någon mån. Medan man i Finland ser anorexi som en psykisk sjukdom, ser man i Sverige de psykiska problemen, som en följd av självsvälten.



Vi ser anorexi som en psykisk sjukdom, en sjuklig rädsla för att bli fet. Uttalandet görs av psykiatern Kristian Wahlbeck. Men fast vi tycker att sjukdomen är psykisk behandlar vi den på nästan samma sätt som man gör inom Huddinge modellen. Idén är att patienten skall lära sig äta på nytt, säger Wahlbeck. Det är jobbigt för föräldrarna att se sitt barn insjukna i anorexi, som är en allvarlig sjukdom. Om vårdpersonalen sedan börjar tala om bakomliggande orsaker och ställa frågor kan föräldrarna dessutom drabbas av dåligt samvete. Vi vill gärna ha föräldrarna med i vården men vi söker inga syndabockar, framhåller Wahlbeck, enligt Anika Rantala m.fl. i Hufvudstadsbladet (13.1.2002, 17 - 19.)

I Sverige, närmare bestämt på Huddinge sjukhus, är man av helt av annan åsikt. Glöm familjeterapi och psykofarmaka uppmanar Cecilia Berg på Huddinge sjukhus. Anorexi är ingen psykisk sjukdom. Patienterna har visserligen psykiska problem, men det är till följd av självsvälten. Man utgår från de fysiska problemen med utmärgling, förändrat beteende, låg kroppstemperatur och hyperaktivitet. Typiskt för anorexipatienter är att de känner sig proppmätta redan innan de börjar äta. Med hjälp av manometern (används vid portionering av patienternas mat) skall patienterna träna sitt ätbeteende och lära sig känna normal mättnad. Efter en tid börjar kroppen ställa in sig enligt manometern, säger Cecilia Berg (Rantala m.fl. Hufvudstadsbladet 13.1. 2002, 17 - 19.)

I anknytning till ätstörningsdagarna 2007, framförs i en notis i dagspressen, vikten av att vårda ätstörningspatienter på egna kliniker. Enligt för mig obekräftade uppgifter, skulle undersökningar gjorda i Sverige bekräfta att dödligheten bland anorexipatienter har minskat så småningom (Hufvudstadsbladet 14.2.2007). I Finland är dödligheten, enligt Anna Keski-Rahkonen (2007a), 5,6 % per årtionde, och enligt Helena Korpi (2010) på Statistikcentralen har det i Finland dött 0 - 5 % i året. Enligt de färskaste uppgifterna från 2008, dog inte en enda person i ätstörningar, men det handlar om så låga tal att förändringarna kan vara slumpmässiga.

Ur Käypä hoito – suositus (2002), (Gångse vård – rekommendationer 2002) framgår att ätstörningar är främst unga flickors problem. Den här formen av undersökningar hade vid den aktuella tidpunkten ännu inte gjorts i Finland. Resultaten härleder från undersökningar gjorda i Europa. Av dem framgår att av unga flickor insjuknar ca. 0,2 - 0,8 % och bland pojkar 1/10 del av detta. Bulimifrekvensen är ungefär densamma. Det är vanligt att unga finländska flickor, vanligtvis på högstadiet, bekymrar sig om sin vikt. Bantningsstörningar börjar vanligtvis i början av tonåren, en mycket liten del just därförinnan.

Ur rapporten framgår vidare att det bland anorexipatienter framträder i medeltal flere allvarliga depressioner och ångeststörningar, och tre av fyra ätstörningspatienter i skolåldern lider även av andra psykiska störningar. Till både anorexi - och bulimipatienterna hör ofta tvångs-

mässiga symptom eller krävande personlighetsstörningar, som har en benägenhet att stanna kvar också efter det ätstörningen är botad. Personlighetsstörningar och alkoholproblem är vanliga i synnerhet bland bulimipatienter. De patienter som också använder laxer - och andra preparat, har i allmänhet mera psykiska problem. *Suicidförsök* och andra självdestruktiva beteenden är vanliga i den här patientgruppen. Ett snabbt uppdagande och vård förutsätter att skolhälsovården regelbundet följer upp elevernas hälsa och samarbetar med gymnastikläraren.

Den somatiska vården börjar med en kartläggning av patientens levnadsvanor, vikt och allmänna hälsotillstånd. Man gör utvärdering av näringstillståndet, kliniska - och laboratorieundersökningar. Benskörhetsrisken är påfallande för patienter, som har en störning som varat mera än 12 månader. Den allmänna utvärderingen görs ofta inom bashälsovården, medan de mera ingående undersökningarna görs inom specialsjukvården. Målsättningen inom barn - och ungdomspsykiatri är att kartlägga, handlar det om en ätstörning, och har patienten samtidigt andra psykiska symptom eller sjukdomar. Man utvärderar patientens åldersadekvata psykiska utveckling och handlingsförmåga, samt störningens inverkan på barn - och ungdomsårens utveckling. Den allmänna målsättningen är öppenvård. Vid sidan av psykiatrisk vård bör man följa upp det somatiska tillståndet. Beroende på boningsort görs den somatiska uppföljningen på den enhet som vårdar ätstörningarna, inom specialsjukvården eller inom bashälsovården (Käypä hoito - suositus, Gångse vård - rekommendationer 2002.)

## **2.2 Olika vetenskapsinriktningar och dess syn på anorexi**

Anorexi är en omdebatterad sjukdom. Många har åsikter om sjukdomens innebörd och dess uttrycksformer. Man kan se anorexin som ett samhällsinriktat problem, men den kan också uppfattas som en protest både mot omgivningen och den egna kroppen. Jag började min undersökning med att söka litteratur som behandlade ätstörningar i allmänhet.

### **2.2.1 Det feministiska synsättet**

Inom den feministiska hälsoforskningen, som här presenteras av Elina Oinas (2000) ställer man sig kritisk mot det paternalistiska samhället, och ser anorexin som en protest mot männens dominans inom samhällets olika sektorer. Inom den feministiska hälsoforskningen har två områden fått speciell uppmärksamhet. Den ena är läkarvetenskap och praktik, den andra är kvinnans sexualiserade och objektiverade kropp med slankhetsideal och ätstörningar som följd. Båda innefattar kritik mot det patriarkala samhället. Både läkarvetenskapens sätt att föra fram vissa begränsade kvinnoideal, samt betona kvinnokroppens förmåga att föda barn

och modeindustrins och populärkulturens uppehållande ideal av den utmärklade, men samtidigt topptrimmade kvinnokroppen, är i feministisk litteratur tolkad som uttryck för manliga värderingar, som inte gagnar kvinnan och kvinnans bästa.

Det andra feministiska exemplet är Susan Bordo (1993). Hon hävdar att 90 % av alla anorektiker är kvinnor, och att det är helt fel att tro att den moderna kvinnan skulle vara neutral i förhållande till kön. Kvinnor är mera besatta av sin kropp, mindre tillfreds med den och mindre tillåtande mot sig själva än män. En anorektiker har en förvrängd bild av sin kropp, hon ser sig själv som fet. En kvinna kan inte vara sexig eller romantisk utan en passande kropp. Kvinnor har en liten diktator inom sig som dominerar dem. Den lilla diktatorn är alltid en man. Det anorektiska andra jaget den okontrollerade aptiten, den slappa viljan och tendensen till mental slöhet, det är den kropp vi ser men det är också kvinnan själv. Den manliga sidan den spirituella med den starka karaktären kommer fram och utvecklas i det anorektiska syndromet. Här finns rädsla och förakt för traditionella kvinnliga roller och social begränsning samt en djup rädsla för "det kvinnliga" med en mardrömslik association av en glupsk hunger och ett omåttligt sexuellt begär. Självsvälten är också ett uttryck för det sjuka i vår kultur. Nutidskvinnan räds för att mista kontrollen över sitt liv och sin framtid i en tid som styrs av skönhetsideal. Typiskt för en ung anorektiker, enligt Bordo (1993), är känslan av att inte ha kontroll över sitt ätande och sitt handlande. Hon är perfektionist med så höga målsättningar att det är omöjligt att nå upp till dem. Hon vill vara bäst i alla sammanhang och är ett offer för motstridiga känslor.

### **2.2.2 Det psykologiska synsättet**

Den psykologiska referensramen tar fasta på identitet, sexualdrift och könsidentitet. Beyla Toh (1992) ser på ätstörningar utgående från den åldersadekvata sexualdriften. Hon anser att det är den, som "väcker" anorektikern. Styrkan bekräftas av att hon vaknar till medvetande om sin kropp. Med speglingen av och i omgivningen ökar hennes rudimentära självs styrka och "växer" i och med den åldersadekvata kroppsförändringen. Plötsligt börjar omgivningens kommentarer om henne att få betydelse. Så länge hon uppfattar dem som positiva får hennes rudimentära själv den näring det behöver för att forma en vag könsidentitet. Men det brukar inte dröja länge förrän hon hör eller ser den ödesdigra kommentaren. Denna kan handla om allt från runda kinder till kraftiga ben, bak, höfter armar eller fötter. Vad alla har gemensamt är att anorektikern uppfattar att någon del av hennes kropp är för stor, rund, vidlyftig eller för kraftig. Denna kommentar brukar leda till beslutet att banta. Hur oskyldig denna kommentar eller gest än har varit formulerad, upplever anorektikern den som en av de djupaste kränkningar hon fått.

Bantning innefattar också kontroll och Toh (1992) gör gällande att bantning först och främst handlar om att vinna tillbaka glädjen över förnimmelsen av självet, som hon upplevde i sin kropp. Denna tror hon, kommer tillbaka så fort hon rättar till "felet" som den av henne uppfattade negativa kommentaren förorsakat. Efter att ha rättat till detta upptäcker hon, till sin förvåning att förnimmelsen inte infinner sig. Inte heller har hon glömt smärtan som den förmenta kommentaren eller gesten gav henne. Hennes hyperkänslighet stärker dessvärre hennes tro på den fientliga världen, vilket är resultatet av de knappa responser på tröst, som hon tidigare fått. Efter denna plågsamma insikt börjar hon känna sitt djupa behov av sina självobjekt, som konkretiseras i hennes behov av föräldern eller föräldrarna. Dem lämnar hon aldrig annat än i en chimär bemärkelse. Med svälten väcker hon sina föräldrars oro, vrede och skuld, och blir en illusorisk härskarinnas över dem. Illusorisk i den bemärkelsen att det är hennes självobjekt, som hon behöver i brist på inre strukturer. Hon börjar iakta hur sprickorna i deras samliv blir synliga eller om hon lever med en ensamstående förälder agerar hon ut dennes intresse för det motsatta könet ända tills hon "tämjt" det. Hennes "passion" är lika gränslös och tyst som hennes krav på kontroll. Vad hon medvetet försöker göra är att överföra sin s.k. lydnad på föräldrarna. Det är lika omöjligt som tragiskt, eftersom de vanligtvis är lika skrämda som hon.

### **2.2.3 Det samhällsrelaterade synsättet**

Samhällsvetaren Giddens (1997) anser att man bör förstå anorexi mot bakgrunden av den mängd valmöjligheter som senmoderniteten erbjuder. Anorektikerna upplever senmodernitetens öppenhet på ett mera fullständigt men samtidigt motsägelsefullt sätt. Han anser att anorexi är en protest som karaktäriseras av ett konsekvent engagemang i kroppsutvecklingens reflexivitet. Den anorektiska kvinnans symptom omfattar en total uppgörelse med den flegmatiska reaktion som karaktäriserade hennes "hysteriska" syster på 1800 - talet.

Joan Brumberg (1997) får representera en sociologisk inriktning. Hon hänvisar till en amerikansk undersökning från 1986, som visar att "känna sig fet" är signifikant relaterad till emotionell stress och andra yttre stimuli. Efter veckor eller månader av svält, vänjer sig den unga kvinnans själ och kropp till både känslan av hunger och förlusten av mat. Det bildar ett andra steg i sjukdomens utveckling. Det finns relevans att påstå att hungersmärtnan eventuellt minskar snarare än ökar och kroppen går in i ett "halvdött" tillstånd, vilket betyder en negativ energiballans. På en icke definierad punkt i tiden, gällande vissa flickor, vore döden vid något tillfälle tillfredställande för att lindra spänningen.

Den kulturella förklaringen till anorexia nervosa, enligt Brumberg (1997), postulerar att sjukdomen är utvecklad med ett starkt kulturellt imperativ, som gör slankhet till det ledande ut-

trycket för kvinnlig skönhet. I vår tids diskussioner hör vi den här idén yttras hela tiden; orsaken till anorexi är ett ständigt malande om modern diet och den erotiska vördnaden för sylfidsmala kvinnor såsom t.ex. 1960-talets Twiggy. Den moderna etiken framhäver ett androgrynt ungdomsideal snarare än grunddrag för en vuxen kvinnas kropp. Den allmänna kunskapen reflekterar realiteterna i en kvinnas liv i det 20. århundradet. Den kulturella modellen ger av de här orsakerna mera än något annat kunskap om och påvisar varför ätstörningar är ett kvinnligt problem.

Enligt Brumberg (1997) kan den kulturella omgivningen i sig inte påverka ett insjuknande, och beklagar att det finns en tendens i vårt samhälle att inte se anorexi som en sjukdom. Istället försöker man visa att sjukdomen är en oundviklig konsekvens av ett kvinnohatande samhälle, som gör anspråk på kvinnor att devalvera kvinnliga erfarenheter och kvinnliga världen, med att objektivera deras kroppar, och att vanhedra kvinnors tidigare och nuvarande prestationer. Både överätning och svält är en protest mot det sätt varpå kvinnan betraktas i vårt samhälle, som ett objekt för smycke och nöje. Hon förenar sig med socialfeministerna, i sin kritik mot samhället, och för fram tanken på att i dagens samhälle är man hänförd över smala, veka kvinnor, vilket uttrycker den centrala logiken i kapitalismen och patriarkatet. Båda karaktäriserar den sexuella delningen och kvinnans underordnade ställning. Responderande till det brutala ekonomiska och kulturella imperativet, använder sig kvinnan av en överdriven inställning till mat, som en metod att fylla sin egen tomhet, sin rädsla och sitt självhat. Anorexi är ett nytt fenomen, som härstammar ur trycket och förhållandena i det moderna samhället. Sjukdomen är varken ett utnyttjande av unga kvinnor (som offer) eller frivilligt vald (som protest), och innehåller inte ett socialt eller biologiskt arv. En gångbar kulturell modell har misslyckats i att visa varför så många individer inte utvecklar sjukdomen även om de utsätts för samma kulturella omgivning. Kulturen i sig kan inte utveckla anorexi. För att kunna förstå anorexia nervosa, måste vi tänka oss sjukdomen som en mångfasetterad sjukdom.

#### **2.2.4 Det socialantropologiska synsättet.**

Socialantropologen Jorun Solheim (2001) tror inte att anorektikernas dyrkan av det smala eller slanka är ett uttryck för att hon, på sitt paradoxala sätt, kopierar det moderna kvinnoidealet. Hon anser att förbindelsen ligger djupare, och sambandet till stor del är det omvända. Hon utgår ifrån att anorexi är ett språk, ett konkret kroppssymboliskt språk med mycket bestämda metaforer. Fastän sjukdomens uttrycksformer varierar finns det ändå ett antal "kärnmetaforer", som verkar känneteckna den primära anorektiska sjukdomsbilden. Solheim (2001) tar fram en symbolstruktur som ser ut som följer:

- mindre och mindre mat – hon blir aldrig tillräckligt smal.

- störningar i den egna kroppsbilden – förnekande av magerheten.
- oupphörliga matfantasier – maten förföljer henne.
- hyperaktivitet – hon befinner sig på flykt
- menstruationen och kroppsutvecklingen upphör – en arrestering av det kvinnliga
- strävan till perfektion – det fullkomliga självet

Anorektikern talar med hjälp av kroppen. Hon talar direkt och oförmedlat och i en viss mening blir hon också hörd, men kroppsspråket är ett ganska odifferentierat språk. Det är diffust, otydligt och inte tillräckligt avancerat för att uttrycka budskapet på ett adekvat sätt. Anorektikern är därför innesluten i en brist på språk. "Hon behöver nya ord", säger Solheim (2001, 113-114.)

### **2.2.5 Det terapeutiska synsättet**

Läkaren och terapeuten Peggy Claude - Pierre (2000) har en lång arbetserfarenhet med ätstörningspatienter. En del av mina informanter hänvisade till henne, så hennes bok verkar vara känd också bland ätstörningspatienterna. Hon anser sig ha funnit ätstörningarnas *etiologi* d.v.s. de bakomliggande orsakerna. Hon har gett namnet "fortsatt förnekelsestillstånd" åt de invecklade tankeprocesser, som pinar dem som lider av ätstörningar och även deras sinne. I det "fortsatta förnekelsestillståndet" är ätstörningen jämförbart med hudutslaget vid mässling, eller de uppsvällda halskörtlarna vid påssjuka; symptomet för de bakomliggande orsakerna. Dispositionen för ett fortsatt förnekelsestillstånd börjar tidigt i livet, men det fortsatta förnekelsestillståndets bärare behöver inte nödvändigtvis utveckla ätstörningar. Andra utslag av samma symptom kan vara t.ex. depression, panikstörningar och somatiska sjukdomar. Personen kan uppvisa flere störningar samtidigt med ätstörningar eller utan dem. Ett fortsatt förnekelsestillstånd är på botten av denna förödande sjukdom. Ätstörningar är symptomet, det fortsatta förnekelsestillståndet är sjukdomen vi skall bota.

### **2.2.6 Allmänna åsikter om ätstörningar**

Marginaliseringsforskare Riitta Granfelt (1998) anser att anorexi, likväl som alkoholism och arbetsnarkomani, kan anses som ett försök att klara sig från inre och yttre hot. Anorektikern piskar symboliskt den del av jaget, som hon inte vågar låta växa fram och bli starkare. Hon anser också att man kan tolka anorexin som ett tvångsmässigt sätt att straffa sig själv och förkväva sina känslor. Anorektikern är så utsvulten och behövande att hon inte förmår ta emot varken mat eller omvårdnad. Brumberg (1997) ser ett liknande samband mellan å ena sidan alkohol och droger och det beroende som man kan finna inom anorexin. De har alltså

en flykt i sig, men i berusningen finns också en strävan efter ett tillstånd av olika slags njutning.

Ulla Vikander och Ulla Manns (1994) påpekar att anorexi har blivit allt vanligare, liksom plastikoperationer. Allt för att uppnå ett normerat skönhetsideal. Julie Hepwort (1999) framhåller att anorexi också förekommer hos män men sjukdomen ter sig olika hos kvinnor och män, och man använder olika vårdstrategier. Ann-Katrin Larsson (2001) anser att tvångsmässiga joggingpass är ett exempel på att försöka bekämpa tvångsmässig ångest. Hon anser att självsvält handlar om att uppnå kontroll över kroppens drifter s.s. hunger, sexualitet och känslor.

Hannu Kaskinen (2004) behandlar *ortorexi*, en mellanform av anorexi och vad man kan kalla "vanlig bantning". En *ortorektiker* har börjat förverkliga någon form av specialdiet, eller så har matvanorna sitt upphov i hälsorekommendationer med andra ord hälsosam kost. Det är i första hand hälsomedvetna, bantare samt pedanter och karriärister, som underkastar sig *ortorexin*. Musiker och idrottare är typiska fall. Risken för ätstörningar växer om personen är van vid att bortse från sina behov för att uppnå ett konkret mål.

### **2.2.7 Åsikter om anorexi grundade på egna erfarenheter.**

Anorexin ger fruktansvärd ångest om man måste äta. Jag trodde maten skulle ta livet av mig, säger Katarina Käcko. Hon uttalade sig i egenskap av f.d. anorexipatient. (Rantala m.fl. Hufvudstadsbladet 13.01 2002, 17 - 19).

Paula Saukko (1995), framför på basen av egen erfarenhet sina åsikter om sjukdomen. Hon kritiserar sättet varpå ätstörningar presenteras och politiseras. Hon riktar sina blickar, dels mot påståendet att de som kämpar med ätstörningar är slanketsidealets offer, dels på kvinnans avsky för den egna kroppen, och hennes innersta önskan om att vara man. Slankhetsidealet innefattar, enligt Saukko (1995), synpunkter på det poststrukturalistiska tänkandet att kvinnor som lider av ätstörningar har integrerat "mannens blickar", som kräver smala och vackra kvinnokroppar. Hon hänvisar till feministerna, som påstår att kvinnans kamp mot sin egen kropp, i det undermedvetna, är en flykt från den kvinnliga känslan av underlägsenhet och bindningen till hemmet, till fortplantningen och till sämre möjligheter att göra karriär. Den andra förklaringen är kvinnans angrepp mot den egna kroppen, som berättar om den kulturella negativa betydelsen (orenhet, omätlighet o.s.v.), som hänförs till kvinnans kropp. Läkare och feminister går samman i tanken på att ätstörningar avbildar den sexistiska kulturens förödande kraft, och är ett rop på hjälp i jämlikhetskampen mellan kvinnor och män. Redan i ett tidigt skede såg man inom medicinen de som led av ätstörningar som "hysterikor", som ett

uttryck för att det offentliga livet och utbildning var alltför stressande för kvinnor. Å andra sidan har feministerna också marknadsfört det egna könets bekräftelse som ett svar på ätstörningar. Som en motsats till den förnekande kvinnokroppen har man prisat kvinnokroppen "som ger upphov till liv" och försökt uppliva de tidigare årtiondets och århundradets yppiga skönhetsideal. Saukko (1995) bestrider inte att det i bakgrunden skymtar slankhetsideal och konflikt mellan motstridiga könsroller. Hon vill likväl bestrida universaliteten i dessa tankar. Hennes ovilja och oförmåga att svälja standardiseringen av anorexi beror på att hon själv aldrig har kunnat anpassa sina egna erfarenheter till dem. Hon kände också att ätstörningarnas läroboksdefinitioner förödmjukade henne.

Saukko (1995) upplever sättet varpå man framställer anorexi, som ett modellexempel på vad som kallas "*etnografisk allegori*" och hänvisar till sättet att sätta en speciell berättelse att representera "det universiella". Hon kan omfatta tanken på anorexi, som en "*allegori*", men då måste man se den i en vidare bemärkelse än den egna personen. Det handlar i så fall om vad som är speciellt på tok i många ätstörningspatienters perspektiv. Det skulle göra anorexin till en "knutpunkt" i vilken kvinnans kamp med olika sociala krafter (rasism, skönhetsideal, våldtäkter, fattigdom o.s.v.) skulle förenas, och i vilken de olika företeelserna skulle kunna lyftas fram och politiseras.

Av egen erfarenhet och i diskussion med andra, påstår Saukko (1995), att de flesta av dem som lider av/eller lidit av ätstörningar, förenar sina ätstörningar med svåra saker i livet s.s. emotionella, fysiskt eller sexuellt våld, problem med det egna utseendet, fattigdom o.s.v. Fastän retoriska röster, i vilka man gör anorektikerna "hjälplösa och olyckliga" också kan vara delvis oavsiktligt, gör de kvinnor, som kämpar med anorexin till offer, infantiliserar och förödmjukar dem. "*Anorektikern blir en kompression av kvinnlig stollighet. Självtänks jag att jag på sjukhuset funderade över varför alla ville förändra mig, fastän felet i mitt tycke inte var mitt utan fanns i min omgivning.*"

Livet erbjuder inom moderniteten större möjligheter än tidigare. Den enskilda individen har större frihet, men är också mera ensam och sårbar än i det gamla postfeodala Europa. Terapeuten Eeva Riihonen (1998) har skrivit flere böcker om barns utveckling och om anorexi. Hon anser att ätstörningar är både ett medicinskt och ett samhällsrelaterat problem med många bakomliggande orsaker. Det handlar inte om vad man äter eller underlåter att äta, lika litet som det handlar om bantning. Sjukdomen innefattar en samling problem och patienterna är mycket olika.

Sammanfattningsvis kan sägas att den egna kroppen kommer i en framträdande ställning. Anorektikern följer tvångsartat sin vikt, hon är hyperaktiv och ångesten är hennes följeslagare. Hon är perfektionist och kan ses som ett offer för populärkulturen. Anorektikerns agerande



de beskrivs som en protest både mot det patriarkatiska samhället, och mot samhällets kvin- nosyn. Agerandet tolkas också som ett språk, som som ett förneksetillstånd, eller till och med som ett nödrop. Egna kroppsupplevelser och kvinnokroppen som objekt har en framträ- dande plats.

### **2.3 Ätstörningspatienter som forskningsobjekt**

De som skriver om ätstörningar, eller närmare bestämt anorexi, beskriver sjukdomen i kroppsrelaterade termer. Det handlar om kvinnokroppen och dess förmåga att alstra barn, och om populärkulturens uppehållande slanka ideal. Man hänvisar till sexualdriften, och till ett allmänt missnöje med den egna kroppen. Men det handlar också om den psykiska häl- san, och om problem att uppnå egna, ofta högt uppsatta mål. Därav kan man dra slutsatsen att både kropp och psyke bör ingå i vården av anorexipatienter.

#### **2.3.1 Syskonrelationer**

Den tyska socialarbetaren Dagmar Stassek (1997) beskriver i sitt diplomarbete (pro gradu) syskonens betydelse, då ett av syskonen insjuknar i ätstörningar. Med hjälp av den narrativa metoden har hon bitt syskonpar berätta om hur det är, då ett syskon insjuknar i ätstörningar i det här fallet i bulimi. Hennes informanter berättar om störda familjerelationer, alkoholism och kommunikationsproblem inom familjen.

Stasseks ( 1997) frågeställning är om syskon kan vara en stödande resurs? Hon konstaterar att ätstörningar (bulimi) skapar skamkänslor hos den insjuknade. Det befrämjar främlingss- kap inför det egna jaget och försvårar den egna identitetens uppbyggnad i puberteten. Ur studien framgår att relationen mellan syskonen kan bli en viktig resurs för den insjuknade då han/hon bearbetar sin sjukdom.

Då den unga står i beredskap att bygga upp viktiga relationer till andra unga i samma ålder, kan det vara viktigt att avgränsa relationerna till övriga familjemedlemmar, och på så sätt minska bindningen till kärnfamiljen. Det kan hjälpa till att öppna en väg till autonomi, och ge möjlighet att bygga upp mogna partnerförhållanden. Här antas att syskon kan, på vägen till autonomi, bli en brygga mellan behovet av familjens trygghet och ett lösgörande från kärn- familjen. Ätstörningsproblematiken kan gå genom flere generationer och bygger på svåra upplevelser i familjen. Den speciella betydelsen av syskonrelationer, som i den här under- sökningen blivit bearbetade genom bulimin, kan också komma fram i andra livskriser. Med

kunskap om de resurser som finns i relationen mellan syskon, kan t.ex. socialarbetaren bidra till att undvika eller övervinna upploppet, påstår Stassek (1997.)

### 2.3.2 Kvinnor i olika åldrar med bulimi

Stefanie Richter (2006) har doktorerat i vårdvetenskap med betoning på ätstörningar. Hon behandlar i sin doktorsavhandling vård och rehabilitering av bulimipatienter inom den öppna vården. Hennes material består av både nedtecknade och berättade livshistorier. Informanterna har levt med sina ätstörningar mellan 5 - 30 år. Det intressanta är att en del av informanterna har insjuknat först som vuxna vid ca 30 års ålder, men de flesta har insjuknat i unga år främst i tonåren. Richter (2006) poängterar familjens betydelse för insjuknandet, störd dynamik i mor - dotter förhållandet, rigida familjebilder, dominerande fäder och övervikt i barndomen, som befrämjande faktorer för ätstörningar senare i livet. Puberteten är en tid med stora både fysiska och psykiska omvälvningar. En svår pubertet och problem senare i livet kan framkalla ätstörningar. Hon anser att ätstörningar handlar om interaktioner där sociala förväntningar och livscykliska utvecklingsbehov, samt individuella förväntningar är sammanbundna.

I den fallövergripande diskussionen framför Richter (2006), att familjen utgör en central problemdimension i fråga om tillfrisknandet. Det framgår av undersökningen att familjemedlemmarna är behäftade med problem, som resulterar i problematiska interaktionsmönster. Mödrarnas problem verkar överföras på döttrarna, anser Richter (2006, 427). Vid kriser och i kritiska lägen, reagerar informanterna med ett förändrat förhållande till ätandet som t.ex. ovillkorlig näringsreduktion utan ett konkret mål (fasta). I slutändan handlar det om att hantera och komma över kriser. Det förändrade förhållandet till ätandet, sätter i gång en egen dynamik som tar sig uttryck i en symptomfas s.s. främlingskap för sig själv, sin egen kropp och den sociala omvärlden. Känslan kommer fram i specifika situationer s.s. känslor av hjälplöshet utan orientering och handlingsförklaring.

Richter (2006) tar i någon mån avstånd från tvångsvård och sondmatning. Hon framhåller att åtgärderna kan ha traumatisk inverkan på personen, och negativa följor med tanke på fortsatt vård. Lågvariga och talrika vårdperioder med traumatiska erfarenheter skapar, enligt Richter (2006), en känsla av främlingskap, som gör att personen tappar den "röda tråden" i sin livsberättelse. Man får inte glömma, framhåller Richter (2006, 438), att personerna förfogar över resurser även då det för utomstående ser ut som om de vore helt dominerade av sina symptom.

Allmänt kan, enligt Richter (2006), sägas att ätstörningspatienternas självkänsla är dålig (obefintlig). Kroppen är svagt integrerad i det egna jaget, och blir vid kriser föremål för endera en form av belöning i form av hetsätning eller straff i form av fastande. De har en allmänt negativ syn på sig själva, dålig allmän självkänsla, och en svagt integrerad identitet.

Både Stassek (1997) och Richter (2006) för fram att ätstörningar inte togs i beaktande i det forna DDR. Först efter det att Tyskland enades, har ätstörningar blivit ett begrepp också i den östra delen.

### 2.3.3 Tonårspatienter

Jaana Ruuska (2006) behandlar i sin doktorsavhandling i socialpsykiatri unga ätstörningspatienter (både anorexi och bulimi). Ätstörningar, som börjar i ungdomen, är allvarliga störningar. De medför förhöjda långvariga psykofysiska problem och t.o.m. dödsrisk. Ätstörningarnas *etiologi* innefattar många faktorer, som bildas av underordnade, förutsedda, utlösande och uppehållande faktorer.

Informationen samlades in via intervjuer och frågeformulär, och analyserades med hjälp av flerkatoranalys. Ändamålet med undersökningen var att utvärdera likheter och olikheter mellan anorexi - och bulimipatienter i fråga om psykosexuell utveckling, självdestruktiv benägenhet, kroppssyn och psykosocial anpassning, samt utvärdera ålder, menstruationsålder, BMI, sjukdomens varaktighet, depression, och element i sjukdomens utveckling.

Det här är den första undersökningen, som gjorts i Finland, och som inriktar sig på tonårspatienter med ätstörningar. Undersökningen fokuserar inte enbart på ätstörningssymptom utan specialiserar sig på hur ätstörningar i tonåren påverkar utvecklingen, en aspekt som inte tidigare har blivit speciellt uppmärksammas fastän utvecklingens natur har blivit undersökt. Undersökningens resultat kan ses som allmängiltigt för unga psykiatriska ätstörningspatienter i Finland.

I Ruuskas (2006) studie kommer det fram att anorexipatienter förhåller sig mera negativt till sexualitet och sällskapande än bulimipatienter. Anorexipatienternas lägre ålder är ingen förklaring. Bulimipatienterna känner större missnöje med sin kropp, och visar större benägenhet för självdestruktivt beteende. I båda grupperna för sjukdomen med sig nedsatt psykosocial handlingsförmåga. Anorexipatienterna påvisar en betoning av svårigheter gällande självständighets - och frigörande utvecklingen, samt i sociala kontakter. Bulimipatienterna har å sin sida svårigheter i förhållande till familjen. Förutom problem med maten framkom även de

allmänna psykiska problemens betydelse. Problemen visar sig som missnöje med den egna kroppen, självdestruktivt beteende, depression och problem i familjerelationerna.

### 2.3.4 Tvillingundersökning

Hälften av anorektikerna tillfrisknar på 3 år, enligt Anna Keski - Rahkonen m.fl. i en undersökning från augusti 2007a. Forskningen är gjord vid Helsingfors och Nylands sjukhusförbund, Helsingfors universitets centralsjukhus, folkhälsovetenskapliga institutionen vid enheten för tvillingundersökningar. I forskningen deltog ca 5000 tvillingpar födda under åren 1975 - 1979 i Finland. Syftet med undersökningen var att beskriva anorexins utbredning och förekomst bland befolkningen i Finland. För uppgiften skolade läkare gjorde intervjuerna per telefon med hjälp av ett för för ändamålet utarbetat frågeformulär.

Anorexi är, enligt Keski - Rahkonen m.fl. ( 2007a), en sjukdom, som har bättre prognos än det rykte medierna har skapat. Före uppnådd 30 års ålder har för 70 % av de insjuknade skett en förbättring och anorexins sjukdomstid varar i medeltal tre år. Var fjärde, av de som insjuknat i anorexi, återhämtar sig inom ett år från det symptomen börjat, var tredje inom två år, hälften av de insjuknade inom tre år och två av tre inom fem år. Fem år efter uppnådd normal vikt, skiljer sig kvinnor som tillfrisknat från anorexi inte från sina friska systrar, eller från andra friska kvinnor i fråga om fallenhet för ångest, sinnesstämning eller självkänsla. Det tar i allmänhet över fem år för den som tillfrisknat att återfå en normal syn på sin kropp.

Enligt Keski - Rahkonen m.fl. ( 2007a) blir vart annat fall av anorexi oskött. 2,2 % av unga finska kvinnor insjuknar i en klar anorexia nervosa, som karaktäriseras av kraftig viktnedgång, undervikt och utebliven menstruation. Om man dessutom tar med anorexins lindrigare former, insjuknar ca 5 % av de finländska kvinnorna. Anorexin börjar i allmänhet vid 10 - 24 års ålder och toppas vid 15 - 19 års ålder. Bara hälften av de finländska anorektikerna uppmärksammas i den finländska hälsovården, och en anmärkningsvärt mindre del får någon form av ändamålsenlig vård för sina symptom.

Enligt undersökningen sällskapar kvinnor, som insjuknar i anorexi, mera sällan än andra finländska kvinnor. Efter tillfrisknandet är samboförhållanden och äktenskap, samt barnafödande lika allmänt som hos finländska kvinnor i medeltal. På samma sätt placerar sig kvinnor som tillfrisknat lika bra som andra kvinnor i studie - och arbetsliv, enligt Keski - Rahkonen m.fl.( 2007a.) Vidare framhåller Keski -Rahkonen (2007b) att sjukdomen, som har en dyster bild, inte är fullt så dyster. Man har fokuserat på de fall, som klarat sig dåligt och mindre uppmärksammat de som lyckats i sin vård. Av den hälft som blir stående utanför vården, riskerar hälften att bli alkoholmissbrukare, den andra hälften att bli självmordsbenägen.

### 2.3.5 Unga kvinnor med problem att nå upp till sina målsättningar

Riikka Pennanen (2000) har i sin psykologiska undersökning granskat kvinnliga ätstörningspatienters personliga målsättningar och på dem inriktade bedömningar. Hon har, med att undersöka personliga målsättningar, försökt få fram ny information om ätstörningspatienternas psykiska välmående på vardaglig verksamhetsbasis. Av speciellt intresse är ätstörningspatienternas målsättning i fråga om prestationer, sociala kontakter, självreflexion och förhållandet till vikt och ätande. I bedömningen av målsättningarna granskades de ur stress, måluppnående, kontrollerande och viktighetssynpunkter. Pennanen (2000) undersökte i sjukhusmiljö 31 patienter i åldern 16 - 29 år, och hade som jämförelsegrupp 31 studenter (kvinnor) i åldern 18 - 28 år. Undersökningen genomfördes med hjälp av frågefomulär och utvärderades med hjälp av EAT (Eating Attitudes Test) frågor och med viktindex. Av resultatet framgår att patienter och kontrollgrupp inte skiljde sig nämnvärt i målsättningen av prestation och sociala kontakter. Patienterna hade ändå i någon mån färre sociala kontakter än kontrollgruppen. Den största skillnaden fanns i fråga om ätande och vikt samt självreflektion och själslig tillväxt. Patienterna uppvisade också flere målsättningar riktade mot det egna jaget. Patienterna upplevde de egna målsättningarna som mera stressande än målgruppen, svårare att kontrollera och svårare att uppnå. Dessutom upplevde patienterna de egna målsättningarna som viktigare än målgruppen. Resultaten visar på att patienterna upplever sin målsättning som stressande, svåruppnådd och svårkontrollerbar. Som ny information framkom, enligt Pennanen (2000), att patienternas psykiska hälsa är svårt störd.

Tabell 1. Sammandrag av forskningsresultat

namn	land	år	forskningsändamål	metod	resultat
Stassek, Dagmar	Tyskland	1997	diplomarbete; syskonens betydelse då ett barn insjuknat i familjen	narrativ	Syskon kan ses som en resurs, då personen vill bygga upp mogna relationer. Syskonrelationer blir en brygga mellan kärnfamiljen och den egna autonomi
Richter, Stefani	Tyskland	2006	doktorsavhandling i vård och behandling av bulimipatienter	narrativ	Familjen utgör en central problemdimension, moderns problem överförs till döttrarna. Åtstörningspatienterna har en dåligt integrerad självkänsla och negativ självbild
Ruuska, Jaana	Finland	2006	tonårspatienters utveckling	intervju och frågeformulär	Anorexipatienter förhåller sig mera negativt till sin sexualitet och sällskapande. Bulimipatienter känner större missnöje med sin kropp, har nedsatt psykosocial handlingsförmåga, samt svårigheter i självständighets - och frigörandeutvecklingen.
Keski-Rahkonen, Anna	Finland	2007a	utreda anorexins utbredning och förekomst bland befolkningen	diagnosintervju per telefon	Ca. 50 % av de insjuknade kommer i adekvat vård. Av dem har för ca. 70 % skett en förbättring före 30 - års ålder. Efter tillfrisknandet är sambo - och äktenskap, samt barnafödande lika allmänt som hos finländska kvinnor i medeltal.
Pennanen, Riika	Finland	2000	patienters personliga målsättningar	frågeformulär	Inga stora skillnader mellan mål - och kontrollgruppen gällande prestationer och sociala kontakter. Skillnader framkom i ätande, vikt och självreflexion, samt i själslig tillväxt. Målsättningen ses som stressande, svåruppnådd och svårkontrollerbar.

## 2.4 Samhället som normgivare och trendskapare.

Barnen är helt beroende av sin näromgivning, men redan i skolan och i kamratkretsen kommer påverkan från det omgivande samhället, som jag här kallar den yttre miljön. Till samhällets influenser hör bland andra samhällspolitiska åsikter och trender. Dit hör samhällets kvinnosyn, mode, kropp och mat. Allt tillsammans påverkar barnets och den ungas utveckling, och formar tillsammans med bland andra utvecklingspsykologiska utmaningar personligheten. Jag anser att barnets uppväxtmiljö har stor betydelse för den fortsatta utvecklingen. Ätstörningar är i mitt tycke, vid sidan av andra uttrycksformer för agerande, uttryck för barnets och den ungas illabefinnande. Den yttre miljön är, i min text, synonym till det senmoderna samhället.

Jag börjar med att granska närmiljöns betydelse. Redan små barn influeras av det omgivande samhället genom föräldrar och andra vuxna i näromgivningen. I enlighet med gjorda undersökningar anses familjen ha en viss betydelse vid ett insjuknande. Men det är inte bara hemmet, som påverkar barnet och den unga. I min mening har också skolan en viktig funktion som fostrare. Skolan är också den plats där den unga tränar sina sociala talanger. Även fritiden utgör en viktig del av den ungas socialiseringsprocess.

### 2.4.1 Hemmet

Familjen har en viss betydelse vid ett insjuknande, anser familjeterapeuten Hilde Bruch (1988). Hon ser interaktionen inom familjen stå i nyckelposition. En bild är det till synes normalt begåvade barnet, som växer upp i ett gott medelklasshem. Fadern är redan litet äldre då barnet föds, och har relativt litet kontakt med barnet. Kontakten till modern är däremot mycket intensiv. Föräldrarna beskriver hemlivet som lyckligt och barnet som ovanligt snällt, lydigt och på alla sätt välanpassat. Störningen i kommunikationen inom familjen är ett problem. Alla vill vara goda och uppföra sig väl, vilket återverkar på spontaniteten. Man vill eller kan inte visa sina verkliga känslor. Både Stasseks (1997) och Richters (2006) undersökningar stöder tanken.

Barnet i hemmet bör få synas och också bli sett. Det är viktigt att man i familjen upprätthåller vanor och rutiner, framhåller Giddens (1997, 52). Vanor och rutiner skapar trygghet och sätter grund för en sund självtillit. Psykoanalytiker D.W. Winnicott (1995) kallar ungdomsåren kampen genom "stiltjebältet", och anser att omgivningens roll på detta stadium är av oerhört stor betydelse. Det är viktigt att barnet oavbrutet har tillgång till och får intresse från sina egna föräldrar, och från en bredare familjestruktur. Många av de tonårssvårigheter, för vilka man söker professionell hjälp, kan härledas till misslyckanden i omgivningen. Detta faktum

understryker bara ytterligare omgivningens, och familjens livsviktiga betydelse, när det gäller den absoluta majoriteten av ungdomar, som faktiskt uppnår vuxen mognad.

Mirjam Kalland (2003) behandlar något hon kallar för omsorgssvikt eller försummande. Det kan, i hennes mening, ha dramatiska följder för ett barns utveckling, lika dramatiska som misshandel. Omsorgssvikt betyder att föräldrarna sviker i sitt ansvar om barnets fysiska och emotionella utveckling. Hos oss tar den sig ofta uttryck i en förväntan om tidig självständighet. Barn förväntas klara sig själva, utan vuxet stöd, i alltför hög grad alltför tidigt. I lindriga fall leder denna ensamhet till ett supersjälvständigt barn som senare, som vuxen, riskerar att brabbas av depressioner och utbrändhet. Det här hänger samman med att barn, som blivit för tidigt självständiga, inte har fått tillräckligt utrymme för att uttrycka sina känslor och behov, särskilt sina behov av tröst och stöd.

### **2.4.2 Skolan**

Skolan, vid sidan av hemmet, är en viktig plats för barnets och den ungas utveckling. Ulla Kosonen (1998) har forskat i skolminnen, och behandlar bl.a. i sin doktorsavhandling i pedagogik kvinnors vänskapsförhållanden och skamkänslor. Hon framhåller hur viktigt det är att bli sedd under hela livet. I skolan ersätter vänskapsförhållanden de besvikelser som kan uppstå i relation till lärarna. I kretsen av vänner, genom att knyta vänskapsband och uppehålla vänskapsförhållanden, formar flickorna sitt kvinnosubjekt. De speglar sig i vännerna. Rådande maktförhållanden upprepar sig effektivt genom att utestänga olikheter från vänskapsens rum. På samma sätt upprepas kvinnligheten och heterosexualiteten. Upprepningens effekt grundar sig på att förhållanden fungerar i "gränstrakten" utan att nå de officiella diskurserna. Vänskapsförhållanden fungerar "under jorden" men inverkar på flickornas val av plats. Man har medvetet börjat forska i vänskapsförhållanden på senare tid. Personliga relationer som vuxen kan omedvetet upprepa ungdomstidens vänskapsmodeller.

Kosonen (1998) framhåller vidare att i hennes undersökning kom flickornas skam över sina kroppar tydligt fram i samband med skolidrotten. Skolan är den plats där flickor växer till kvinnor, och hon drar den slutsatsen att viljan till att vara kvinna bildas otydligt, undflyende och känns frånstötande. Hur flickor väljer sin plats är motsägelsefull. I rummet där man växer till kvinna väljer man oftast den snälla flickans plats. Hon hänvisar till något hon kallar "klassrummets framgångsrika psykiska energi" som till rum och kontext bygger på det "fria barnets ideal" ; kön och socialklass är försvunna. Det är en pedagogik som framhäver den aktiva eleven, som är en pojke. Flickorna hamnar att välja endera den passiva och kvinnliga vårdande modellen, eller att stämpas som pojkflickor. Flickorna beundrade pojkarnas uppförande. Detta berodde på avsaknaden av en alternativ, stark kvinnomodell; i stället för ag-



gressivitet eller passivitet – fasthet. Fasthet koncentrerar kvinnans vilja och är hörnstenar för förverkligande av handlingar – förmåga att tillfredsställa egna behov i förhållande till andra.

Kroppen, som uttryck och intryck passerar igenom, är öppnare än vi tror, säger Sveen (2000, 101 - 102). Hon anser att utväxlingen mellan kropp och värld hör till livets största gåtor. Vi är skilda från världen med en "vägg", huden, som i ett närmast symbiotiskt förhållande slussar ut kroppen och in i världen, utifrån ett mystiskt mål för överlevnad. Det betyder inte att kroppen saknar varje tillslutningsmekanism, utan att förnuftets herravälde över kroppen är begränsat. Kroppen lagrar den inslussade erfarenheten och det är ur detta lager, som vi försöker finna ökad förståelse om oss själva och våra livsbetingelser.

Av Undervisningsministeriets utredning (2008) om mobbning framgår att största delen av eleverna i klasserna åtta och nio inte kom i kontakt med mobbning. Men att mobba är vanligare bland pojkar än bland flickor. Ca. en procent av flickorna är mobbningsoffer. Vidare framkom att mobbning har kopplingar till hem, kamrater, skolförhållanden och hälsa. Äga i hemmet har de närmaste sambanden till mobbning. Flickor och pojkar har olika roller i mobbningen. Flickorna fungerar som försvarare och rollen som utomstående var vanligare. Det förklaras med att både offer och mobbare kan höra till samma lilla grupp, medan det är otänkbart bland pojkar. Övervikt är en vanlig orsak till att bli mobbad. Flickorna mobbar genom att skvallra och manipulera. Pojkarna är aggressivare i sina handlingar. Bland flickorna har ätstörningar samband till alla roller, som hänför sig till mobbning.

Åbo universitet har i samråd med Undervisningsministeriet utarbetat ett antimobbningsprogram för skolorna i Finland. I programmet ingår handledningsmaterial både för lärare och föräldrar. Eleverna får via bl.a. datorspel träna sig i att bemöta mobbning i skolan. På KiVa - koulu, KiVa - skola (2009) projektets hemsida, kan man läsa att man med hjälp av antimobbningsprogrammet lyckats minska förekomsten av mobbning i skolorna. Det första skedet i projektet är slutförd och ur utvärderingen framgår att mobbning av andra i början minskade med ålder, men ökade på nytt på tröskeln till tonåren. Både antalet elever, som upprepade gånger blivit mobbade, och antalet elever som mobbat andra barn minskade med ca. 40 procent i de skolor som deltog i projektet. Dessutom inverkade projektet positivt på elevernas trivsel och på deras motivation att lära sig. I högstadiet har mobbningsoffren mobbats under flere år. Som äldre berättar man inte gärna om mobbningen. Läget för mobbningsoffren är som svåraste i högstadiet. Det beror på att det finns förhållandevis många som mobbar och mobbningsoffren är få. Av dem har många blivit mobbade redan under många år, och det är ovanligt att man berättar om mobbningen ([www.kivakoulu.fi](http://www.kivakoulu.fi).)

### 2.4.3 Fritid och vänner

Identiteten formas i samspel med omgivningen. Det är därför inte oviktigt i vilken omgivning barnet och den unga växer upp. Fasta rutiner och vanor skapar trygghet. Det är viktigt att barnet och den unga får positiv uppmärksamhet och tillräckligt stöd från vuxna i omgivningen. Skolan har en viktig funktion som fostrare och utgör "rummet" för social träning. Barn och ungdomar är i grunden ensamma varelser, som med omgivningens stöd och hjälp småningom finner sin plats i samhällsgemenskapen på väg ut i vuxenlivet.

Harriet Silius (1998) kvinnoforskare vid Åbo Akademi anser att vår tid innehåller ett självbiografiskt imperativ. Det betyder en överlevnadsstrategi i en epok där individens möjligheter är, om inte obegränsade, så åtminstone tillräckligt många för att tvinga fram en medvetenhet om självet, och hur man konstruerar detta själv i anslutning till det samhälle man lever i. Hon anser att forandet av identiteten är knuten till återkommande handlingar mellan individ och omgivning eller, enligt Peter Berger och Thomas Luckman (1966), i interaktion med samhället.

Tanja Vehkakoski (2001) har, ur specialpedagogiskt perspektiv, granskat förklaringsmodeller för ungdomars känsla av ensamhet på basen av tidigare forskningsresultat utomlands, främst amerikansk. Hon påvisar att den unga bör vara populär i kamratkretsen, börja sällskapa samt ha framgång på såväl sociala som akademiska områden, liksom även på andra krävande livsområden. Den kognitiva utvecklingen samt de biologiska förändringarna under puberteten trimmar in ett emotionellt mognande med starka sociala behov och nya seder. Den unga har nödvändigtvis inte tillräckliga erfarenheter från det sociala området, och kan således sakna talanger att hålla kvar sociala relationer. Dessutom tar behovet av att koncentrera sig på forandet av den egna identiteten energi, energi som också behövs för att uppehålla vänskapsförhållanden, samt andra åldersadekvata utvecklingsmässiga utmaningar.

Vehkakoski (2001) poängterar ungdomars ensamhet och framhåller att den är t.o.m. allmänare än känslan av ensamhet hos barn och åldringar. Ensamheten kommer fram i bristen på sociala kontakter då, när de upplevs som inte tillfredställda sociala behov inom det sociala nätverket. Det är en subjektivt upplevd otrevlig känsla, som påverkar både mängden av sociala kontakter som deras kvalitet. Den subjektivt upplevda ensamheten bör skiljas från den objektivt upplevda ensamheten och isoleringen. På det sättet kan under samma förhållanden någon ungdom känna sig mycket ensam, och andra inte alls känna sig ensamma. Hon skiljer mellan emotionell och social ensamhet. En person är emotionellt ensam då personen lider brist på emotionella fasta förhållanden. Med social ensamhet menar man att personen upplever att han/hon inte hör till något socialt nätverk, samfund eller grupp. Den ungas emotio-

nella ensamhet upplevs som känslor av tomhet emedan sociala ensamheten hänför sig till känslor av utanförskap.

Kvaliteten i barnens fasta förhållanden, hänför sig till kamratkretsens godkännande, vänskapsförhållandenas mängd och kvalitet, ensamheten, samt interaktionen med vännerna. Man har, enligt Vehkakoski (2001), kunnat märka att barn med goda relationer till far eller mor känner sig mindre ensamma också senare i ungdomen. De unga, som står föräldrarna nära och känner tillit till dem, känner sig i vardagliga situationer vara mera i interaktion med andra människor. Känslan att höra samman med andra människor kan vara en möjlig förklarande faktor till att de ungdomar som har en trygg kontakt, erfar en mindre känsla av ensamhet. Ett nära förhållande till mamma inverkar också på interaktionens kvalitet och mängd. Det trygga förhållandets positiva inverkan, kan ha sin grund i att ungdomar känner sig stå på fast grund och kan lösgöra mera energi för social interaktion.

Merete Mazzarella (2002) framhåller i sin studie att identitet skapas i samspelet mellan jaget och medmänniskorna. Skillnaden mellan roll och funktion ligger däri att rollen kan man lägga av, medan identiteten är meningsskapande. Bauman (1999) anser att det allmänna karaktärsdraget hos män och kvinnor i dagens samhälle är att de lever med ett ständigt olöst "identitetsproblem". De lider av en kronisk brist på resurser, med vilka de kan bygga upp en verklig fast och bestående identitet, förankra den och hindra den från att driva iväg.

Den moderna individen är fragmenterad, splittrad, uppdelad i olika roller, framhåller Solheim (2001). Den är förfrämligad från den totala samhällsliga omslutningen. Genom att den överordnade och inordnade helheten gått förlorad, och man inte längre vet vem man är, uppstår idén om den personliga identiteten; den ordnade instans som håller samman bitarna, det hela och unika självet. Det moderna identitetsbegreppet kan därför även läsas som ett sökande efter en "personlig holism" – en närhet och tillhörighet som inte längre är "tillskriven" utan som måste skriva sig själv.

Tonåringen är en i grunden isolerad varelse, anser Winnicott (1995). Det är från en isolerad position, som något börjar hända, som kan leda till relationer mellan individer och slutligen till samhällsanpassning. I detta avseende upprepar tonåringen en väsentlig erfarenhet från barndomen, ty barnet är också en ensam varelse.

#### 2.4.4 Den yttre miljön

Om barnet i hemmet och i de första klasserna i skolan, lever utan större yttre påverkan, kommer det yttre samhället i kapp barnen senast på de högre klasserna i skolan. Via kamrater, ungdomstidningar, filmer och datorer, bekantar sig barnet och den unga med den omgivande världen och dess värderingar. Det känns säkert spännande och för många inspirerande, men det kan också för många kännas skrämmande och hotfullt.

Giddens (1997) kallar den moderna världen "en skenande värld". Med det påstår han att förändringarna påverkar existerande beteendemönster i större omfattning och på ett djupare plan än tidigare. Karaktäristiskt för det moderna sociala livet är att individerna koordinerar sina handlingar oberoende av plats. Handlingarnas "när" är direkt förbundna med handlingarnas "var", men inte som i förmoderna epoker via platsens meditation. Man kan i dag koppla upp sig på nätet vilken tid som helst på dygnet, och leva i den virtuella världen, med den personlighet man själv skapar sig. Nutidsmänniskan kan på så sätt leva parallellt med flera olika personligheter samtidigt.

Vidare tar Giddens (1997) upp något han kallar för urbäddning av sociala institutioner. Med det menar han frikopplandet av sociala relationer från lokala kontexter, och deras rekombination tvärs över obegränsade avstånd i tid och rum. Det finns två typer av urbäddningsmekanismer, Giddens (1997) kallar dem "symboliska tecken" och expertsystem. Det vanligaste och mest använda symboliska tecknet är pengar. Expertsystemen sträcker sig till de sociala relationerna och självetvets intima sidor. Han anser att läkaren, rådgivaren och terapeuten är lika viktiga för modernitetens expertsystem som vetenskapsmannen, teknikern eller ingenjören. Båda typerna är beroende av tilliten. Tilliten förutsätter att man ger sig hän åt förpliktelser eller åtaganden, en sorts tro som inte går att reducera. Olika typer och grader av tillit ligger till grund för en mängd handlingar och beslut i vardagen, men de behöver inte vara resultatet av medvetna beslut. Det är en generell mental inställning, som ligger till grund för våra beslut, något som har sina rötter i förbindelsen mellan tillit och personlighetsutveckling. Vi kan fatta beslut och känna tillit, som är direkt förbunden med människors psykologiska trygghet. Transformationen av tid och rum tillsammans med urbäddningsmekanismerna driver det sociala livet ut ur det grepp som etablerade föreskrifter och praktiker hade, m.a.o. bort från traditionerna. Det tredje elementet hos moderniteten är dess inneboende reflexivitet. Det betyder den regerande användningen av kunskap om sociala livsvillkor som ett konstituerande element i det sociala livets organisering och förändring. Reflexiviteten kullkastar gamla sanningar och undergräver den säkra kunskapen också på naturvetenskapens centrala områden. Vetenskapen vilar inte på den induktiva ackumuleringen av bevis utan på tvivlets metodologiska princip. Den oupplösliga relationen mellan modernitet och det radikala tvivlet är

en fråga som inte bara är störande för filosofer, utan existentiellt bekymmersamt för vanliga människor. Tvivlet är ett grundläggande drag i det moderna kritiska förnuftet.

Bauman (1999) delar Giddens (1997) kritiska syn på det postmoderna samhället. Vi vantrivs i det postmoderna, enligt Bauman (1999). Den vantrivsel och den smärta och oro som är typisk för den postmoderna världen, växer fram i ett samhälle, som erbjuder allt större individuell frihet till priset av allt mindre trygghet. Den postmoderna vantrivseln föds ur frihet och inte ur förtryck. Den sociala dimensionen av moderniteten handlar om normer, hopp och skuld. Normerna ger löfte och skapar förhoppning om en bättre morgondag. Förhoppningarna blandas med skuld, när förhoppningarna inte kan realiseras fort nog. Psykiskt handlar moderniteten om identitet, om sanningen i att tillvaron ännu inte är här, att den bland annat är en uppgift. Moderniteten är omöjligheten att stå still. Att vara modern innebär att vara i rörelse. Man väljer inte att vara i rörelse, man sätts i rörelse genom att vara utkastad i en värld, som slits mellan visionernas skönhet och verklighetens fulhet.

Bauman (1999) och Giddens (1997) samhällssyn är teoretisk och de framför sina teser med "stora, tjocka penseldrag". Men jag anser att de teorier de för fram, gott kan appliceras även på det finländska samhället av idag, som även är det samhälle mina informanter speglar. För att få någon form av perspektiv, har jag tittat i gamla skrifter och fick Heikki Waris (1931) doktorsavhandling i min hand. Det finländska samhället har gått igenom en snabb strukturell förändring, vilket i min mening präglar dagens finländska medborgare. Helsingfors började industrialiseras på 1890 - talet och år 1900 bodde det norr om långa bron 20.000 personer. Familjerna var barnrika. Till saken hör att mor och barn hörde till gruppen försörjda, om mor inte hade en egen utbildning och råkade arbeta utanför hemmet, vilket inte var vanligt på den tiden. Familjens status och ställning bestämdes enligt faderns och försörjarens yrke och ställning i samhället. Waris (1931) ser uppdelningen som orättvis, och påpekar att många familjers levnadsstandard berodde lika mycket på mors arbetsinsats i hemmet, som på familjefaderns förvärvsarbete.

Sociologiprofessor och akademiker Erik Allardt (1981) framhåller att på 1940 - talet fick majoriteten av befolkningen sin utkomst från jordbruket och dess binäringar. Ännu på 1950 - talet var antalet sysselsatta i jord - och skogsbruk större än inom industrin. Gruppen personer i ledande ställning och högre funktionärer fördubblades under åren 1960 - 1975. Samtidigt inträffade en stark ökning av unga personer, som nyligen avlagt sin akademiska examen.

Fortfarande ses kvinnan mera än mannen vara ansvarig för hemmets skötsel och barnens uppfostran. Och kvinnan ses fortfarande som en arbetskraftsreserv. När arbetsplatserna minskar, är det kvinnorna som först får gå. Ulla Vikander och Ulla Manns (1994) stöder åtminstone den tanken, då de poängterar att när den offentliga sektorn skär ner, drabbar det

kvinnorna först. Den förändrade arbetsmarknaden tillsammans med en syn på kvinnan, som mer än mannen anses vara ansvarig för barnens uppfostran och hemarbete, har bidragit till det svenska bakslaget för kvinnoemancipationen under slutet av förra seklet. Bakslaget har opinionsmässigt fördebåtats i svensk press sedan 1980 - talet. Journalister och reklammakare har tävlat om att servera bilder av kvinnor som mäns totala motsatser. Bilden av kvinnan som sexobjekt har gått hand i hand med en uppvärdering av modersrollen och ett biologiserande av kvinnors erfarenheter. Det som kallas för "kvinnligt språk" har debatterats i böcker och artiklar. Män har profilerat sig som "macho" utan att förlöjligas, och kvinnors dygder i form av överdrivna könsattribut, som stora bröst och smala midjor eller s.k. kvinnlig intuition, har sett en renässans.

Amerikanska kvinnliga studeranden brukade förr i tiden och brukar med all säkerhet fortfarande, förringa sin intelligens, sitt kunnande och sin beslutsamhet när de var tillsammans med pojkar, som de ville göra intryck på. De visade därigenom upp en aktningvärd psykisk disciplin trots sitt internationella rykte för sin flyktighet, påstår Erving Goffman (1988). De lät sina pojkvänner ge sig på långgrandiga förklaringar av saker de redan kände till; de dolde sin skicklighet i matematik för sina mindre kunniga kavaljerer; de såg till att de förlorade bordstennismatcher mot dem strax före slutet. I allt detta visas mannens naturliga överlägsenhet upp, och kvinnans roll som den svagare parten bekräftas.

Flickan är masochist i att ta emot den av sig själv förorsakade smärtan, men framför allt är hon sadist, påstod Simone de Beauvoir på 1960 - talet. Som självständigt subjekt piskar, plågar och pinar hon det osjälvständiga köttet, kroppen som är dömd till underkastelse och som hon hatar utan att för den skull vilja skiljas från den. Det är förbjudet för en tonårsflicka att hävda sig, och att visa vad hon vill. Det är just det som är orsak till hennes revolt. Hon tror sig inte kunna förändra världen eller röja sin egen väg. Hon vet att hon är fångslad och vill kanske vara det också. Kvar blir endast förstörelse. Hennes hat är förtvivlans hat (de Beauvoir 2000.)

Män och kvinnor är fortfarande på olika nivåer i jämställdhetsfrågor. Men vi har också, som individer, blivit ensamare och mera utsatta. I jämförelse med tidigare samhällsepoker fokuserar dagens samhälle mera på den enskilda individen. Vi är i dag ensamare än tidigare, mera utelämnade att hjälpa oss själva, anser socialantropologen Jorun Solheim (2001). Hon behandlar i sin studie den moderna kroppss - och könssymboliken. Hon anser att familjen satte sig över släktskapsgruppen som primär integrations - och reproduktionsmekanism vid övergången till den moderna samhällsformationen. I dagens diskussioner om modern individualism finns en tendens att glömma bort att familjens frigörelse från den patriarkaliska släktskapsorganiseringen är en förutsättning för uppkomsten av den moderna individen. Modern och hustrun träder fram på den privata arenan som representant för en helt ny form av

inkorporering och tillhörighet. Den förmoderna kvinnligheten var spaltad i två motsatta gestalter – den dygdiga kontra den sexuella kvinnan. Nu ger den moderna intimiseringen av det kvinnliga snarare upphov till en ambivalent och dubbeltydig kvinnobild där dessa aspekter uppträder samtidigt. Med de här tankarna och åsikterna om kvinnan, vill jag framhålla att samhällets syn på kvinnan fortfarande är mångtydig och dubbelbottnad.

Individualiseringen i dagens samhälle, skapar en känsla av ensamhet och utanförskap. Man har, enligt Vehkakoski (2001), märkt att de ungdomar som varit länge ensamma, sätter sin ensamhet i samband med de till den egna personligheten hörande inre och bestående faktorerna, sådana faktorer som de själva tror sig kunna inverka på. Dessutom verkar de undervärdera sig själva, beskylla sig själva, samt vara socialt ångestfyllda. Typiskt är också ett passivt och initiativlöst handlingssätt i kontakten med andra. De väntar att andra skall komma till dem och ta initiativ i sociala situationer. Om kontakten till andra ungdomar i samma ålder är bristfällig, ger det också ungdomen endast små möjligheter att träna sociala kontakter och skapa nära vänskapsrelationer. Då de konstruktiva erfarenheterna saknas, ökar hjälplösheten, man drar sig undan, vilket igen stegrar ångesten och skapar en negativ självbild. Män och kvinnor reagerar olika på ensamhet. Unga män blir passiva och förväntar sig att andra gör beslut, unga kvinnor uppvisar brister i att uttrycka känslor.

Ätstörningspatienterna känner sig obekväma i sin kropp. En annan grupp med linknade problematik är de barn och unga som blir sexuellt utnyttjade av någon närstående familjemedlem, eller någon annan vuxen person. Enligt Merja Laitinen (2004) känner den unga skam för sin kropp. Hon/han främjar sig från familjen och känner sig utomstående, känner skam och bär på en obefogad skuld känsla. Personen ifråga har dessutom svårt att bli hörd och att få adekvat vård. Samhället främjar sig för den här formen av problematik. Hemmet anses som stöttepelaren för vård och skydd. Det är därför svårt att acceptera juridiskt, etiskt och moraliskt oacceptabla negativa handlingar, som innefattar skuld och skam i samband med hemmiljön. I min mening är familjen, i det finländska samhället, fortfarande i någon mån helig. I mitt tycke kommer det fram bland annat i oviljan att anmäla misstankar om familjevåld till myndigheterna.

Giddens (1997) anser att självet är kroppsligt. Med det menar han att det lilla barnet börjar med att utforska sin egen kropp. Kroppens former och egenskaper är grundläggande, då barnet börjar utforska sin omgivning, och lär sig känna igen sina närpersoner. Barnet lär känna sin kropp primärt genom den praktiska kontakten med objektvärlden och andra människor. Kroppen upplevs också som ett verktyg, varmed man hanterar yttre situationer och händelser. Att bli en kompetent aktör innebär att lära sig umgås med andra på lika villkor, vilket innebär att framgångsrikt kunna övervaka sitt ansikte och sin kropp. Kroppslig kontroll

är en central aspekt av det "som vi inte kan uttrycka i ord" eftersom detta utgör den nödvändiga ramen för det vi kan säga eller säga meningsfullt.

Vår tid kan beskrivas som en *upplysningstid*, i betydelsen rationell tid. Vi ser det till exempel i förhållandet till litteraturen, anser Karin Sveen (2000, 13), där kritikern söker det boken handlar om, som vore det en burk med någonting i. Och vi ser det i förhållandet till kroppen, där behandlarna tar ifrån kroppen betydelsen genom det sätt den behandlas på, som om den vore ett hölster för friska och sjuka delar. Hon är skönlitterär författare och hennes bok om kropp och samhälle bygger på egna sjukdomserfarenheter och samtal med läkare. Hon anser att det pågår en professionalisering av livet själv. Hälsoupplysningsverksamheten underbygger detta genom att göra livet till ett specialområde med något hon kallar livstils kunskap som specialitet. Begreppet professionellt är hämtat från arbetslivet och betyder primärt en som driver en verksamhet som yrke eller levnadsbana. Som konsekvens av detta ser Sveen (2000, 96) att även fritiden blir ett arbete med statusfrämjande vinster.

Bauman (2004, 98 - 99) anser att det finns anledning att anta att den nuvarande besattheten av fysisk perfektion, som bl.a. tar sig uttryck i bantning, jogging, och andra ansträngande och ofta smärtsamma övningar, förutom sina övriga syften också uppfyller funktionen att ge utlopp för överskottsångest. Det är ännu troligare att ett liknande energiöverskott kan förklara åtminstone en del av de epidemiska utbrotten av ätstörningar som anorexi och bulimi, allergier och andra psykosomatiska sjukdomar, förutom de många välkända och nytillkomna formerna av psykisk depression.

Depression innehåller ett visst mått av ångest. Enligt Giddens (1997) bör man förstå ångest som ett omedvetet organiserat tillstånd av rädsla. En växande ångest tenderar att hota medvetenheten om självidentiteten och fröet till ångesten ligger i rädslan för att separeras från den primära omsorgspersonen. Den postmoderna formen av ångest, enligt Bauman (1999), ligger i den permanenta samlevnaden mellan olika livsformer och i ovissheten om "hur man skall komma vidare".

Depression utmynnar ofta i en flytande ångest. Enligt Giddens (1997, 57) är ångesten ett generaliserat känslotillstånd. Den är diffus och flyter fritt. Den kan haka sig fast vid objekt, egenskaper eller situationer, som har en direkt koppling till det som ursprungligen framkallade den. Ångesten är substituerande. Symptomet ersätter ångesten, som "fräts upp" av det rigida beteendemönstret som utvecklas. Det är ett spänningsfullt mönster. Ångesten väller fram när personen inte kan, eller hindras från att utföra betendet i fråga.

Ångestfyllda människor är rigida i sitt handlande, och det finns en mängd handlingar i livet som kan framkalla ångest. Giddens (1997, 99 - 100) kallar dem "passager" och ser hela livs-



förloppet som en serie "passager". Individerna kommer med största sannolikhet att gå igenom dem, eller tvingas igenom dem, men de är inte förbundna med formaliserade riter. Livspassagererna skapar ett särskilt spänningsförhållande mellan risker och möjligheter, framför allt när de initieras av individen själv. Att passera en viktig övergång i livet, som att flytta hemifrån, få jobb, drabbas av arbetslöshet, ingå en ny relation, flytta, bryta upp från det invanda, eller bli allvarligt sjuk, innebär att man löper en medvetet övervägd risk, när man griper tag i de nya möjligheter som personliga kriser innebär. De kriser, som tidigare var förbundna med vissa riter, skall i det moderna samhället övervinnas av individen ensam med hjälp av något, som Giddens (1997) kallar för självförverkligandets reflexivt mobiliserade bana. Individerna väljer idag själv sin livsstil. Han definierar livsstil, som en uppsättning praktiker, som individen följer både för att tillfredsställa sina nyttobehov, och för att få en materiell inramning till sin berättelse om självidentiteten.

Kroppen är inte bara en fysisk entitet som vi har, den är också ett handlingsystem, en aspekt av praxis. Dess praktiska deltagande i vardagslivets interaktioner är en väsentlig del av upprätthållandet av en sammanhängande känsla av självidentitet, säger Giddens (1997). Kroppens framträdande omfattar kroppens alla ytliga drag, men även hur man klär sig och smyckar sig. Sättet att sminka sig eller klä sig har alltid varit ett medel för att framhäva den egna personligheten. I regel har det varit mycket snäva gränser för det möjliga, eller det önskvärda på det området. Framträdandet uttryckte primärt en social och inte en personlig identitet. Kläder och social identitet har ännu idag betydelse. De signalerar fortfarande könstillhörighet, klassposition och yrkesstatus. Klädstilar påverkas bl.a. av grupstryck, reklam och socioekonomiska resurser, och skapar standardisering snarare än individuella skillnader. Det kroppsliga framträdandet påverkas av miljöernas pluralisering. Individerna måste vara förberedd på att interagera med andra på offentliga platser, där uppträdandet väntas uppfylla vissa generaliserande kriterier för vardaglig kompetens.

Enligt Giddens (1997) omfattar kroppskänsla "kroppslig omvårdnad". Det betyder att man hela tiden lyssnar till kroppen både för att tillförlitligt få uppleva njutningen av en god hälsa, och för att man skall kunna fånga upp tecken på att något inte stämmer. Kroppslig omvårdnad ger makt över den egna kroppen, en större förmåga att undvika allvarliga sjukdomar och att kunna hantera smärre symptom utan medicin. Denna makt över den egna kroppen kan hjälpa en person att återvinna eller rent av förstärka hans eller hennes framträdande. Genom att förstå hur kroppen fungerar och genom att övervaka dess funktioner noga och uppmärksam, kan man hålla huden fräsch och kroppen slank. Både livsplanering och införlivandet av en viss livsstil integreras i kroppsregimerna.

Människan finns i sitt språk, men hon är i lika hög grad i sin kropp, anser Clarence Crafoord (1994). Kroppen är också direkt inlemmad i ett politiskt kraftfält, anser Michel Foucault

(1987). Maktförhållandena äger ett direkt grepp om den, etiketterar den, plågar den, tvingar den att arbeta, att delta i seremonier, att avge vissa tecken.

Bauman (1999) anser att omsorgen om det privata mänskliga varandet har prioriterats och omsorgens verktyg och praktiker har avreglerats. Ett universiellt "raster" har gått i bitar, med andra ord är det skyddsnet, som en gång omgav oss, i form av vän - och grannhjälp borta. Den nya karaktäristiska postmoderna och möjligen exempellösa aspekten hos dagens mångfald är, enligt Bauman (1999), den svaga, slappa och efterlåttna institutionaliseringen av skillnaderna och deras därav följande flyktighet, formbarhet och korta livslängd. Han anser också att identitetsproblemet under hela "livsprojektets" moderna era gällde hur man skulle bygga upp sin identitet på ett sammanhängande sätt och ge den en allmän igenkännerlig form. Dagens identitetsproblem har för det mesta sitt ursprung i svårigheterna att hålla fast vid någon som helst identitet under någon längre tid. Det är så gott som omöjligt att finna en form av identitetsuttryck, som har goda utsikter att bli erkänd för livet. Därav följer behov av att inte omfatta någon identitet så hårt att man inte kan överge den med kort varsel om så krävs. Den moderna individen saknar pålitliga referenspunkter som kan göra identiteten mera stabil och trygg.

Det senmoderna samhället har sin speciella dynamik, som skiljer sig från tidigare epoker. Det bjuder individen på en mångfald av val, men det saknar modeller för vad individen skall välja. Det kan i viss mån ses, som en följd av avsaknaden av kontinuitet och traditioner. Vid "passager" övergångar i individens liv, vilket i sig innefattar risker för kriser, saknas i nutids-samhället riter. Dessa riter skapade trygghet och gav individen en känsla av stolthet för att ha uppnått en viktig övergång på väg framåt i livet. Individen bygger i dag själv upp sin identitet med hjälp av personliga val, men han/hon skall också vara beredd på att kunna byta sin identitet när tillfället så kräver. Nutidsmänniskan är i ständig rörelse något jag vill kalla en "perpetuum mobile" effekt. Han/hon slits mellan olika förpliktelser, personliga behov och yttre krav (privata och offentliga), som skapar en kretsgång av förpliktelser. I och med att patriarkatets betydelse förändrats, har mannens såväl som kvinnans bild förändrats, kvinnobilden har blivit mera ambivalent och dubbeltydig än tidigare.

På grund härav konstaterar jag att ätstörningar även har en samhällsinriktad dimension, och i enlighet därmed söker jag svaret på frågan. Vilka samhällsrelaterade faktorer kan anses stå i vägen för ett tillfrisknande? Jag förutsätter att samma faktorer i närmiljön, som kan befrämja ett insjuknande, också kan stå i vägen för ett tillfrisknande.

### 3 KVALITATIV FORSKNING OCH NARRATIV METOD

Att forska i fenomenet ätstörningar, har ställt mig inför flere svåra avvägningar. Å ena sidan vill jag föra fram den information jag fått noggrant och i överensstämmelse med de berättade texterna. Å andra sidan ser jag det som min plikt och skyldighet att skydda mina informanternas person och integritet. Ätstörningar som sjukdom har både fysiska och psykiska dimensioner, och sjukdomen berör även anhöriga och vänner, som står den insjuknade nära. Jag har valt att använda mig av den kvalitativa forskningsmetoden, för att med narrativets hjälp kunna belysa de invecklade och svåra tankekonstruktioner, som kommer fram, då personen i fråga vill belysa sina problem i förhållande till sin sjukdom och till sina närstående.

Att se människan, som en biologisk och social varelse har, enligt Sinikka Hirsjärvi och Helena Hurme (2001), utvecklats i den humanistiska vetenskapen och den hermeneutiska forskningen. De anser att människan är både en biologisk och en social varelse, som genom åren har utvecklats i växelverkan med sin kultur, där språket är den karaktäristiska symbolen. Med språkets hjälp klarlägger man betydelsen av de iakttagelser, som undersökningen eftersträvar att klarlägga. I den kvalitativa forskningsmetoden är klarläggandet av betydelser det centrala. Forskaren och informanten står i växelverkan med varandra, och forskaren kan förstärka informanten genom att vara empatisk i sin lyssnande roll. Den enskildas röst blir hörd och rapporteringen är beskrivande. En av de många kritiska åsikterna mot kvalitativ forskning är avsaknaden av siffror och tabeller. Utan siffror ingen noggrannhet, men om inte kunskapen överensstämmer med sanningen, hjälper ingen noggrannhet. Inom kvalitativ forskning är intervjuer det vanligaste sättet att samla kunskap.

Kvalitativ forskning och den narrativa metoden har dock under senare tid fått en befast ställning, både som arbets- och forskningsmetod. Sedan mitten av åttiotalet har man kunnat se framväxten av ett tvärdisciplinärt forskningsfält som benämns *narrativa studier* eller *berättelseforskning*, skriver Anna Johansson (2005). Narrativ teori och analys utvecklas, används och diskuteras i allt högre grad inom antropologi, etnologi, sociologi, pedagogik, psykologi och organisationsteori. Även inom kliniskt och praktiskt arbete inom medicin, socialt arbete och psykoterapi har berättelser och berättandet fått allt större betydelse. Det intensiva intresset för berättandet har att göra med "den språkliga vändning" som har skett inom humaniora och samhällsvetenskap. Det betyder att man i allt högre grad anammat uppfattningen att den sociala verkligheten är språkligt eller diskursivt konstruerad. Språket är inte ett genomskinligt medium, som endast reflekterar eller direkt avbildar en redan existerande verklighet, utan snarare skapar språket den sociala verklighet vi erfar. Den materiella världen har ingen mening i sig, utan får sin betydelse genom språket. Det är genom berättelser, beskrivningar och förklaringar; genom språket som en social aktivitet, som vi skapar våra identiteter och relationer, värderings- och normsystem och även våra organisationer (Johansson, 2005, 17-18.)

### 3.1 Forskningsmiljön

Det var i början av 2000 - talet, som vår ansvariga socialarbetare gjorde en förfrågan om det fanns intresse i gruppen att börja forska i ätstörningar i ett samhälls - och socialarbetarperspektiv. En ätstörningsenhet, med en bädd - och dagavdelning, hade börjat sin verksamhet i södra Finland. Intresset vaknade hos mig, men det dröjde en tid innan tanken blev till verklighet. Jag har insett att flickor och kvinnor har ett speciellt förhållande till mat och till sin kropp, som skiljer sig från männens. Tanken på att få mera kunskap om varför så är fallet attraherade mig.

För att forska på sjukhus, krävs etiska nämndens lov samt godkänd patientinformation. Angående patientinformationen är ett klart och enkelt språk viktigt. Det kanske viktigaste med tanke på vården är informationen om att "fastän jag avbryter eller återtar mitt medgivande kommer det på intet sätt att inverka på min nuvarande eller fortsatta vård" (se närmare bilaga nr.1). Jag fick etiska nämndens lov att börja min forskning år 2002, men måste innan forskningen påbörjades lämna in en förtydligad patientinformation till deras följande möte. Jag fick jag etiska nämndens anteckning om att språket korrigerats. Psykiatrins ledande läkare gav även sitt lov någon månad senare. Ansökningsprocessen krävde en del tålamod, men i maj kom jag igång med mina intervjuer.

När jag fått mina lov, kunde jag börja tänka på hur jag skulle få mina informanter. Jag gjorde två besök på sjukhuset, då jag informerade personal och patienter om min undersökning. Det första besöket gjorde jag i april på bäddavdelningen och det andra några dagar senare på dagavdelningen. Vi kom överens om att patienterna själva skulle ta kontakt med mig direkt för att bestämma tid för ett sammanträffande, men det fungerade inte. Först efter ytterligare påtryckningar på personalen, fick jag via avdelningssköterskan meddelande om att jag hade fem + fem patienter, fem från vardera avdelningen. Det visade sig senare att en patient från bäddavdelningen inte ville delta, och en patient från dagavdelningen skrevs ut och ville heller inte delta. Jag gjorde åtta intervjuer under maj månad. Sedan fick jag vänta på de två övriga. I slutet av juni tog en patient själv kontakt med mig från bäddavdelningen. Den andra tog kontakt vid ungefär samma tid men avbröt vården, vilket betydde att hon inte fanns på plats vid den fastställda tidpunkten. Den tionde och sista intervjun gjorde jag i juli. Det betyder att jag gjorde fem intervjuer på dagavdelning och fem intervjuer på bäddavdelning. Varje intervju varade ca 60 minuter. Jag hade på förhand kommit överens på avdelningarna att jag gör en intervju på 1 - 2 timmar. Jag försökte få längre tid än en timme, men det visade sig omöjligt på grund av informanternas täta program på avdelningen. Alla intervjuerna gjordes på sjukhuset.

Att göra intervjuerna var både spännande och nervöst. Jag var nervös inför varje nytt möte. Vårvädret var underbart under dessa veckor. Sjukhusparken var full av fågelsång, och i viken utanför ropade sjöfåglarna ut sin livsglädje åt alla som bara ville lyssna. Många informanter påpekade att de på grund av det vackra vädret upplevde en större tillförsikt inför framtiden. Jag kom i allmänhet i god tid för att ha tid att samla mig inför mötet. På morgonen var min första tanke; måste jag tvätta håret, vad sätter jag på mig? Det här framhåller jag därför att det i mötet fanns en dynamik, som gjorde att jag också granskade mig själv. Förutom bekymmer med hår och kläder, fanns också alltid frågan; kommer hon att ställa upp för intervju eller gör jag det här förgäves? Två av informanterna backade ur, men för det mesta var jag väntad. Sedan måste vi söka oss ett rum där vi kunde vara ostörda den följande timmen. Ibland fick vi söka en stund. Det kändes litet nervöst för varje minut kändes dyrbar för mig. När vi hittat ett utrymme, var jag nervös över att bandspelaren inte skulle fungera och att batterierna hade tillräckligt kraft, i allmänhet bytte jag batterier onödigt ofta för att vara säker.

Det har gått åtta år sedan jag gjorde mina intervjuer, och jag vet att tiden mellan intervjuer och det färdiga materialet är lång. Jag anser ändå att mitt material inte är föråldrat. Ätstörningar är idag lika intressanta som för åtta år sedan, och antalet insjuknade har inte minskat under åren, utan snarare tvärtom. Orsaken till min paus har sina egna förklaringar. Till en början hade jag svårt att få grepp om "hela paketet". Det kändes nästan motbjudande att tänka sig att föra ut det i offentligheten. Sedan kom rent personliga händelser med i bilden, som fördröjde hela processen. När jag började på nytt, kände jag att jag måste söka nytt material bl.a. från forskningen och läsa på en del. Nu har jag slutat läsa på och koncentrerar mig på att få arbetet färdigt.

Efter att ha fått etiska nämndens lov att intervjua ätstörningspatienter, fick jag småningom samman tio personliga, rätt intima berättelser att ta ställning till. Jag upplevde att mitt forskningsmaterial var väldigt personligt, och att mina informanter hade gett ut sig själva och sina innersta tankar. Mitt problem blev, att utan att utelämna och bli alltför personlig, beskriva fenomenet ätstörningar på ett ballanserat, men ändå trovärdigt sätt. Sjukdomen är till sin form och art mycket personlig. Då personen berättar om sin sjukdom, utlämnar hon också sig själv. Ätstörningspatienterna är en förhållandevis liten grupp, och vårdklinikerna är få. På den grund kan det också vara möjligt att identifiera personen bakom berättelsen. Jag ser det som viktigt, att i offentligheten kunna diskutera ätstörningar, samtidigt som jag känner mig skyldig att skydda varje informant. Jag har utelämnat all information, som direkt kan hänföras till den enskilda personen. Mina berättelser har jag återgett som tema berättelser. I dem har jag framfört mina informanters tankar och åsikter.

### 3.2 Forskningsetik

Att forska på sjukhus kräver hänsyn och eftertanke. Patienter är sårbara. Det är viktigt att inte försvåra deras situation. Därför känns det angeläget att lyfta fram några tankar om etik. Etik hänger samman med processen att tänka över och utveckla sina etiska normer, anser Lars Torsten Eriksson och Finn Wiedersheim - Paul (2001). Etik innebär alltså ständiga ansträngningar att undersöka sina egna moraliska uppfattningar och sitt eget beteende.

För att undvika, för informanterna personliga olägenheter, är det viktigt att forskaren håller bland annat följande saker i minnet. Informanten bör bemötas med aktning och rapporten bör skrivas med respekt. Hur känsliga de ämnen är som behandlas i rapporten, bestäms av informanten. Då informanten på förhand har blivit informerad om undersökningens ändamål och syfte, har han/hon samtidigt gett sitt medgivande till att delta i undersökningen. Personen bestämmer själv, och kan undvika att svara på oskäligen frågor eller på frågor som medför olägenheter. Men forskaren bör även hålla i minnet att personer upplever saker på olika sätt. Samma frågor eller ämnen kan väcka olika känslor hos olika personer (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Granfelt (1998) tar ställning till vad som är etiskt viktigt inom forskning, och hon anser att forskaren inte har rätt att tränga sig på i en annan människas liv. Det är inte riktigt att försöka pressa människor att berätta utan det är bättre att låta berättelsen gå framåt på informantens villkor. Man bör ta fasta på informantens sätt att berätta och anpassa det han/hon vill berätta till sina egna intressen. Hennes tankar har blivit kvar hos mig, som en viss vägledning i min egen forskning. Varje intervjusituation är ny, och det är därför viktigt att forskaren själv anpassar sig efter situationens krav. En del informanter är öppnare och har lättare att verbalisera händelser i sitt liv. De klarar kanske också bättre av svåra frågor, medan det med andra informanter känns riktigt att låta berättelsen gå framåt på informantens villkor. Forskaren får ändå inte vara för försiktig i intervjusituationen. Det kan leda till att forskaren varken känns inspirerande eller upplevs som intresserad.

Man kan knappast ge strika etiska regler för varje skede av en undersökning, anser Hirsjärvi och Hurme (2001). Redan då man planerar en undersökning är det skäl att förutom den vetenskapliga nyttan också tänka på vilken nytta undersökningen kan tänkas ha för de som undersöks. Forskarens etiska plikt är att framföra kunskap som är möjligast säker och sanningenlig. Yrkeshjälpare framhåller starkt människans enskilda integritet samt deras rätt att bli skyddade, enligt Merja Laitinen och Johanna Hurtig (2002). De hänvisar till internationellt godkända människorättsnormer, som ställer speciella krav på yrkeshjälparna i frågor som berör bl.a. normer för personlig kränkning och respekt.

Som socialarbetare står jag min egen yrkesetik nära. Trots att forskarens och socialarbetarens ställning inför klienten/informanten är något olika varandra finns där också likheter, både vid informationstillfället samt vid bearbetningen av erhållet material. Från socialarbetarens Etikguide (2001-2004), har jag främst tänkt på relationen till klienten och klientens integritet. Att tänka på det unika i varje klients situation, att försvara klientens rättigheter och att beakta klientens intresse i sitt eget handlande. Det är i min mening viktiga punkter vid det personliga mötet, men det försvårade till en början mitt eget forskningsarbete. Jag upplevde att jag fått ta del av en stor och svår hemlighet och hade problem med att tänkas föra ut den till allmänheten. Mina informanter var överraskande intima och berättade öppenhjärtligt om sina problem i förhållande till sina anhöriga. Jag började med att stryka all information, som berörde anförvanter, samt information om specifika hobbies och annan personlig information, som lätt kunde hänföras till personen i fråga. Namn på platser och specifika datum har jag också strukit. Allt forskningsmateriel såsom band och utskrivningar, har behandlats konfidentiellt, och kommer att förstöras då rapporten är färdig. Jag har också i min forskningsrapport tagit i beaktande att inte ge ut uppgifter utan klientens tillstånd. I och med att jag sände dem en utskrift av intervjuerna, har jag antagit att de godkänner att jag använder de uppgifter de gett mig. I enlighet med Universitetets etiska normer (2009), har jag hållit i minnet att skyddet av det privata är en grundrättighet, men till forskarens uppgifter hör att producera vetenskaplig fakta, för att skapa förståelse för såväl sociala problem som för samhälle och kultur. Men till den här uppgiften för inte att blotta enskilda informanternas angelägenheter (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

### 3.3 Narrativ som forskningsmetod

Traditionell forskning bygger på traditionella forskningsmetoder. Jag har valt att i min forskning använda mig av narrativet för att belysa mina informanternas berättelser. Beroende på vilket sorts material, intervjuer eller nedskrivet, som används i forskningen, har forskare använt sig av olika metoder, som alla ryms inom ramen för narrativ. Livsberättelser och biografier är personers egna nedskrivna berättelser om sitt liv. För att en berättelse skall bli en livshistoria borde den bräddas med personliga brev, annat dokumenterat material, eller intervjuer med närstående personer, anser Anneli Pohjola (1993). Anni Vilkkö (1997) använder sig av biografi i sin undersökning, medan Vanessa May (2001) använder sig av berättelser (narrative) och livshistoria (*life story*). Vilkkö (1997) och Mays (2001) undersökningar bygger på nedskrivet material skrivet av kvinnor för kvinnor. Lektörer, d.v.s inte författare, har skrivit ned sina livsberättelser. Vilkkö (1997) beskriver texterna som "skrivna samtal" som skiljer sig från intervjuer, emedan berättaren strävar till att vara konsekvent och enhetlig. Början och slut skall stå i harmoni med varandra såsom långsamt berättande. De flesta berättare försöker framställa sitt liv möjligaste sanningsenligt. Livsberättelser kan ses som en lång berättelse

med en början, en mittendel och ett slut, men berättelserna kan också vara kortare. De kan vara episoder, där berättaren bara framställer en händelse (May 2001, Hänninen 1999).

Min första bekantskap med den narrativa forskningsmetoden, var Timo Tolskas (2002) doktorsavhandling om Jerome Bruners narrativa begreppsuppfattning. Enligt honom är det centrala redskapet i det narrativa tänkandet att skapa en intrig, i vilken erfarenheterna organiseras i berättelseform. Det centrala ur narrativ synpunkt är att förstå att själva händelserna inte skapar intressanta berättelser utan sättet, hur händelserna fogas samman med hjälp av intrigstrukturer. Vi har olika sätt att knyta samman person, omvärld och handling. Deras oskilkjaktighet är typiska för det narrativa tänkandet. Det gemensamma för att knyta ihop berättelser är att de tillsammans skapar intrigens struktur (*plot*). Intrigen i berättelsen, och i det narrativa tänkandet, utgör den faktor med vilken vi gör den temporära syntesen av erfarenheternas element: handlingar, mål, intention o.s.v. Intrigen förmår fläta samman erfarenheternas mångfald och få tillstånd en koherent historia.

Enligt Johansson (2005, 333) utgör intrigen en berättelses händelseförlopp och svarar på frågan "vad hände". Det innebär att då författaren vill beskriva berättelsens intrig, skildrar han/hon vilka händelser som beskrivs. Samtidigt handlar intrigen också om berättelsens struktur och form. Berättelsens händelser och situationer organiseras i en viss form och utifrån en viss struktur. Intrigen kan då förstås som en organiserande princip, ett slags *metastruktur*, som ger innebörd åt berättelsens olika delar. Intrigen ger berättelsen en sorts sammanhang.

Bruner använder sig, enligt Tolska (2002), av fyra olika intrigstrukturer, komedi och romans (optimistiska), tragedi och ironi (pessimistiska). Med deras hjälp kan vi skapa integration för samma kedja av händelser. Olika intriger förändrar enstaka händelsers betydelse, emedan händelsernas roll är olika i olika intrigstrukturer. Tolkningen av det skedda föds, då händelser och intrig är i interaktion med varandra och ger varandra form. Det handlar om en dialektisk process. Alla intriger kan inte ge en trovärdig ordning åt alla serier av händelser. Gemensamt för intrigstrukturerna är att de har som uppgift att vara ett kongnitivt arbetsredskap, som likt grammatikens regler ordnar erfarenheternas element till en efter varandra följande struktur.

Hänninen (1999, 55) har utgått från Bruners tankemodell i sin forskning. I stället för intrig använder hon sig av begreppet "den inre berättelsen" (*sisäinen tarina*), som personen själv formar genom att anpassa modeller tagna från den egna kulturella reserven och de egna livserfarenheterna, d.v.s. egna personliga händelser, erfarenheter och handlingar. Hon anser att berättelsen formas "i den inre berättelsen" (*sisäinen tarina*) som tolkningar av upplevda händelser. De berättas med hjälp av språket eller andra symboler s.s. skrivna, tecknade eller



framförda i dansform. I berättelsen är det inte enbart fråga om att ge den på förhand formade "inre berättelsen" (*sisäinen tarina*), utan också om en händelse, i vilken den inre språkliga berättelsen formas, reflekteras och gestaltas med hjälp av den sociala processen. Genom att utforma den "inre berättelsen" (*sisäinen tarina*) i ord, får personen möjlighet att ta avstånd till sin berättelse, formulera och forma den tillsammans med andra. Den sociala situationen, då berättelsen berättas, filtrerar på olika sätt den process som skapar personens "inre berättelse" (*sisäinen tarina*), och ger berättelsen form. Förhållandet mellan berättelsen och den "inre berättelsen" (*sisäinen tarina*) är reflexivt, situationen då berättelsen berättas kan tillfälligt forma också den "inre berättelsen" (*sisäinen tarina*).

Hänninen (1999, 53) har använt sig av två uttrycksformer, två grundtoner, som är pessimism och optimism. Personer med en optimistisk grundsyn formar sin inre berättelse på basis av antagandet att allting till slut vänder sig till det bättre, medan den pessimistiskt orienterade tror att de goda stunderna endast är olyckornas föregångare. Berättelsens grundton är beroende av hurdana berättelsemodeller människan är benägen att använda i olika situationer. Enligt Hänninen (1999) plockar berättaren ur händelsernas rikedom det, som är viktigt för intrigens gång. Den inre berättelsen fungerar som ett "sinnets såll" som lyfter fram vissa saker och lämnar andra utan uppmärksamhet. Den tar fram de aspekter som är viktiga ur berättarens synvinkel, och tolkar dem genom den betydelsen. På samma sätt som iakttagelserna indelar sinnesintrycken, indelar berättelsen händelser och potentialer ur livet som helhet. Det berör både händelser i det förgångna såsom nutidshändelser och iakttagelser och därtill hörande möjligheter. Händelser kan man ytterligare gestalta genom att indela dem i olika kategorier såsom berättelser om framgång, tragedier, besvikelser, romanser o.s.v.

Vardagen verkar glida framåt längs en förutsägbar stig, enligt Hänninen (1999), och den "inre berättelsen" styr livet ofta omedvetet och outtalat. Livsförändringar, som ett insjuknande, tvingar till reflexioner kring det egna livet. En allvarlig sjukdom, säger Laurence Kirmayer (2000), hotar livsberättelsens fortsättning och betydelse. För många sjukdomsepisoder, presenterar narrativet en slutpunkt, inte en ny början. Ett insjuknande, enligt Hänninen (1999), eller en annan överraskande förändring, bryter med våld den väg mellan det förgångna och framtiden, som personen har skapat i sitt sinne. Tiden efter avbrottet kan man karaktärisera som berättelsens "tomrum" eller som att personens liv blir helt utan berättelse, vilket för många är förvillande, ångestfyllt och till och med ett hopplöst tillstånd. I det här tillståndet gäller det för personen i fråga att se framåt och på nytt utforma berättelserna i enlighet med de nya premisserna.

Då personen formar sin berättelse är tiden inte oviktig. Tiden, enligt Brian Roberts (2002), är intressant då det gäller biografier. Då personen berättar sin livshistoria, rör hans sig i tiden mellan det förgångna, nutid och framtid på ett invecklat sätt. Det förgångna kan vara förbi

eller fortfarande här i tiden eller på återkommande. En biografi är inte enkelt lineär eller kronologisk, utan en nykoppling mellan iakttagelser ur det förgångna, framtiden och nuet i förändrade sammanhang.

Jag blev starkt influerad av Hänninens (1999) ”inre berättelse” och hur personen formar och formar om sina tankar vid motgångar eller ett insjuknande. I ett senare skede kom jag i kontakt med forskarna Gerhard Riemanns och Fritz Schützes (1991) forskningsmetodik. De använder sig också av biografisk forskning. Deras analytiska grepp bygger på att studera vändpunkter, som i deras texter beskrivs som *trajectories*. Översatt till svenska betyder det startbana, något som rör sig i en bana framåt uppåt. *Tracectory*, enligt Schütze (1992), fångar biografiska processer en längre tids motgångar, som gradvis påverkar det centrala i vardagslivet och det biografiska förhållandet till den egna personen. Personen blir främmande för sig själv och mister den egna initiativförmågan. På så sätt blir han/hon hänvisad till hjälp av utomstående. Stilen i berättandet markeras ofta med inledningsfraser som... tvingad av detta måste jag... Enligt Johansson (2005, 319) definieras begreppet ”*turning point*” vändpunkt i narratologin, som en handling eller en händelse, som markerar om målet är inom räckhåll eller inte. Den är avgörande för händelseförloppet, något som vänder intrigen.

Riemanns och Schützes (1991) modell kallar jag i mitt arbete för ”*trajectorymodellen*”. I den här modellen sammanfogas livsprocesser med andra ord svåra händelser, som sätter en övergripande prägel på det fortsatta livet, som t.ex. en svår sjukdom. Vid en svår sjukdom lider patienten och de anhöriga, anser Riemann och Schütze (1991). Lidandet är en del av det mänskliga varandet och har en djupgående effekt på livet och den egna identiteten. Lidandet formar den personliga biografien, förändrar den personliga relationen till den egna identiteten, de sociala relationerna och den sociala omvärlden. En *trajectory* i mina berättelser kan se ut som exemplet nedan.

Exempel: ... *det var första året i gymnasiet... jag var i någon mån deprimerad och så var storayster där... det var stridigheter hemma med mamma och atmosfären hemma var ångestfylld... jag började sedan att städa och så började jag tröstäta för att döva mitt illamående...*

Tröstätandet var min informants *trajectory*. Det var inledningen till en tid av bulimi, som sedan övergick i anorexi. Lidandet, som en *trajectoryprocess*, har inverkan på arbete och interaktion p.g.a. sociobiografiska livsloppsförändringar, på livssituationen och på relationen till ”signifikanta andra”. Lidandet är ett biografiskt fenomen *par excellence*, emedan det inverkar på den lidande personens identitet. Den förändrade bilden av den egna identiteten, samt den biografiska effekten, har svåra konsekvenser då det gäller bl.a. interaktion och kommunikation. Processen skapar en känsla av fara och rädsla. Personen tvingas se sig själv som kon-

trollerad av yttre främmande krafter som känns svåra eller omöjliga att påverka (Riemann och Schütze 1991.)

Då personen berättar om sitt liv, plockar han/hon fram de händelser, som anses relevanta för att beskriva ett skeende. Därför innehåller den berättade livshistorien, enligt Schütze (1982), tre grundelement nämligen *gestaltning*, *kondensering* och *detaljering*. Med *gestaltning*, menar Schütze (1982) en presentation i sammanhang av alla viktiga minnesbilder, enskilda händelser, episoder eller historiska konstellationer, som finns bevarade i minnet. Det signifikanta kommer först fram ut minnets gömmor.

Berättarens *kondenseringstvång* betyder att bestämma vittnesmålet (*Clow*) ur den upplevda historien. I en intervjusituation finns en begränsad tid för sammanfattningar av upplevda händelser. Berättaren är tvungen att berätta endast de "*minnesknutpunkter*" (*Ereignisknotenpunkten*), som är verkligt relevanta för sammanhanget, och som krävs för att göra berättelsen förståelig. *Detaljeringstvånget* betyder att ur minnet rekapitulera erfarenheter i muntliga framställningar i en "öga mot öga" situation. Berättaren är tvungen att se tillbaka i produktionen och få delarna sammanfattade till helheter, samt rekapitulera ordningsföljden i minnesbilderna.

Schütze (1992) har utvecklat några allmänna kategorier som hjälpmedel vid analysen av biografiska processer. Ett exempel är "*biographical action schema*" som uttrycker det avsiktliga sättet att relatera till den egna identiteten och till potentialen att konstruera och realisera olika planer i livet... "jag gjorde"... Det andra exemplet kallar han för "*biographical metamorphosis*", som fångar upp processer där personen blivit konfronterad med någon svår händelse, som drastiskt förändrat personens egen syn på omvärlden och på sig själv. Schütze (1992) utgår från informantens *ex tempore* berättelse om det egna livet. Forskaren uppmanar informanten att ... "berätta om ditt liv"... Det betyder i praktiken att informanten ges frihet att börja och sluta sin livsberättelse, där han/hon finner det lämpligt. Det är viktigt att forskaren visar sitt intresse, visar att han/hon lyssnar och avbryter berättaren endast då det uppkommer oklarheter i berättelsen. Berättelsen fortsätter till "*coda*" den punkt då berättaren visar att nu var det berättat. En möjlig fras är "det var mitt liv inte så intressant men "... Nu kan forskaren gå tillbaka och ställa sina egna frågor och komplettera luckor i berättelsen, som han/hon anser viktiga för helheten.

Jag upplevde ibland att tiden blev knapp med mina informanter, och funderade mycket i analyskedet på hur stor inverkan på informationens innehåll tidsbristen hade. Men Hänninen (1999) och Schütze (1982) har tröstat mig. Schütze (1982) tar fram tiden, som en viktig faktor i berättandet. Han anser att tiden vanligtvis är begränsad, och därför kommer det signifikanta först upp ur minnets gömmor. Hänninen (1999) stöder hans påstående med att säga att be-

rättaren plockar fram de händelser i livet, som är viktiga för intrigen. De här tankarna har hjälpt mig att våga lita på, att de mest relevanta händelserna har kommit med i mina informanternas berättelser, trots att tiden var begränsad.

### 3.4 Intervjuerna

Att berätta sitt liv kan beskrivas på många olika sätt, och varje "berättare" står inför olika alternativ. Vad skall jag berätta och vad vill jag berätta? Verner Denvall m.fl. (1999) anser att tiden skapar ett "filter" genom vilket berättaren filtrerar sina erfarenheter. Upplevelserna gestaltas efter vad "filtret" sällar bort och lägger till. Jag har den uppfattningen, att personer över tid gärna förtränger eller glömmer de svåra sakerna i livet, och heller minns de goda. Kanske mina informanter också tänker så, men det till trots har jag fått ta del av även svåra saker i deras liv.

Många skribenter använder begreppen halvstrukturerad eller till hälften standardiserad intervju, som ett mellanting mellan intervju med hjälp av ett skrivet formulär och den ostrukturerade intervjun, enligt Hirsjärvi och Hurme (2001, 47). De framhåller att det inte finns någon entydig definition för den här formen av intervju. Åsikterna varierar hur intervjun skall genomföras. Det gemensamma är att frågorna skall vara de samma för alla, sedan kan intervjuaren variera hur han/hon frågar och i vilken ordning. Informanten svarar med egna ord. Betecknande för den här formen av intervju är att intervjuaren har på förhand fastslagna åsikter om ämnet, men där ges även plats för nya infallsvinklar. Jag gjorde något vad jag själv har kallat halvstrukturerad intervju, men jag kunde också kalla den temaintervju. Jag hade inte färdiga frågor, men färdiga teman. Jag hade tänkt mig att tillsammans med informanten gå igenom olika livsskedena. Börjande med barndomen, skolan och tiden efter skolan.

Jag började med att fråga om spontana minnesbilder från barndomen och så fortsatte det. Intervjuerna utformades i praktiken mycket olika. En del av mina informanter berättade sin historia som en monolog. Jag lät berättelsen ha sin gång och först då berättelsen var avslutad, ställde jag frågor. Med andra blev det spontana samtal, och endast en del blev direkta intervjuer. Under samtalen och intervjuerna försökte jag undvika ledande frågor, men de kunde inte helt undvikas. Jag följde upp vissa tankekedjor med tilläggsfrågor, men jag försökte aldrig pressa fram information utan nöjde mig med den information jag fick. När vi äntligen kom igång glömde jag allting annat. Mina informanter var på sitt sätt fascinerande. De var spröda unga kvinnor, som utstrålade en märklig styrka. Inför denna dualism kände jag länge en viss osäkerhet. Jag gjorde tio bandningar och skrev själv ut dem i sin helhet. Resultatet blev ca. 90 sidor utskrivet material. Mina informanter är unga kvinnor födda under åren 1972 - 1983.

Ordens betydelse (*konnotation*) är olika hos olika människor och ordens betydelse formas i olika samhällsklasser, anser Hirsjärvi och Hurme (2001). Som exempel vill jag hänvisa till Sven Hessel (1991), som hävdar att vi förfogar över många teoretiska språk för att beskriva mänsklig vanmakt, men det är plågsamt ont om språk för att ge människan kraft att häva den. Dialogen är en grundläggande förutsättning för personlig kontakt människor emellan. Intervjuspråket var för mig ett annat än mitt modersmål. Jag har i viss mån bett om tolkningshjälp av personer i min omgivning, och har därmed fått erfara att människor i olika delar av landet har egna ord och uttryck för att beskriva vissa saker. Det säger mindre om samhällsklasser och mera om boningsort. Överlag använde mina informanter ett klart språk, men vissa ord och uttryck har gett mig litet extra arbete.

Sommaren 2003 sände jag åt alla informanter en utskrivning av min intervju med kommentarer, och bad dem samtidigt ta kontakt för en uppföljning. Endast en svarade på uppropet, och vi träffades i augusti 2003.

### **3.5 Att analysera unga kvinnors berättelser om sin sjukdom**

Jag hade gjort mina intervjuer, och hade ca. 90 sidor utskriven text till mitt förfogande. Jag hade fått öppenhjärtliga och detaljrika berättelser, som handlade inte endast om informanten, utan även om familjen, om pojkvänner och andra nära och kära. För att skydda informanten, såg jag mig tvungen att plocka bort ur berättelsen sådant, som kunde bidra till ett igenkännande, samt andra intima detaljer, som berörde familjen och andra anhöriga.

#### **3.5.1 Att läsa berättelser**

Nästa steg blev att ta ställning till vad informanten egentligen ville med sin berättelse. Samtliga hade gett sitt skriftliga medgivande till att berätta om sig själva och sin sjukdom, men vilken bild ville de ge av sig själva, och hur skulle jag tolka deras berättelser? Jag hade vid intervjutillfället upplevt att informanterna gärna berättade om sig själva och sitt liv.

Johansson (2005, 17) anser att berättelsen ger struktur, sammanhang och mening åt våra erfarenheter. Något vi skapar dagligdags för att göra omvärlden och oss själva begripliga. Genom berättandets former blir de pågående sinnesintrycken, upplevelsorna, inordnade i en form som gör världen överskådlig och hanterbar. Det kaotiska blir till ordning, det fragmentariska blir till helhet. På så sätt får berättandet en djup existentiell betydelse, såväl psykologiskt som kulturellt och socialt. Vi placerar oss själva i världen och svarar genom våra berättelser.

telser på frågor som: Vem är du? Var kommer du ifrån? Vart är du på väg? Jag anser också att då man sätter svåra och kaotiska tankar i ord, får man själv proportion på problemet, och svarar även samtidigt på de frågor, som Johansson (2005) ställer.

Inom praktiskt socialt arbete kan livsberättelser också vara till hjälp, då man vill kartlägga en klients sociala verklighet. Granfelt (1993) hänvisar till en svensk undersökning och framhåller att man kan jämföra psykosocialt arbete med psykoterapi om man har som mening att följa upp den sociala omgivningens inverkan på personens identitet ur ett livshistoriskt perspektiv. Den här granskningen kommer mycket nära den biografiska forskningsorienteringen, men kallas då social biografi.

Både Vilkkö (1997) och May (2001) har analyserat skrivna berättelser, vilket är något annat än en berättelse given vid ett möte. En skriven berättelse föds i en situation då berättaren är ensam. För att berättelsen skall få mening, anser Vilkkö (1997), att den bör födas i växelverkan med den omgivande verkligheten, och berättas som en "inbillad" diskussion med en potentiell mottagare. Läsaren för sin egen diskussion med ifrågavarande berättelse. Alla har vi mera eller mindre konventionella och historiskt varierande sätt att läsa livshistorier, något som också berättaren försöker förutsätta. Därför är det viktigt att fråga sig om läsaren, vem eller vilka kommer att läsa min berättelse, då man vill förstå livsberättelsernas konstruktion. Berättelser, enligt May (2001), har en bestämd mottagare. Den potentiella läsaren, är den person för vilken berättelsen är skriven, men man bör observera att den presumtiva och den verkliga läsaren inte behöver vara samma person.

Vilma Hänninen (1999, 3) tänker sig att människan lever sitt liv såsom det vore en berättelse, och berättaren själv dess huvudperson. Hon ser det som grund för det narrativa tänkandet. Man närmar sig berättelsen med att granska de i tiden framåtskridande händelserna via den betydelse berättaren har gett den. Med berättelsens hjälp gestaltar personen händelserna i det egna livet, och skapar genom dem för sig själv en förhållandevis följdriktig helhet. Berättandet indelar det levda livets kronologi, där nutid alltid är en punkt på vägen mellan dåtid och framtid. Att tolka nutiden via berättelsen, gör dåtiden eller det förgångna begripligt, nutiden intressant och framtiden förutsägbar. Framtidsplanerna kan man hålla som berättade projekt, människans försök att förverkliga någon berättelse som känns värdefull. Det narrativa angreppssättet utgör inte en gemensam teori; även en berättelse kan i skilda sammanhang ges olika betydelse. Den narrativa forskningens vanligaste forskningsmaterial är personers verbala framställning i intervjusituationer eller skriftligt producerade berättelser.

Då en person formar en medveten berättelse om sig själv, sker det inte bara genom att fundera reflexivt, utan berättelsen formar sig själv reflektivt, anser Hänninen (1999, 62). Det betyder att då personen formar sin berättelse kan han/hon också medvetet forma sig själv,

sätta upp mål och krav. Den reflekterande "inre berättelsen" kan vara enhetlig och koherent men den kan också vara en dialog, motsättningsfull, kaotisk och obestämd. Riessman (2001) framhåller att berättandet är ett samarbete, som förutsätter en berättare och en åhörare. Frågeställaren påverkar särskilt den kulturella miljön, sammanhanget på tolkningen. När berättelsen analyseras kommer man i kontakt med berättarens egna erfarenheter, och inte enbart den innebörd som språket förmedlar. Man kan fråga sig "varför berättas den här historien på det här sättet". Enligt Tarja Aaltonen (2002) utgår det narrativa synsättet ifrån att berättandet är människans sätt att behandla förändringar i livet, uppehålla kontinuitet, skapa en egen identitet och sin egen plats på det sociala fältet. Alla berättelser innehåller både sanning och lögn, säger Crafoord (1994), men framhåller att berättelsen, som exponerar oss och framställer oss i all vår nakenhet och sårbarhet, också måste tjäna att skydda oss och kanske till och med dölja oss.

När vi berättar historier om våra liv, framför vi vår identitet, säger Riessman (2001). Då hon analyserar en persons berättelse, belyser hon flera olika frågor under arbetet. Hon anser att intervjumaterialet inte talar för sig själv. Axplock ur berättelsen behöver tolkning, ökad utredning och analys "oförpackad" för att blotta och tyda de oundvikliga tvetydigheter som är innefattade i alla former av språk. Hon anser att berättelser är ett arrangerat sätt att tala. De framställs i en bestämd samverkan med bestämda lyssnare, och dess sammanhang gestaltar vad som sägs, och det som inte kan bli sagt. Berättaren berättar inte sin berättelse utan avslöjar endast "det nödvändiga jaget" och berättelsen belyser endast vissa aspekter av identiteten och lämnar andra i skuggan. En annan lyssnare/intervjuperson skulle se en annan identitet.

Därav drar jag slutsatsen att det inte är oviktigt för slutledningen vem som läser, eller får ta emot en berättelse. Olika personligheter ser och uppfattar olika saker i berättelserna. Jag har tagit emot berättelser och analyser dem utgående från mina referenser, som äldre socialarbetare med lång erfarenhet av patientarbete på psykiatriskt sjukhus. Det är möjligt att jag förbigår någon viktig detalj i berättelsen på grund av "blindhet". Psykiatrin kan ha förskjutit min toleransgräns inför livets märkligheter, men jag är tvungen att ta den risken. Jag är imponerad över det vad mina informanter har presterat under sitt korta liv. De egna prestationskraven är höga hos en ätstörningspatient. Det hör till sjukdomsbilden. Men man kan inte påstå att de enbart är offer för sin sjukdom. Att genomföra det program mina informanter har genomfört både i vården och civilt, kräver både uthållighet och styrka, vilket också kommer fram i berättelserna. Men vad finns där mera; aggressioner, bitterhet, rädslor, själdestruktivitet? Jag inser att det finns med av alla, men att självdestruktiviteten fanns med i högre grad under sjukdomens mest aktiva tid, då informanterna inte kunde hantera sitt ätande. En viss *morbiditet* kommer fram i vissa berättelser men ingen har beskrivit direkta *suicidförsök*. Alla vill leva ett "riktigt liv" utan tankar på att äta eller inte äta. Alla förde fram det på sitt eget sätt

men budskapet var tydligt. "Det här är inget liv". Sjukdomen har tagit så mycket och givit så litet i gengäld. Rädslorna kommer fram i tankar om framtiden i frågeställningar som; vad allt har sjukdomen gjort med min kropp, kan jag någonsin bli mor? Kommer jag någonsin att bli riktigt fri från sjukdomen? Intervjuerna väckte hos mig känslor, som jag till en början hade svårt att handskas med.

### 3.5.2 Att tolka berättelser

Enligt Johansson (2005) har vi sedan mitten av åttiotalet kunnat se framväxten av ett tvärdisciplinärt forskningsfält, som benämns *narrativa studier* eller *berättelseforskning*. Då jag gjorde intervjuerna, hade jag ännu inte kommit i kontakt med Riemann och Schütze (1991). Jag hade på den tiden främst Hänninen (1999) och hennes "inre berättelse" i tankarna. Jag följde således inte konceptet att be berättaren berätta om sitt liv, vilket i praktiken betyder att berättaren kan börja var som helst i livet och sedan prata till *coda*. Först då har forskaren själv möjlighet att fråga upp och komplettera. Jag bad alla informanter börja med några spontana tankar om sin barndom, och sedan följde vi upp minnen från skoltiden och framåt. Intervjuerna blev i alla fall mycket olika till sin utformning. Min åsikt är att oberoende av intervju-metod, är informanternas förmåga att komma emot med egna berättelser mycket olika. Jag upplevde att vissa informanter ledigt kunde berätta långa sekvenser, och associerade från en händelse till en annan. Andra informanter däremot uttryckte sig enbart med några ord högst några fraser.

Jag valde medvetet att bygga min studie på patienternas egna berättelser om sitt liv. Det kändes etiskt riktigt att låta informanternas egna berättelser bli mitt basmaterial. Jag skulle ha kunnat anhålla om att få tillgång till patient journaler, och genom dem få jämförande material. Det kunde ha gett en helt annan bild. Nu fattas den biten, som kan innehålla det de själva inte ville tala om. Men jag överlåter den biten till läkarna och psykologerna. Till sjukdomsbilden kan höra olika former av utagerande och alkoholproblematik för att nämna något. Jag anser å andra sidan att de uppgifterna inte skulle ge min undersökning ett mervärde. Det är heller inte omöjligt att mina informanter saknar den delen av sjukdomsbilden. Jag fick i början uppgifter om att mina informanter är "renodlade" ätstörningspatienter, vilket betyder att de eventuellt inte har den agerande sidan med i sjukdomsbilden.

Då jag började arbeta med mitt utskrivna material, märkte jag hur olika mina berättelser var både till form och struktur. En del berättelser tedde sig som monologer. Berättelsen flöt utan stor inblandning från min sida. Andra berättelser var direkta intervjuer, där mina kommentarer hade en synlig plats. Då jag gått igenom olika forskares tankar om narrativ som analysmetod, står de alla i mitt tycke rätt nära varandra. Johansson (2005) framhåller att narrativ ana-



lys är ett tvärvetenskapligt angreppssätt. Jag har i min analys lånat idéer både från Riemanns och Schützes (1991) *"trajectory"* och Hänninens (1999) "inre berättelse". Som jag ser det, behandlar Riemann och Schütze (1991), en stor avgörande händelse som utgångspunkt. Fortsättningen av personens berättelse utgår från den stora händelsen, som påverkar personens fortsatta liv på ett avgörande sätt. De tar fasta på en händelse i livet, som har en avgörande betydelse för det fortsatta livet. Hänninens (1999) "inre berättelse" finns också med i mina tankar, då jag beaktar hela innehållet i berättelsen. Som jag ser det innehåller Hänninens (1999) "inre berättelse" berättelser från ett liv, som innefattar inte bara en berättelse utan många "jämlika" berättelser, som alla har format det fortsatta livet. Mina berättelser består av båda elementen. Jag har informanter, vars sjukdom eller en annan svår händelse, har inverkat direkt på alla andra händelser därefter. Men jag har också berättelser, där många olika händelser i samverkan, som en kedja, har fört livet framåt. Därför har jag båda metoderna i minnet, då jag analyserat mina berättelser, och jag rör mig i gränslandet mellan båda.

Jag började min analys med att behandla varje enskild berättelse som en helhet. Jag lyssnade på bandningarna och fäste uppmärksamhet vid tonen i berättelsen, samt hur berättelsen berättades. Jag fäste även uppmärksamhet på språkrytmen. Varför har vissa saker kommit med och andra blivit lämnade på sidan? Då jag läste utskrivningarna och studerade innehållet, fäste jag min uppmärksamhet på textinnehåll, ordval och berättelsens struktur. Slutar berättelsen lyckligt eller mynnar den ut i något outtalat? Är situationen sådan att berättelsen inte kan sluta lyckligt. Mina berättelser ter sig mycket olika till struktur och innehåll. Gemensamt för samtliga berättelser är ett insjuknande, men sjukdomen har mycket olika plats i de olika berättelserna. Då jag fortsatte med textläsningen, började även andra teman än sjukdomen stiga fram. Barndomen nämndes oftast endast med några meningar, och ur minnesbilderna framkom både lyckliga och minde lyckliga barndomsår. Exempel på olika teman är familjekriser, mobbning, övervikt sedan barndomen, endast för att nämna några. Mina informanter hade antagligen under vårdtiden många gånger gått igenom sjukdomens förlopp och bakomliggande orsaker. De direkta orsakerna till ett insjuknande förbigicks oftast med att "det finns säkert många orsaker men..." Det kändes kanske lättare att berätta om själva sjukdomsförloppet än om orsakerna till varför ett vårdbehov uppstod. För en del informanter var det här inte den första vårdperioden. De, som hade en relativt kort sjukdomshistoria, såg den här tiden som en kort parentes i livet. Framtiden låg framför dem full av nya utmaningar. Andra upplevde framtiden som mera osäker.

Jag har redan tidigare framhållit att jag har haft både Riemann och Schützes (1991) *trajectory* och Hänninens (1999) "inre berättelse" i tankarna då jag analyserat berättelserna. Jag har även påpekat att berättelserna både till innehåll och form är olika. I det följande ger jag exempel på hur mina tankar ha gått i en berättelse, som jag tolkat enligt *trajectory* modellen.

Berättelsen flöt med mycket liten inblandning från min sida. Jag kallar henne här för Informant 1, och hon börjar på min inrådan berätta om sin barndom. Hon beskriver sig själv som blyg och skygg för främlingar. Hon är en ivrig elev och trivs bra i skolan. I slutet av lågstadiet kommer förändringen. Klasserna är oroliga och det känns inte bra. Hon börjar fundera över vem hon egentligen är. Hon känner sig ful och tjock. Under de här tiderna börjar ätstörningen komma smygande. I den här berättelsen blir matproblemen den vändpunkt, som förändrar det fortsatta livet. Min informant delar härefter sin tid mellan skola, olika vårdinrättningar och senare även kvällsjobb. Hon flyttar också småningom till en egen lägenhet. Hon berättar i fortsättningen om sin sjukdom, som hon inte vill avstå ifrån. Den ger henne trygghet. Ingen kräver av henne att hon skall vara en god medmänniska och vän. Men i stället har hon en "slavdrivare" inom sig, som kräver nästan det omöjliga av henne i fråga om prestationer. Hon måste vara perfekt i allt hon gör. I slutet av berättelsen medger hon att hon nu för första gången, vill bli frisk och börja leva ett annat liv. Men nu kommer också rädslorna för hur hon skall kunna bli den perfekta medmänniska och vän, som hon önskar vara.

Den här berättelsen handlar om en ung kvinnas väg genom sjukdom till vuxenhet. Hon lever med sin sjukdom under egentligen hela tonårstiden. Rädslorna inför framtiden i slutet av berättelsen, känns för mig berättigade. Hon har inte gått igenom en vanlig tonårsperiod, då hon socialiserats tillsammans med andra ungdomar. Hennes ungdomstid har varit prestationer, ensamhet och sjukhusvistelser. Det är lätt att förstå att rädslor finns inför framtiden. Men hon har drömmar, och det är att önska att drömmarna slår in. Jag ser Informant 1, som å ena sidan är ett offer i sin sjukdom. Hon har varit för rädd och ångestfylld för att förändra sitt liv och stiga ut ur sin sjukdom. Å andra sidan har hon kunnat mobilisera otroliga krafter, i utförandet av studier och i många andra prestationer. Nu hoppas jag att hon hittar kraften att ta sig ur sjukdomen.

Mitt andra exempel är till strukturen en intervju. Informant 2 är en något avståndstagande ung dam, som svarar på mina frågor, men mycket information därutöver får jag inte. Den här berättelsen har jag tolkat med den "inre berättelsen" i tankarna. Personen formar omedvetet sig själv i den "inre berättelsen". Trots att hon är reserverad, upplever jag att hon på sitt sätt vill berätta både för mig och för sig själv, hur hennes liv har gestaltat sig. Hennes barndom är inte speciell. Familjen firade sommarferier på landet. Hon berättar sedan ganska detaljerat om sina problem i låg - och högtadiet, där bland annat mobbning ingick. Vilka sår mobbningen lämnade hos min informant, får jag inte närmare information om. Hon fortsätter i gymnasiet, och får därefter direkt en studieplats. Efter att ha studerat några år, har hon gått upp i vikt och vill ha bort några kilo. Hon börjar medvetet banta, men det dröjer inte länge förrän bantningen går henne ur händerna. När vi träffades har hon gått i vård ca. ett år. Under den här tiden har hon mått så dåligt att hon inte orkat göra någonting. Hennes vikt har tidvis varit så låg att hon borde ha förflyttats till bäddavdelning, men hon har alltid, i kritiska situationer,

fått upp sin vikt så mycket att hon kan fortsätta i öppenvården. Hon mår relativt bra då vi träffas, och hon vill ta upp sina studier på nytt på hösten.

Den här berättelsen berättas av en ung kvinna, som verkar ha kontroll över sitt liv i alla skeden. Hon var ett mobbningsoffer i lågstadiet, men därefter har hon styrt sitt liv medvetet. Hon vill vara slank. Hon verkar veta vad hon vill, och hon handlar medvetet därefter. Hon vill inte bli intagen på sjukhus, trots sin låga vikt. Hon kämpar medvetet upp sin vikt, när så krävs av henne. Hon vill bli frisk. Hon kan inte riktigt förstå att maten skulle bli hennes problem, för hon har alltid njutit av god mat. Och det vill hon också kunna göra i fortsättningen. Hon vill inte sitta och äta sina matproblem hela dagen, som nu tidvis varit fallet. Hon har tidvis varit så trött att hon inte orkat umgås eller träffa vänner. Hon bryr sig inte om hur kvinnor omkring henne ser ut, men hon vill vara slank. Den här berättelsen handlar, i min mening, om kroppsfixering och behov av att visa för sig själv och andra, att hon har kontroll över sitt eget liv. Utåt sett ger min informant bilden av en självsäker ung kvinna, som vet vad hon vill, och hur hon vill framhäva sig själv. Hon ger mig inte så mycket information, att jag kan se vad som rör sig under ytan. Hon har antagligen gått igenom skolan med framgång, eftersom hon fick en studieplats direkt efter studentexamen. Hon bantade medvetet. Sedan gick den henne ur händerna, men hon har ändå hela tiden haft kontroll över sin vikt. Hon har haft stora problem med maten, men på något sätt lyckats få upp vikten och fortsätta. Hon medger att hon känt sig eländig, och kunde ha haft mera hjälp av en baddavdelning, men är ändå nöjd med att långsamt återkomma till ett normalt liv. Hon lider av benskörhet, och den skrämmer henne. Hon ser fram emot att bli frisk, och att börja studera på nytt. Hon är inte säker på om hon fortsätter med samma ämneskombination som härtills. Det vill hon ännu fundera på.

## **4. PERSONBILDER**

### **4.1 Introduktion**

I det här kapitlet kommer jag att presentera tre berättelser. Huvudtemat i berättelserna är de intrigstrukturer jag sollat fram ur de enskilda berättelserna. Jag hade länge svårigheter att se klara strukturer i mina informanternas berättelser. Jag började till slut plocka sönder berättelserna i delar, en form av faktoranalys med papper och penna. Sedan samlade jag faktorerna till större helheter och fick småningom fram tre huvudstrukturer. Mina informanter berättade hela tiden om sin kropp, och om sin sjukdom, men i sig var berättelserna personliga och till sin utformning olika. De var fulla av detaljer, som förvirrade mig. Mina informanter har i huvudsak uppehållit sig kring tre olika huvudteman, då de beskrivit de bakomliggande orsakerna till sin sjukdom. Jag börjar med att behandla ätstörningar som sjukdom i avsnittet "att växa i sin sjukdom". Tre av mina informanter har levt med sin sjukdom under många år. De

har under sjukdomstiden utvecklats från barn till unga vuxna. De berättar om hur sjukdomen har format deras liv. Det andra stora temat är motion. Fyra informanter berättar om hur motion, som alltid spelat en stor roll i deras liv, kan ta sig oanade proportioner. Det tredje temat är bantning. Tre informanter berättar om hur en bantning mycket snabbt kan gå en person ur händerna och utfalla i en sjukdom. Men bakom varje tema finns också andra bidragande orsaker såsom kriser i familjen, stora personliga förluster i form av dödsfall, depressioner, för att nämna några.

Jag numrerade mina intervjuer från ett till tio efter hand som jag gjorde dem. I min presentation har de fått namn. Informant 1 har blivit Anna, informant två heter Bettan, och så fortsätter det fram till boksatven J. Det underlättar arbetet om man vill gå tillbaka till ursprungstexterna. Alla citat är översatta från finska till svenska. Jag har bemödat mig om, att översättningen ligger möjligaste nära den finska originaltexten.

#### **4. 2 Att växa i sin sjukdom.**

Berättelsen återger Anna, Helena och Disas tankar och erfarenheter. De har utvecklats från barn till unga vuxna i sin sjukdom. Samtliga har insjuknat i början av tonåren eller i tidiga tonår. Insjuknandet är här den händelse, som förändrar det fortsatta livet, på ett genomgripande sätt. Här finns ungdomsdepression och andra svåra personliga händelser i bakgrunden, som har försvårat livet och även ett tillfrisknande.

#### **Den oskyldiga barndomen**

Majoriteten av mina informanter har sett mycket positivt på sin barndom. Till de vanligaste barndomsminnena hör lekar ute på gården, och somrar med familjen på stugan. Att få syskon är också ett viktigt barndomsminne. Helena beskriver sig som en glad flicka. Hon är ett mellanbarn och lilla systers ankomst förändrade hennes värld.

*Helena:... jag tillbringade barndomen ute på landet och jag minns att jag var ljus till sinnes, skrattade och log...världen förändrades när lillasyster föddes, en liten späd varelse, ett litet människobörjan föddes till livet...*

Men det har också kommit fram kommentarer om en kaotisk barndom, men detta till trots, ändå en längtan tillbaka till barndomen då allting i alla fall var en oskyldig lek.

## Ungdomstiden behöver inte vara lätt

Att börja skolan var en positiv upplevelse. Det kändes spännande att få nya kamrater och vyerna vidgades. Bor man avsides på landet kan barndomen te sig litet ensam, och man får lära sig att sysselsätta sig själv. Anna berättade att hon inte var borta en enda dag från skolan det första året. Så ivrig var hon att få börja skolan. Hela lågstadiet var en trevlig tid.

*Anna:.... jag var otroligt ivrig att få börja skolan... jag minns att jag inte var borta en enda dag det första året, så ivrig var jag... jag trivdes i skolan hela lågstadiet... jag gick väldigt gärna...det var jätteroligt...*

Bor man litet avsides finns det inte lekkamrater alldeles i grannskapet. Barndomen kan kännas litet ensam. Då är det inte ovanligt att lära sig läsa före skolstarten, eller att bli ägare till ett bibliotekskort. Det kan vara en njutning att lyssna till berättelser och att själv hitta på egna berättelser, som man sedan kan dela med andra. Skolstarten är en ganska märklig upplevelse och innebär nya vänner, men ändå kan livet kännas litet ensamt. Att ha en lekstuga på gården kan ge inspiration för många roliga lekstunder.

*Helena:...vi hade en lekstuga på gården och där lekte jag mycket... (...) jag har alltid tyckt om att läsa och jag minns att jag fick ett bibliotekskort förrän jag gick till skolan... jag minns inte kunde jag själv läsa, men jag har alltid njutit av berättelser och jag minns att jag också själv hittade på historier, som jag sedan berättade för andra...*

Det är många gånger slumpen som avgör hur saker faller sig. Finns det inget passligt daghem i närheten av hemmet, tar man det som finns i grannskapet. Disa hade ett daghem för minoriteter om hörnet, och där började hon. Det innebar också inläring av ett nytt språk. Sedan när en gång början var gjord, kändes det som bortkastad möda att byta, och det innebar i förlängningen att Disa gick även grundskolan i en skola för minoriteter. I början kände hon sig litet utanför, men hon hade en daghemskompis som stöd. Är man dessutom positiv och social till sin läggning blir man lätt bekant och anpassar sig till gruppen. Det var alltså roligt att gå till skolan och att läsa hade min informant lärt sig redan före skolstarten.

*Disa:...jag har alltid varit social och anpassningsbar ganska hurtig till och med... har aldrig haft problem med att få vänner och anpassa mig till nya förhållanden...*

Lågstadiet var en harmonisk tid. Det var roligt i skolan. Att byta från lågstadiet till högstadiet eller från högstadiet till gymnasiet har däremot i många berättelser visat sig i viss mån problematiskt. Klimatet i skolan kan förändras redan i ett byte från låg - till högstadiet. Grupperna blir större och oroligare. För en amitiös elev kan nojset kännas störande. Då Anna tänker

tillbaka på den här tiden kommenterar hon den med ...”*jag minns inte... bara ett minns jag att jag visste inte vem jag egentligen var*”... I början av högstadiet kom ätstörningsproblematiken med i bilden.

*Anna:... det började i början av högstadiet och så har det hållit på ända tills nu...*

Sjukdomen kommer inte så där bara ”snäps”. Utvecklingen sker långsamt och innefattar känslor av mindervärde, känslor av att vara ful och motbjudande. Men självsvälten väcker hos personen en känsla av styrka. Man hoppas och tror att om man bara förändrar kroppens utseende, har man lättare att acceptera sig själv, och även bli accepterad av andra.

*Anna:... jag hade redan många år känt mig ful och motbjudande som människa, och jag upplevde på något sätt att bara jag bantade litet skulle jag bli accepterad, och också själv lättare acceptera mig själv...(..) men sedan magrade jag snabbt och det gick snabbt över i en sjukdom...*

Högstadiet har för många varit den absolut bästa tiden. Som bäst är det en tid med god kamratanda och sammanhållning. Men sedan började pojkar intressera på ett annat sätt. Bland flickorna pratade man om pojkar, och intresset för den egna kroppen började få kanske onödigt mycket uppmärksamhet. Mat och kroppens utseende blev viktiga diskussionsämnen. Sedan blev det utelämnade skolluncher. Det har framkommit tankar om att det är ”tonårsflickors smärta att växa upp till kvinnor”. Gymnasier är belägna i tätorter, vilket medför även långa skolresor för de ungdomar som bor utanför tätorterna. Avståndet gör skoldagarna långa. När kamratskapet har varit gott känns det ledsamt när kamratgruppen skingras. Det gav en känsla av ensamhet när goda vänner, som man delat många fina stunder tillsammans med, skingrades runt världen.

Dålig stämning hemma kan ställa till det för en tonåring. En ungdomsdepression kan leda till tröstätning och därmed också till en viktökning. Genom att tröstäta kändes livet litet lättare. Men när det började märkas i en viktökning, var kamraterna i skolan inte sena att kommentera. Det är inte lätt att stå emot gruppens kritik. Det är lätt att inse att viktökning i kamratkretsen inte är en acceptabel väg. Det blev upptakten till perioder av hetsätning och uppkastningar, vilket ledde till dåligt samvete. När livet känns tungt, är hetsätning och rening ett sätt att behärska det svåra. När livet känns lättare, kan matvanorna återgå till nästan normalt ätande.

Motion är ett sätt att lindra ångest och inte ge tankarna möjlighet att reflektera över en viktminskning. När Helena började tappa vikt, sublimerade hon ångesten i motion. Det var jobb

och hobbies och långa dagar. Idag kan hon se det som en flykt från svåra tankar. Hon nämner att hon aldrig haft många vänner och i inget fall riktigt nära vänner. Livet kändes ganska ensamt. Andra året i gymnasiet tillbringade min informant ett halvår på sjukhus och gick samtidigt i skolan. Hon höll samma takt som klasskamraterna och gjorde tentamina från sjukhuset. Tredje året stod hon på samma nivå som klasskamraterna och skrev studenten. Efter sjukhusvistelsen sjönk vikten på nytt till samma nivå som före sjukhusvistelsen. Hon ser vården som ganska ineffektiv.

*Helena:... jag har aldrig haft förfärligt många vänner... i alla fall inga nära vänner... jag började sedan magra rätt kraftigt och då började jag lindra ångesten genom motion... och jag gjorde förfärligt mycket... jag jobbade på kvällarna och jag hade hobbies... under gymnasietiden vistades jag ett halvår på sjukhus... jag tenderade och höll på så sätt samma takt som mina klasskamrater... sista året i gymnasiet var jag på samma nivå som mina klasskamrater och skrev studenten... efter sjukhusvistelsen sjönk vikten på nytt...*

Helena är inte ensam om erfarenheten att studera och tentera på sjukhus. Andra informanter vidhåller också att skolan aldrig blivit lidande av att de vistats på sjukhus eller varit i dålig fysisk kondition. Studierna har gått i samma takt med de friska skolkamraterna. Den tid de bott hemma har de jobbat på kvällen och lördagar. Ur berättelserna framkommer att perfektionismen åt total och kan vara en del av sjukdomen. Tvånget finns att göra allting perfekt, men även förmågan att göra allting så perfekt.

*Anna:... jag har alltid skött allting fullständigt perfekt... det är kanske också en del av sjukdomen...*

Men sjukdomen är inte hinder för att också trevliga saker sker. Man kan träffa trevliga unga män och knyta hållfasta vänskapsband. Att lära känna en ung man och börja tycka om honom gör en ung flicka lycklig. Så lycklig att man glömmer hetsätningar och tvångsreningar och är bara lycklig. I sin lycka berättar man om det stora som hänt, att man kommit över problemen och blivit frisk. Allting känns gott och bra en tid.

### **Men ungdomstiden kan ändå vara skön**

Livet går i allmänhet framåt enligt en förutstakad linje, eller så som vi tror och förutsätter att livet skall gestalta sig. En etapp är avslutad och något nytt måste få sin början. Efter studentexamen är fortsatta studier en normal väg framåt till vuxenlivet. Att hålla ett sabbatsår efter studenten är ingen ovanlig lösning. Sedan brukar studier igen bli aktuella, och studieplatsen kan vara långt borta från föräldrahemmet. Har man en mycket mager dotter, är det naturligt

att föräldrarna känner oro. Men undervikten är inget hinder för att hitta nya rutiner och nya kamrater. Men det är ett stort beslut att flytta långt bort från föräldrahemmet och uppleva en helt ny värld. Det tar sin egen tid att stifta bekantskap med sina studiekamrater. Min informant studerade tre år, och sedan gjorde hon ett mellanår som utbyteselev utomlands. Det var ett mycket trevligt och händelserikt år. På hemmafronten dog farfar och stora syster fick sitt första barn. Det kändes naturligtvis litet ledsamt att inte vara hemma och ta del av händelserna, men tiden utomlands gav nya erfarenheter och nya vänner. Livsstilen var mera avspänd där än i hemlandet och min informant trivdes.

*Helena:...det var igen en ny värld en alldeles främmande plats...det var ett stort beslut att flytta bort från hemorten... fortfarande var jag mycket mager, och hade problem med att äta, men på något sätt fick jag nya rutiner och på något sätt klarade jag mig sedan... jag var ett år som utbyteselev...*

Sjukdomen kan också binda och avskärma från det verkliga livet. Allting handlar bara om att äta eller inte äta. Personen ser världen som svart - vit. Det är endera allt eller ingenting. Det handlar endera om att äta eller att låta bli. Det är så lätt att låta bli att äta, det kräver absolut ingenting. Det börjar kännas helt onödigt att äta, om det sedan bara är ett äpple. Det känns naturligt för en själv, att vara utan mat. Att äta är onaturligt. Till sjukdomsbilden kan höra alla stadier. Man kan äta normalt, fasta och hetsäta. Men inget tillstånd behöver bli konstant. Bulimin kan följas av en kraftig viktninskning för nu hålls ingenting i magen. Mina informanter berättar om perioder av total svält, som sedan har övergått i hetsätning med uppkastningar. Det ses som ett sätt att hålla vikten nere när man inte mera orkar med total svält.

Anorexipatienter drar sig undan sociala kontakter eller egentligen finns kontakterna, men man utnyttjar dem inte. Man lever i sin egen värld, i det här fallet är det sjukdom, skola och arbete som har gällt. Inget annat har fått plats i mönstret. Ur berättelserna framgår att det kan vara ett tryggt sätt att leva en tid. Man får skuffa undan alla problem och bara koncentrera sig på den här ena saken, men å andra sidan kan det också vara, kanske inte ett förskräckligt bra sätt, men ett sätt att skydda sig från problem och svåra saker. Sjukdomen ger en ursäkt för inte uträtta något, och man kräver inget av sig själv (sociala kontakter). Det förvånar inte mina informanter att det finns sådant som ätstörningar. De blir ett livsvillkor, eller ett sätt att leva. Det kan krävas många vårdperioder, förrän personen kommer fram till beredskapen att avstå från sin sjukdom. Det tar tid att inse att det kan vara en tvungen sak för att överleva. Det är rädslor, som utgör hindret för att gå utanför sjukdomen. Sjukdomen ger skydd, kanske en ursäkt för att komma undan, att inte behöva möta svåra saker i livet. Vid ett tillfrisknande blir personen tvungen att möta alla de svåra saker, sjukdomen skyddat henne för. Vid ett tillfrisknande, upplever personen att hon måste kräva så oändligt mycket



av sig själv. Hon blir tvungen att sköta sina kontakter och förverkliga allting, vara fullkomlig, en supermänniska. Det skrämmer för vad händer om man inte förmår vara en otroligt god människa...

Om man inte orkar vara så förfärligt bra så vad händer sedan? Att lida av bulimi och anorexi inverkar eventuellt olika på personligheten. Bulimipatienterna verkar vara mera sociala och umgås med andra ungdomar friare än anorexipatienterna. Ute bland kamraterna knyter man också vänskapsband. När sjukdomen övergår i anorexi förändras bilden helt, och då börjar kamraterna försvinna. Det verkar vara lättare att berätta om hetsätning än om självsvalt. Är man riktigt lycklig glömmar man svåra saker, men vid nya motgångar stiger de gamla problemen till ytan på nytt. Det blir återfall, och en ny omgång med hetsätning och uppkastningar. Nu kändes det svårare att komma ut med problemen. Men tankar på att söka hjälp hade väckts och verkställdes så småningom.

Sedan följde besök hos psykolog en gång i veckan. Under den här tiden började vikten sjunka. I stället för bulimi kom anorexi in i bilden. Nu följde en tid av intensiv viktuppföljning och praktiskt taget total självsvalt. Det ger stor tillfredsställelse att känna att man totalt behärskar sin kropp, att vakna upp till att nu klarar jag det här, jag blir bara slankare och slankare hela tiden. Nu gav svälten samma känsla av välbehag som frosseriet tidigare. Därtill kom en känsla av styrka, av att behärska. Nu handlade det inte längre om att frossa obehärskat. Terapin ingav även en falsk känsla av trygghet. Att bli vårdad av en terapeut betyder att också ansvaret är hans/ hennes. Men viktnedgången blev så markant att även terapeuten uppmärksammade den, och en näringsterapeut blev inkopplad. Det fortsatte med läkarbesök och olika provtagningar, som visade att läget började bli kritiskt. På polikliniken föreslogs en remiss till ätstörningspolikliniken. Där fanns sedan alla experter under samma tak, vilket också skulle underlätta uppföljning och vård. Med yttre hjälp kunde man stoppa viktnedgången, men det var otroligt svårt att få upp vikten. Det gjordes sedan ett beslut om remiss och sjukhusvård.

*Disa:... jag började magra... men jag klarade det på något sätt, jag varken kastade upp eller frossade i mat, men nu gick det i stället till den andra ytterligheten... jag blev fri från bulimin, men insjuknade i stället i anorexi... jag började så vakta på mitt ätande att jag egentligen inte åt någonting över huvudtaget... det kändes naturligt fint för nu klarade jag det också jag blev bara smalare hela tiden... jag fick nu samma känsla av tillfredsställelse, som jag tidigare fick av att frossa, men nu kände jag mig mycket starkare när jag inte mera hemföll åt frosseri...*

## Att gömma sig bakom sjukdomen

Anorexipatienter har en benägenhet att isolera sig. Då man börjar isolera sig från omvärlden, gör man det med perfektion. Efteråt, då det akuta skedet är förbi, kommer tacksamheten över att någon fortfarande vill kalla sig vän. Men alltför många vänner tappades bort på vägen, i det riktigt akuta skedet, då ingen fick komma nära. Skolarbetet blir oerhört viktigt och man känner sig jäktad. Man bara ursäktar sig med att inte ha tid, och det kan för många del vara en markant förändring. Tidigare har man kanske tagit ganska lätt på skola och plikter, men nu blir skolan alldeles förfärligt viktig.

Det känns som en tvungen sak att vara i skolan, att jobba med uppgifter, och allting måste gå enligt planerna. Då man isolerat sig en tid, känns vänner inte mera viktiga. Det finns bara jag och mitt. En dag kommer kanske en gammal god vän fram och påpekar att det syns att du mår dåligt att *“ hej du har anorexi, jag kände igen beteendesymptomen redan tidigt på hösten”*. Anorexi är bland annat vanligt bland flickgymnaster. Det blir för mycket och kontakten bryts helt. I stället uppstår ett hat, en avsky för den som kommer och påstår något dylikt. Personen varken kan eller vill medge att allting inte är OK. I stället blir det förklaringar om stress och annat. Men kontakten till vänner bryts och förblir bruten. Som förklaring kan man peka på en diffus känsla av att den andra, vännen, stod i vägen i personens försök att uppnå sina egna målsättningar.

Efteråt kan man bara konstatera att sjukdomen drar personen i fråga med sig, kommer så nära och blir så intim att ingen får, eller kan komma emellan. Också från pojkvänner kan man fly. Det finns ingen tid för honom heller. I det fallet kommer oftast tankar på att något har gått snett i förhållandet. Det känns omöjligt att begripa att det rör sig om en sjukdom. Det känns mera tillåtet, lättare att prata om depression, och bedyra att allting är OK. Nu efteråt har sjukdomen diskuterats, och alla vet vad det egentligen handlade om.

*Disa:... jag lyfter hatten för att någon ännu vill kalla sig min vän... när jag var som sjukast ville jag inte att någon kom mig nära... jag bara gick in i mina skoluppgifter och sade åt alla att jag har inte tid för något annat... jag förändrades totalt...*

Men sjukdomen har många ansikten. Anorexi till trots kan man knyta kontakter och hålla dem kvar. Under studietiden träffar unga människor varandra och tycke uppstår. När studierna är avklarade, blir det aktuellt att söka jobb. Men har man fortfarande en mycket mager dotter, är föräldrarna oroad. De skulle vilja att dottern äntligen söker hjälp för sin sjukdom och sedan därefter jobb, men själv ville hon annorlunda. Hon ville först ha ett jobb och sedan i lugn och ro planera framtiden. Det är den inre oron, som manar att fortsätta, fortsätta... Jobbet hittades. En familjetragedi, som fortfarande känns svår, gjorde att tankarna på att söka vård för

sig själv igen sköts fram på obestämd tid. Sorgen tog henne helt i besittning. Ett havt år efter olyckan flyttade hon ihop med sin pojkvän. Han har varit ett stort stöd under många år och är det nu också under vårdtiden. Min informant bara konstaterar att *"inte ens döden fick mig att stanna upp"*.

Helena:... *det var en tragisk historia... jag har inte ännu kommit över den... den gjorde att jag sköt fram min egen vård .. det var på något sätt ... sorgen tog mig helt i besittning... att halvår senare flyttade jag ihop med min pojkvän och han har stöttat mig alldeles otroligt...*

Men sjukdomen kan tära på tilliten i nära relationer. Det kan kännas svårt för en pojkvän att först bli avspisad och förbigådd och sedan försöka förstå varför. Kan man trots allt diskutera svåra saker tillsammans, kan man bygga upp en ny förtroelig relation. Det är kanske lätt att efteråt konstatera att man borde vara ärlig mot sig själv, och erkänna att allting inte är OK. Det är ärligt att kunna erkänna att det kan vara svårt att känna tillit i framtiden. Efteråt kan man se och erkänna att det är alldeles förfärligt när det "sjuka sinnet" säger att allting är bara bra, fastän andra ser att det inte är det. Man borde kunna erkänna att man mår dåligt, och att man behöver hjälp. Vård fick också den här informanten så småningom, fastän väntetiden kändes otroligt lång. Julferierna närmade sig och hoppet fanns att allting sedan skulle lugna ner sig. Sedan skulle allting börja kännas lättare, men ingenting blev bättre. Skolan slutade för läsledigheten före skrivningarna. Inte heller då kändes det bättre, och inte heller när skrivningarna var över. Personen i fråga hade kört fast i sin sjukdom så, att hon inte kom ut med egen kraft.

### **Vård är att lära sig leva på ett nytt sätt**

Motgångar till trots finns pojkvänner och nära relationer med i bilden. Många års sjukdom ger en stor trötthet. Kroppen får utstå mycket. Framtiden känns också osäker av olika orsaker. Det finns en längtan efter familj och barn, men också en rädsla för vad sjukdomen kan ha gjort med den egna kroppen. Benskörhet är en vanlig följsjukdom. Menstruationen uteblir och vetskapen om att den egna kroppen farit illa skrämmer. Långa sjukledigheter kan vara en fara för fortsatta arbetsförhållanden.

Ätstörningspatienternas sjukhusvård är frivillig och patienten har rätt att själv avbryta vården då man finner det för gott. Den inre oron kan tvinga fram även orealistiska beslut angående vård och egna krafter. Trots vissa egna insikter om att vården är endast i början, och att man fortfarande fysiskt och psykiskt står på ostadig grund, känns det ändå tvunget att försöka gå tillbaka till jobbet. Arbetssituationen skrämmer, då man vet att sjukledigheten redan varit lång. Blir man borta för länge, behöver man kanske inte alls gå tillbaka till jobbet. Mycket på

arbetsplatsen hade också förändrats. Det hade kommit nya kolleger och ny förman. Kroppen höll ihop i tre månader, men sedan var det tid för en ny sjukskrivning. Helena är tillbaka i vård och vården blir antagligen ganska lång. Nu kunde hon erkänna att den här vården känns annorlunda nu än den tidigare. Hon har fått visshet om att nu lönar det sig inte att jäkta. Hon måste ge sig själv den tid hon behöver för att tillfriskna. Hon känner sorg över alla år som gått. Det kunde ha funnits ett annorlunda liv som frisk. När man kommit så långt att man vågar erkänna det för sig själv, kommer även bitterheten.

*Helena:... fastän jag kände att vården fortfarande var på hälft... genomgången och den egna rehabiliteringen var ännu på hälft, jag visst på något sätt att jag fortfarande stod på osäker grund... men jag blev skrämmd, jag hade varit borta från jobb och jag måste snabbt tillbaka... jag orkade tre månader på jobbet... nu under min andra vård här känns det annorlunda jag måste ge mig själv tid... å andra sidan känner jag en oänligt stor sorg över alla år som gått då jag hade kunnat leva ett helt annat liv som frisk... nu kan jag erkänna det för mig själv och känner en viss bitterhet...*

Har man länge levt i skydd av sin sjukdom känns det skrämmande att börja leva ett annorlunda liv. Världen utanför sjukhuset skrämmer. Till saken hör att de egna kraven, de som riktar sig mot den egna personen, kan vara otroligt höga. De är mycket större än de krav som ställs på omgivningen. Kraven beskrivs som en "inre slavdrivare", som kräver nästan det omöjliga. Det är sedan detsamma om det gäller de egna livet eller sjukdomen. Känslan upplevdes som ett inre krav på att vara alla till lags, att vara bra och att lyckas med allting. Å ena sidan bör man vara osynlig och å andra sidan möjligaste trevlig för andra. Man kan ändå lära sig mycket i sin sjukdom. Sjukdomen tvingar personen till att gå igenom många olika saker, och på sätt även växa som människa. Det ger kanske resurser för att i framtiden också kunna hjälpa andra, och på ett annat sätt förstå andra människors problem. Att själv måsta gå igenom många olika och svåra saker gör att man där igenom blir starkare som människa. Genom sjukdomen kan man lära sig förstå förfärligt mycket och växa som människa. Ändå finns också tankar på, att livet hade tett sig lättare om mognaden skulle ha skett på "ett normalt sätt", och inte genom sjukdomen, men nu har det gått så.

*Anna:...världen utanför skrämmer därför att jag sätter så fruktansvärt höga krav på mig själv...jag har "en slavdrivare" inom mig som har drivit mig i min sjukdom även som i mitt privata liv och den kräver nästan det omöjliga... om jag kommer eller nu åtminstone på ett när kommer över den (sjukdomen), eller blir fri kommer erfarenheterna att vara till nytta i framtiden...*

För de flesta av mina informanter känns familj och barn som något önskvärt någon gång i framtiden. Men det är ingenting som bör ske i en väldigt nära framtid, fastän pojkvännen kan

vara några år äldre. Har sjukdomen varat en längre tid och menstruationen uteblivit, kan det påverka fertiliteten. Många har framfört sin oro över vad sjukdomen egentligen har gjort med den egna kroppen. Många har i alla fall hört sig för om möjligheterna, och fått lugnande besked om att barnlöshetsrisken är liten den dag vikten är på normal nivå och hälsan i övrigt god.

*Anna:... jag känner själv flere som har insjuknat som unga, men sedan senare fött barn som är friska...*

Hos den som har levt länge med sin sjukdom, kan man märka en viss trötthet, uppgivenhet och kanske litet bitterhet då framtiden kommer på tal. Benskörhet är en vanlig följsjukdom, men med bra medicinering börjar benbyggnaden återhämta sig. Det sker främst med hjälp av vitaminer och kalciumpreparat och naturligtvis en rikligare och mångsidigare kost. Med tålamod och styrka att gå igenom en tung vård, finns det stort hopp om att benbyggnaden reper sig. I något skede under sjukdomstiden testas bentätheten och personen informeras om vad det i praktiken innebär, men i det skedet är det inte ovanligt att informationen upplevs som oviktig.

*Helena:... det har någon gång varit tal om att benstommen kan bli skör, men på något sätt förstod jag inte då vad det kan innebära i praktiken... tänkte bara att vadå vad har det för betydelse...nu vet jag mera om vad det i praktiken innebär för jag har fått känna av symptomen...nu har jag en annan inställning...*

Åtstörningspatienter vårdades tidigare på inre medicinska avdelningar. Då tog man inte den psykiska vården i beaktande, utan såg endast till att patienten åt. Nu vet man bättre och kan vårda mångsidigare. Då informanter, som levt med sin sjukdom, ser tillbaka kommer frågorna. Varför har jag inte stannat upp? Varför har jag inte tidigare haft tålamod att stanna upp och söka vård? Men samtidigt vet de mer än väl att nu är det för sent att göra något åt den saken. Nu är det såhär. Då man lever länge med sin sjukdom, har man upplevt även goda tider i sjukdomen, som till exempel studietiden. Men varje person går igenom vården på sitt eget sätt och det tar olika antal år. Störst är rädslan för att stanna upp. Världen har blivit så hård, det är ständigt bråttom och det krävs prestationer. Ingenting är tillräckligt. Framtiden är ett oskrivet blad. De lever nu en dag i sänder och planerar högst en vecka framåt. Hur årsskiftet ser ut är ännu oklart. Kanske förverkligas vissa drömmar eller så inte.

Patienterna trivs i allmänhet på dagavdelningen. Bäddavdelningen är ett alternativ, men många upplever att dagavdelningen är ett bättre alternativ trots allt. Att kunna vara hemma hos familjen kvällar och veckoslut gör att dagsrytmen bibehålls. Man går hemifrån på morgonen och återvänder på eftermiddagen. Patienterna känner sig nöjda med sin vård. Små

framsteg motiverar och det känns bra att kunna och orka göra litet hemarbete på kvällen. Det känns bra att inte allting bara finns färdigt, utan att det hela tiden krävs en egen insats. De, som levt med sin sjukdom länge, försöker sporra och motivera sina medpatienter med att vården är viktig. Fastän vården känns tung, är det viktigt att fortsätta framåt. Man kan också leva som mager, men de med erfarenhet framhåller att, om det bara vore möjligt att föra tiden tillbaka, så önskar de, att de aldrig hade insjuknat. Sjukdomen äter upp framtiden. Allt som känns roligt försvinner och allting är bara prestationer. Man kan inte njuta av någonting. Man orkar inte umgås med andra människor. Dessutom är sjukdomen förrädisk och gör mycket illa, utan att man själv egentligen sätter märke till det. Men sedan plötsligt är man bara helt ensam och utan krafter.

De erfarna medger att man inte kan tvångsvårda någon. Man måste själv vara mogen att ta emot vård. Hur lång tid ett tillfrisknande tar är helt individuellt. Mina informanter är unga kvinnor, och det är helt naturligt att det kommer fram funderingar kring graviditeter och barn. Systrar och vänner får bebisar, och själv börjar man också vara i den åldern, att det kunde bli aktuellt. Men är hälsan dålig, står barn inte främst i viktighetsordning. När det egna livet är ett kaos, kan man inte ta ansvar för en annan liten människa. Det får bli en fråga för framtiden, och under tiden finns det tid och tillfällen att njuta av vänners och bekantas babysar. Mina informanter är väl insatta i hur medsystrar, som lidit av sin sjukdom i många år, har blivit gravida efter några försök. Men det är inte bara barnlösheten som väcker funderingar hos mina informanter. De sänder också många varma och tacksamma tankar till nära och kära, som orkat stöda och hjälpa under alla år. Då man träffar pojkvänner under sjukdomstiden, har pojkvännen aldrig upplevt det friska jaget. Man kan bara konstatera att "själarnas sympati" måste ha uppstått...

*Helena:...jag har sagt till de yngre flickorna på avdelningen att fastän man kan leva som mager, och vården känns tung så måste jag medge att om jag bara kunde vrida tiden tillbaka önskar jag att jag aldrig skulle ha insjuknat... sjukdomen äter upp framtiden...*

### **Att dela gemensamma erfarenheter ger styrka**

Informanterna ser positivt på sin vård. De anser sig vara på rätt plats och sakkunskap finns. Men vården känns tung. Informanterna värdesätter samtalsgrupperna. Det känns skönt att få sätta sina erfarenheter i ord tillsammans med andra med liknande erfarenheter. Det viktigaste stödet fås i allmänhet ändå från pojkvänner och andra nära och kära. Många anhöriga har funnits till hands som lyssnare och som stöd. Men det är klart att vissa föräldrar känns mera avlägsna. De har sina egna saker, som engagerar dem. Familjebekanta och faddrar finns bland dem som ställt upp som stödpersoner. De har kommit och hälsat på. Och det kan

ibland vara lättare att prata med en utomstående om svåra saker. Litet äldre personer har livserfarenhet och har lättare att hitta de rätta orden. Men också systrar är en tillgång om relationerna är nära och varma. Att få ett så viktigt uppdrag, som att stå fadder, känns för en informant mycket viktigt.

*Helena:... vi har mycket bra samtalsgrupper och det känns bra att få dela erfarenheter med andra i samma situation...alla har sin egen historia och egna erfarenheter...*

Den egna motivationen är mycket viktig. Det kommer fram så fort vi talar om vård. Men även gruppdynamiken på avdelningen är viktig. Vid vårdens början förbinder sig patienten att äta en viss mängd mat, men allting utgår från den egna motivationen. Det är önskvärt att inställningen till sjukdomen förändras under vårdtiden. Här har gruppen en viktig roll, genom sin stödande funktion. Men grupperna förändras. Patienter åker hem och nya kommer istället. Det betyder att gruppdynamiken lever och fungerar olika, ibland är gruppandan stark och bärande, ibland svagare. Varje patient har sitt eget individuella vårdprogram, som skall följas oberoende av yttre omständigheter.

Det kan vara svårt att föreställa sig hur vården skall gestalta sig, och vad man kan förvänta sig. Informanter säger sig ha blivit positivt överraskade. Det känns svårt att gestalta i ord, hur förväntningarna i början tedde sig. Men vården som helhet känns bra. Ergoterapin som helhet, känns viktig för många. Det känns bra att få pyssla med olika saker, att stanna upp, att tänka på sig själv, på det egna livet och på livets mening. Nu kommer också tankarna på eventuella förändringar med focus ställt på livets egentliga mening. Mina informanter säger sig betrakta sig själva utifrån. De ser på sig själva som främlingar. En allmän önskan är att under vårdtiden få tillbaka ett liv där man kan njuta och glädjas. Det känns som om det vore möjligt att finna livslusten på nytt så småningom.

*Disa:... jag kan inte peka på något enskilt utan det är vården som helhet... jag har förmått stanna upp och titta på mig själv som utomstående... jag har börjat fundera på om jag borde förändra någonting...*

Helena får avsluta den här berättelsen med sina tankar om framtiden. Hon delar dem säkert med många, som lider eller har lidit av ätstörningar. Hon önskar att hon kunde lösgöra sig från det förgångnas bojar, och hitta nya saker, att koncentrera sin energi på, något som skulle ge välbefinnande. Sjukdomen är något av ett fängelse. Hon önskar bli befriad.

### 4.3 Motion, som en del av den egna identiteten

I den här berättelsen ger fyra informanter sin syn på hur motion, tillsammans med andra bakomliggande försvårande omständigheter, kan sluta i ett insjuknande. Motionen är det ledande temat, men det finns också andra försvårande och bidragande omständigheter. Den här berättelsen handlar om stress och om mobbning. Men den handlar också om ett skede av stora förändringar, och om svåra händelser, som alla kan ses som bidragande orsaker. Sjukdomstiden har inte varit så lång, endast några år. Jag har döpt mina informanter till Jonna, Gea, Bettan och Ella.

Informanterna berättar om goda och kärleksfulla barndomsår. Barndomen ses som ljus och har lämnat många goda minnen. Familjen upplevs som kärleksfull och familje- och släktgemenskapen stark. Det handlar också om somrar på landet hos mor- och farföräldrar. I den här berättelsen kommer specialbegåvningar i bl.a. musik och sport till tals. Det betyder ett disciplinerat liv, där plikterna har kommit i första rummet och de egna behoven först därefter.

#### **Glada vi till skolan gå**

Informanterna berättar om att de var ivriga att få börja skolan. Någon hade lärt sig läsa före skolstarten, vilket betydde att det största problemet i skolan var att lära sig stava. Klassandan betecknas i allmänhet som god. Ingen blev lämnad på sidan, men också upplevelser av mobbning på lågstadiet ryms inom ramen för den här berättelsen.

*Ella:... lågstadiet var ångestsfyllt... på samma klass fanns en flicka som var klassens pömo, och jag kom inte överens med henne, och sedan kom inte de andra klasskamraterna överens med mig... jag hade ett par kompisar och dem höll jag ihop med av nödvång... men på högstadiet förändrades sedan allting för då blev jag klassens kovis...*

Men i allmänhet förflöt högstadietiden lika lugnt som lågstadiet. För en del kom och gick puberteten utan större problem. Men här ingår även tankar om en svår pubertet, och även om ett tidigt uppbrått från föräldrahemmet på grund av specialstudier på annan ort långt borta från föräldrahemmet.

#### **Livet går sällan enligt en på förhand utstakad väg.**

Livet efter gymnasiet fortsatte med studier och jobb under ett antal år. Sedan började det hända allt möjligt. Mina informanter beskriver insjuknandet som något, som kom långsamt



smygande. Det känns svårt att säga precis när det började, men det handlar i den här berättelsen om ett par högst tre år. Sjukdomen började i allmänhet med att iver för att motionera bredde ut sig till något allomfattande. När stressen tilltog på grund av studier och deltidsarbete ökade också motionen. Den här berättelsen beskriver hur stress, motion och alltför mager kost till slut för personen in på en somatisk avdelning för vård. Kroppen blir uttorkad och pulsen mycket låg. Det var upptakten till en remiss till ätstörningsavdelningen och fortsatt vård.

*Bettan:... det finns säkert många bakomliggande orsaker till mitt insjuknande, men den största orsaken ser jag i att jag upphörde med träningarna, ett tidsbundet arbete upphörde, och jag hade ganska nyligen flyttat hemifrån... jag blev plötsligt helt ensam... när anorexin kom in i bilden tränade jag tvångsmässigt varje dag och ibland två gånger om dagen...*

Men det är inte bara tvångsmässiga träningar, som kommer in i bilden. En svår händelse och stor sorg kan också bli den utlösande faktorn för ett insjuknande. Vi har olika personligheter, men en ganska vanlig beskrivning av personligheten är berättelsen om "slavdrivaren", som också tidigare har kommit fram i berättelserna. Här beskrivs den som perfektionisten personifierad. Det är en lömsk liten varelse, som tar kommandot över allting, oberoende av om det gäller parförhållande eller studier. Finns slavdrivaren med från tidigare, blir steget kort till att ta över kommandot vid en plötslig, svår händelse, där personen känner sig utlämnad åt sina egna försvarsmekanismer.

*Jonna:... jag var mycket bekymrad då förra hösten, men den radikala viktnedgången skedde nu efter jul... då förstod jag att allting inte stod rätt till... jag hade min egen sorg, och sedan försämrades förhållandet till min mamma... i det skedet började det sedan komma i dagen som en sjukdom för tidigare hade jag ätit mera än jag motionerade, men sedan gick det tvärtom... jag har dessutom en väldigt stark hjälparidentitet, och kunde aldrig riktigt godkänna att även jag var i behov av hjälp och stöd...*

### **En lömsk sjukdom som kommer långsamt smygande**

Efter en tid i vård börjar man komma upp i en s.k. idealvikt. Då är man redan ganska långt kommen i vården, men ännu kan det hända att den själsliga biten inte hunnit med. Själens är så att säga ännu inte läkt. Det verkar som om stresshantering är en mycket viktig del av läkningsprocessen. Risken är stor att man i nya stress situationer handlar enligt gamla från tidigare invanda mönster. Det är viktigt att under vården hitta nya modeller. Mina informanter använder termen "ge sig själv lov att" ... när det handlar om nya inlärningsprocesser. Man måste hitta motivation för att kanalisera energin på något annat än ätandet. Att bara fundera

på vad man skall äta, och när man skall äta styr hela vardagen så, att krafterna inte räcker till att satsa på vänner och hobbies fastän viljan finns.

Goda råd förändrar ingenting under det akuta skedet. Man säger bara jo, jo, visst skall jag men ingenting förverkligas. Det skulle vara viktigt att få problemen synliga och få hjälp i tid. Benskörhet är en vanlig följsjukdom, men motion i ett tidigare skede i livet kan ha en förebyggande effekt. Om svälten inte varat så länge behöver skadorna inte ha blivit så stora. P - piller uppehåller menstruationen, vilket kan skapa en falsk tro att allting är OK. En viss irritation över det som skrivs om ätstörningar, har kommit fram bland mina informanter. Den allmänna åsikten är att man generaliserar sjukdomen för mycket. Informanterna ser sin sjukdom som mycket personlig. De tycker det är fel att t.ex. påstå att det är en sjukdom, som beror på att unga flickor är rädda för att bli vuxna eller vara kvinnliga. Det resonemanget vill de inte kännas vid. Men rädslan för benskörhet kommer fram i varje berättelse. På grund av p - pillerna är det svårt att bestämma när menstruationen på naturlig väg upphört. Har man alltid motionerat och tyckt om att röra på sig, har benstommen fått ett visst skydd. Har personen före sjukdomen varit allätare, är risken också mindre. Sedan beror det naturligtvis också på hur mycket man ätit under insjuknandet. Alla lämnar inte bort maten helt, men kosten kan bli "alltför hälsosam". Fettri mat och mycket motion ger en radikal viktninskning. Det kan handla om promenader på tiotals kilometer per dag och endast några timmars sömn per dygn. Så börjar bilden för en sjukdom vara komplett.

Beteendet väckte, hos en del informanter, en spontan tanke på att kan det här möjligen vara anorexi. Hemsidorna i sig får inte speciellt mycket beröm, men de hjälpte att få misstanken bekräftad. Den allmänna åsikten är att sjukdomen är mycket individuell och alla går igenom den på sitt eget sätt. Det finns även personer, som inte vill eller inte vågar bejaka sitt kvinnliga jag, och det kan finns rädslor för att bli vuxen kvinna. Men det är ingen genomgående eller allmän uppfattning. Informanterna bakom den här berättelsen ser de bakomliggande orsakerna till sjukdomen i viljan att leva sunt och äta rätt. Att det kan slå över och gå fel är en sak, som informanterna nu vill lära sig att undvika i framtiden. Det är på den "gyllene medelvägen" de vill vandra i fortsättningen. I något skede av vården ger, både den ständiga hungern och matportionernas storlek, stark ångest. De är så förödande stora, men småningom kommer man också över den rädslan. Det känns sedan skönt att märka att det även hemma går att äta så att säga normalt. Sedan kommer kunskapen om att äta tillräckligt men inte för mycket, och att man alldeles själv kan reglera det. Nu gäller det att i fortsättningen hitta de rätta proportionerna.

*Gea:... det viktigaste i den här situationen skulle vara att man på något sätt skulle få sjukdomen synlig... att man skulle söka vård redan i ett tidigt skede för de psykiska symptomen så att det aldrig skulle hinna gå över i fysiska förändringar... det att p - piller uppehåller men-*

*strationen gör att man inte kan uppskatta när menstruationen egentligen har upphört ... dessutom påstås att så länge man menstruerar har inga farliga förändringar skett ... (...) sjukdomen kom lömskt smygande... jag ville leva ett hälsosamt liv men sedan gick det i alla fall åt helt fel håll... men nu måste man bara lära sig den "gyllene medelvägen"...*

Det känns mycket viktigt för mina informanter att lära sig stresshantering. I vardagen kommer stressiga situationer, och det känns viktigt att inte på nytt gå in i invanda mönster. Att flytta bort från föräldrahemmet och ta ansvar för sitt eget liv innebär också stress. Av berättelserna framkommer att många har haft ett nära förhållande till sin mamma. Ensamhet och avsaknaden av den trygghet närheten till den egna familjen ger, utlöser stress. Det är inte självklart att man är färdig att ta hand om sig själv, och ta ansvar för det egna livet, fastän den numeriska åldern säger något annat. Finländska ungdomar flyttar i allmänhet ganska tidigt bort från föräldrahemmet. Att byta bostad under sjukhusvistelsen, är ganska vanligt. En orsak härtill kan vara att personen i fråga första gången på länge stannar upp och börjar fundera över sitt liv. På avdelningen kan man prata och ge utlopp för mina känslor. Jag uppfattar att personerna i fråga behöver mycket stöd i sin osäkerhet och sina rädslor. Man är mest rädd för sig själv. Osäkerheten är stor, och att äta ensam hemma blir ett oöverstigligt hinder. Det känns tryggt på avdelningen. Först lär man sig ett normalt ätande och hur man bör inköpa. Man lär sig vad som är hälsosamt, och varför man själv måste lära sig ta ansvar för maten. Det verkar ganska omöjligt att själv och ensam få upp sin vikt. Har mathållningen varit ganska obestämd en längre tid, kvarstår en diffus känsla av vad och vilka mängder en normal matportion innehåller. Nu måste man lära sig allt på nytt. Men med stöd kan man ge sig själv lov att tillfriskna. Har man gett sig själv det lovet, är man inne i själva rehabiliteringsprocessen.

*Bettan:... jag upplever att det allra viktigaste här på avdelningen är att jag får prata och ge utlopp för mina känslor och sedan naturligtvis ätandet... om jag inte vore här skulle jag inte kunna äta ... här är så tryggt ... här får jag stöd och jag upplever att jag här också har möjligheter att tillfriskna...*

Rädslorna kan ha många olika ansikten. En stor rädsla under rehabiliteringsprocessen uppstår, då det egna ansvaret tas bort. Då kommer frågorna hur man någonsin skall kunna komma tillbaka till vardagen. Men sedan då det egna ansvaret börjar ges tillbaka litet i taget, växer även det egna självförtroendet. Permissionerna börjar fungera, det känns bra och rädslorna försvinner småningom.

Det där med mat kan också vara roligt bara man först kan betvinga rädslorna. När våden känns motiverande och man börjar hitta rutinerna, infinner sig en stor befriande känsla. När man dessutom har bestämt sig för att äta, då gör man det. Det känns nu roligt att äta, fastän

mängderna känns enorma. En del informanter beskriver sig själva som on - off människor. Det betyder att när man en gång har bestämt sig för att äta , då äter man också och är mycket nöjd med sitt beslut. Det där med att besluta om någonting går tillbaka till sak som sak. Är beslutet att tentläsa, fastän tröttheten känns bedövande, då är det tentläsning som gäller och inte tröttheten. Men det har också kommit fram funderingar om vilka mekanismer, som egentligen sätter i gång en självsvält, då personen alltid i grunden har tyckt om mat och om att äta. Men något egentligt svar har inte funnits att ge. En annan hit hörande mekanism är överskottsmotionen. Fastän personen aldrig har varit intresserad av motion och aldrig frivilligt motionerat, uppstår i samband med självsvälten, ett enormt behov av att röra på sig.

*Ella:... att då i början av sjukdomen motionerade jag mycket... jag kunde gå på aerobic och göra långa motionsrundor ute till och med flere gånger i veckan, och med det slutade jag först sedan när krafterna tog slut och jag inte orkade mera...*

### **Att ställa upp som vän är att orka lyssna utan att förstå**

I den här berättelsen finns vänner och anhöriga med i rehabiliteringen. Det är inte enkelt att, som vän eller anhörig, förstå vad som egentligen är på gång. Viktigaste är ändå att det finns någon som orkar lyssna utan att känna krav att tillfullo kunna förstå. Också i den här berättelsen finns en pojkvän, som har ställt upp. Men också vänner och anhöriga finns med. Det är lätt att som utomstående tro att när vikten har gått upp är allting igen OK, men så enkelt är det inte. Nu börjar arbetet med att få bort tidigare invanda vanor och lära sig att leva på ett annat sätt. Har man aldrig isolerat sig, utan hållit kontakt med vänner, ställer många upp.

*Gea:... jag har aldrig dragit mig undan och isolerat mig i min sjukdom... i kamratkretsen har jag bara gett en eller annan förklaring till varför jag inte deltagit i gemensamma måltider i övrigt har jag alltid deltagit i sällskapslivet... det är säkert också en orsak till varför så många ställt upp under sjukdomstiden...*

Den första tiden på sjukhuset, känns förfärlig då alla rättigheter tas bort, och maten delas färdigt på tallriken. Det finns ingen chans att försöka bestämma själv. Men efteråt känns det lätt att förstå varför. När alla rättigheter igen småningom kommer tillbaka växer även självkänslan. Men rättigheterna bör komma tillbaka i rätt takt. Rätta saker bör ske i rätt tid för att utdelningen skall bli maximal.

*Gea:...även flytten till dagavdelningen kändes rätt, om den kommit för tidigt, hade resultatet inte blivit lika bra... men det viktiga är att vilja bli fri från sjukdomen...det går åt massor av energi bara att tänka, och till själva rehabiliteringsprocessen... fastän många kan tycka att då*

*man uppnått rätt vikt är allting som förut... det är svårt för utomstående att förstå vilket otroligt stort arbete det är att bli frisk...*

De flesta kommer till dagavdelning via bäddavdelning, men undantag finns. Man kan komma direkt till den öppna dagavdelningen, om man själv får upp sin vikt till den nivå som krävs, för att vårdas i öppen vård. Det kan behövas tid för att vänja sig vid viktökningen och för att kunna acceptera den. Den informant, som blev intagen direkt till dagavdelningen, vet att hon kunde ha gjort snabbare framsteg i vården, om hon gått via bäddavdelningen. Men det kunde hon bara inte förmå sig till. Hon är trots allt nöjd med den långsamma rehabiliteringsprocessen. Hon har fått tid att vänja sig vid viktökningen, och börjat klara av att äta även hemma. I början var i synnerhet veckosluten svåra. Det är så lätt att lämna bort maten hemma.

*Ella:... jag var flere gånger på väg till bäddavdelningen men jag ville inte själv, och jag har varje gång förmått mig att höja vikten så pass mycket att jag inte blev tvungen... nu när jag tänker på saken skulle det i alla fall antagligen ha lönat sig för det dröjde så länge förrän jag fick en ordentlig viktökning...*

I ett nära och fungerande parförhållande blir pojkvännen en stödjande faktor under sjukdomstiden. Fastän man kan prata om även svåra saker känns det svårt för en utomstående att förstå den andras tvångstankar kring mat och motion. Den fysiska närheten blir lidande när den andra parten drar sig undan och går in i sig själv och sina tankar kring mat. Ändå är kärleken grunden för tvåsamheten och ger motivation till att bli frisk. När man lever i ett nära parförhållande, blir den andra parten ett viktigt stöd. Sjukdomen vållar stora bekymmer för den som står på sidan och ser på. Frustrationen har kommit fram i situationer då den andra parten har försökt allting för att förmå den andra att äta. Det kan ibland leda till att hårda ord blir använda i kommunikationen, då de snälla orden inte har någon inverkan. Då man kommit en bit in i rehabiliteringsprocessen, känns det lättare att förstå hur frustrerande det känns att se den andra tyna bort där bredvid. Det är alltid svårt för de egna att förstå den sjukas tankar kring mat, ätande och motion. Men i det här fallet har båda parterna tillsammans kunnat prata ut. Tankarna har kunnat formuleras i ord

*Jonna:... den fysiska närheten i parförhållandet är en kraftkälla en mycket viktig del... den delen blir tyvärr lidande då den andra bara "går in i sig själv" och tvångsmässigt funderar på att skall jag äta eller inte... det styr hela livet... närheten började kännas "besvärande"... fastan längtan efter närhet finns, känns närheten ändå inte bra... det känns svårt för båda då båda egentligen känner en längtan efter närhet och den andra bara avböjer kontakten med att kom nu ändå inte så förfärligt nära jag är litet upptagen här och nu...*

Men pojkvänner kan tappas bort. Ur berättelsen framgår inte hur stor andel sjukdomen hade i att paret flyttade i sär, men vänskapen kvarstår. Allting är ännu öppet, men en viss möjlighet finns att paret flyttar tillsammans på nytt. De känner båda att det ännu är skäl att fundera i lugn och ro.

### **Mot en ljusnande framtid**

Jag ser ljust på framtiden, är trots allt ingen ovanlig kommentar. Alla kan säkert instämma i önskan att allt skall bli bra till slut. Informanterna, som delar den här berättelsen, befinner sig i olika utgångslägen. En informant står inför sin utskrivning, en annan hoppas på en snar utskrivning. De båda andra är ännu bara i början av sin vård. Här finns också en stark önskan om att få vikten normaliserad och att kunna fortsätta studierna på hösten. Den allmänna åsikten är att de fått stöd och platsen har känts rätt. De upplever att sakkunskap finns och att det är rätta platsen att påbörja tillfrisknandet. Den egna motivationen och den egna viljan att bli frisk poängteras som den viktigaste faktorn. Här är också rätta platsen att fundera över livet och på eventuella linjebyten.

Hur vården i fortsättningen kommer att gestalta sig vet de informanter inte, som är i början av vården. Men ännu återstår veckor kanske månader. Det känns spännande att gå på permission. Att efter ett avbrott igen röra sig på stan. Man börjar med dagspermissioner och de utökas småningom till att även omfatta nätter. Tankarna rör sig kring det egna livet, framtiden och studier. Nuvarande studieplats känns för många inte bra, och tankar på att byta studieinriktning är aktuella. Många har drömmar, men vet också att det kan vara svårt att få drömmarna förverkligade. Det är väldigt svårt att komma in på vissa studieinriktningar. Det kan vara möjligt att vitsorden på betygen inte når upp till en så hög nivå. Men alla känner att de vill anta nya utmaningar och förverkliga sig själva.

Till eftervården kan höra polikliniska besök. Viktigt i vårdens slutskede är att personen känner sig ha ett ganska säkert grepp om bakgrunden till sin sjukdom, och hur hon i fortsättningen skall undvika att göra samma misstag. Om det blir problem, är det viktigt att veta var man kan söka hjälp. Det är också viktigt att kunna ge sig själv tid, och inte trötta ut sig allt för mycket. När studierna igen börjar, bör man försöka undvika att jobba på sidan om. Under sjukhusvistelsen har man lärt sig inse vikten av att inte kräva för mycket av sig själv. Man har också lärt sig förstå att många andra har gått i samma fälla. Inne i sjukdomen blir gränserna suddiga. Man kan inte själv sätta dem. Man bara känner att man orkar med hur mycket som helst. Tröttheten kommer först i ett senare skede. Då det är tid för att ge upp. Ur berättelserna framkommer att den stora tröttheten kom med i bilden då skolarbetet började minska och arbetsturena blev färre. I det skedet då den fysiska tröttheten börjar kännas markant kom-

mer självföraktet med i bilden. ” Sjutton också att jag inte orkar” och sedan fortsätter det med att man med våld försöker kämpa framåt. I vården lär man ut vikten av att våga vila och ta sig också egen tid.

*Gea.... i slutskedet var det säkert det som många andra pratat om att man bara dunkelt kan uppfatta sina egna kraftresurser, man bara känner att man orkar hur mycket som helst... tröttheten kommer då man börjar slå av på takten... tröttheten känns total men sedan kommer hatet mot det egna jaget... att sjutton också att jag inte orkar...*

#### **4.4 Kroppen , som en källa till glädje och sorg**

Den här berättelsen beskriver hur “ bara en liten bantning” kan leda till ett insjuknande. Berättarna har helt diamentalt motsatta utgångslägen. Berättelsen beskriver hur en övervikt sedan barndomen påverkar livet. Den beskriver också ett mångdimensionellt dåligt befinnande med åtföljande bantning. Men den handlar även om experimentlusta. Det kunde vara roligt att försöka banta litet. Det är Fanny, Irene och Cia, som delar med sig av sina erfarenheter.

#### **Det är inte lätt att som barn förstå de vuxnas beteende**

Tankarna på barndomen ter sig i den här berättelsen mycket olika. Det framförs tankar om en trygg tid i en trygg miljö. Det handlar om gemensamma semestrar med familjen på stugan eller utomlands. Men mindre positiva minnen finns också. Här kommer skilsmässa med i bilden, i en tid då barnen var ganska små. Barnen bodde med sin mamma, men torsdagarna skulle tillbringas med pappa, som vid den här tiden inte hade någon fast adress. Här ryms även negativa barndomsminnen. Det fanns två pojkar i grannskapet, som gjorde livet surt för flickan i granngården. De retades och gjorde narr av henne, men i övrigt var barndomen en bra tid med trygga familjeförhållanden. Mamma var en speciellt nära person.

*Fanny:... har just läst en bok om ätstörningar, vari flickorna berättar om sina barndomsminnen, och därför har mina tankar också dröjt kvar i barndomen... jag minns tillfällena då jag stred med grannens pojkar, de retade mig...*

Det kan vara svårt för barn att alternera mellan mamma och pappa. Båda har sina egna vanor och regler. Barn reagerar också olika under olika uppväxtfaser. Ibland känns allting motigt, ibland går allting bara bra, ibland kan det till och med vara roligt. Föräldrar har sitt eget individuella sätt att utöva sitt föräldraskap, som i mycket kan skilja sig från varandra. Det ger

barnen en känsla av otrygghet och osäkerhet. Mamma förbjuder vad pappa tillåter. Och stora syster får bli den ställföreträdande mamman vid vistelsen hos pappa. Pappa har alltid utövat sitt faderskap på sitt eget sätt, och inte alltid varit så som barnen förväntat sig. Förhållandet till honom har varit OK på sitt sätt. Pappa gav sina barn stor frihet att sköta sina egna saker och blandade sig inte i. Pappa lagade nog alltid t.ex. mat åt dem och ibland gjorde de roliga saker med honom. Men oftast var det så att de bara hängde någonstans tillsammans. Men nog var det roligt också.

*Irene:...ingen skötte riktigt om oss så jag fick börja sköta och jag avskydde det... vi var till exempel vana vid att någon bad oss borsta tänderna före sängdags, och allting kändes otryggt hos pappa... sedan hände det att vi tittade på TV allför sent, och på för oss förbjudna program eller barnförbjudna sidor på datorn... ingen sa åt oss att gå och lägga oss... men roligt hade vi också..*

### **Den svåra ungdomstiden**

Skoltiden beskrivs som både lycklig och olycklig. Skolan medför nya sociala kontakter. Har man äldre syskon kan man på sidan om snappa upp nyttig lärdom, som man har nytta av längre fram. Sedan kan det också hända att det just före skolstarten, flyttar in en ny familj i granngården, som har en flicka som blir ens bästa kompis i skolan. Skolstarten känns roligare med en kompis vid sidan. Med skolan följde skolkamraternas födelsedagsfester, då hela klassen gick på fest. Lågstadiet har för de flesta varit en bra tid, om inte så förfärligt lycklig, så i alla fall ganska neutral. När man själv är liten, kan minnet av den första lärarinnan vara, att hon är förskräckligt gammal men varm och snäll. Skolminnena är både goda och dåliga, men i allmänhet har mina informanter tyckt om sin skola, och varit intresserade av att lära sig nya saker. Den har gett dagen innehåll. Samtliga av mina informanter har klarat sin skola bra och haft studief framgångar. Högstadiet kan vara den bästa tiden i skolan. Man knyter vänskapsband som håller fram till vuxen ålder.

*Fanny:... jag tyckte mycket om skolan, och jag hade lärt mig läsa före skolstarten genom att följa med storebrors läxläsning och sedan öva själv... högstadiet var min bästa tid och jag fick en otroligt god vän... på den tiden var jag fri och glad vi höll ihop i vått och torrt... min väninna var känd i vidare kretsar, och hennes vänner blev sedan också mina vänner... det är i stort sätt hennes förtjänst att jag är så social i dag...*

Att höra samman i grupper hör till både flickors och pojkars ungdomstid. Gruppmedlemmarna stöder varandra, men grupptricket kan också vara förödande. Om man inte vill vara som alla andra, göra samma saker och klä sig på samma sätt, blir man lätt utstött och mobbad.



Det var i femte klassen, som mobbningen tog vid. Den började på femte klassen, sjätte klassen var den värsta, och ännu på sjuan fortsatte mobbningen i någon mån. Nu började pojkar och hemfester intressera, och den som inte deltog i de här aktiviteterna, blev utnämnd till klassens dummaste och barnsligaste, en enfaldig en. Mobbningen tog sig uttryck i ett allmänt förakt, genom att bli utskrattad och allmänt nervärderad. Många av klasskamraterna hade syskon på de högre klasserna med den påföljd att mobbningen spred sig i hela skolan. Läraren var tydligen gasnka hjälplös i den här situationen och ingrep aldrig. Mobbningen blev heller aldrig offentligt diskuterad mellan mobbare och offer.

*Irene:... sedan blev jag skolans dummaste och barnsligaste... det var ett allmänt förakt... jag blev utskrattad... många hade syskon på de högre klasserna så det blev på så sätt allmänt utbrett i hela skolan... vår lärare var hjälplös och tittade genom fingrarna... saken diskuterades aldrig i grupp...*

Trumpetbyxor var på modet, men alla behöver inte vara intresserade av modekläder. Att inte använda modekläder och inte delta i hemmafester, gör en ung människa annorlunda i kamraternas ögon. Ett bra exempel på gruppsyck.

*Irene:... jag använde inte trumpetbyxor, jag gick inte på fester och var inte intresserad av pojkar... jag vet att jag hade mina egna åsikter och var litet annorlunda... jag förstår att jag var ett enkelt mobbningsoffer... men det kändes illa, det kändes så förfärligt illa, men jag har klarat mig igenom den svåra tiden, och svårigheterna har gjort mig stark... jag har alltid vågat säga vad jag tänker och också vågat stå bakom mina ord ... jag har fortfarande min egen stil och mitt eget sätt att vara...*

Fastän högstadiet kändes jättebra, kom ändå en ungdomsdepressionen med i bilden. I gymnasiet förändrades klimatet i klassen, gamla vänner försvann och nya kom istället. Omställningar leder tydligen i den här åldern lätt till depression, och till en känsla av utanförskap. När bästa väninnan börjar i en annan klass, och kontakten blir mera sporadisk, förstärks känslan av ensamhet. Man kan se det som en självständighetsprocess, men i depressionen känns ensamheten total. Det känns som om ingen skulle bry sig. Fastän studierna i sig inte vållar möda, och skolan känns som kvalitetstid, kan tiden i sig kännas tung, då det egna sinnet är tungt.

*Fanny:... men sedan skingrades klassen, och min bästa väninna hamnade på en annan klass, kontakten minskade... (...) som helhet kände jag mig förskräckligt isolerad i synnerhet andra året i gymnasiet... på våren kom jag in i en depression, som varade hela tredje året, och blev bättre först när jag flyttade hemifrån... det var en process på vägen till självständig-*

*het men jag upplevde att ingen brydde sig... det är detsamma om jag är här eller inte... en fullständig känsla av utanförskap...*

En ungdomsdepression kan ha många ansikten. Man kan känna sig utanför och isolerad, men den kan också ta sig uttryck i plötsliga gråtattacker, som gör att personen känner sig tvungen att avbryta lektionen, och gå ut på toaletten för att gråta. Det betyder att personen psykiskt mår verkligt dåligt. Min informant berättar att hon egentligen alltid har gråtit mycket. Hon hade perioder då hon grät varje kväll. Nu senare har tårarna kommit egentligen var som helst och när som helst. Minsta småsak har lett till tårar.

Har man en gång blivit mobbad, verkar mönstret upprepa sig. Samma mönster som på högstadiet, upprepade sig på gymnasiet. Klassen var stor och orolig, och eleverna grupperade sig i enlighet med de nya förhållandena. Igen märkte min informant att hon inte hörde hemma i någon grupp, eller mönstret från högstadiet upprepade sig. Igen fick hon ta emot kamraternas nedsättande kommentarer och elakheter. Men andra året i gymnasiet började det avta. Vad och hur det hände, kan min informant inte beskriva, men småningom började alla hitta sina egna platser. Om min informant någonsin hittade sin plats, vet hon inte själv. Till klassen kom en ny flicka som blev omåttligt populär. Hon tog min informant med i sin vänkrets och visade henne att "du är också en värdefull vän". Det var många gånger min informants räddning. Min informant framhåller att hon är så ensam att hon väldigt snabbt faller ur gemenskapen. Min informant var mycket fästad vid kamraten, men vänskapen är för tillfället på paus. Min informants sjukdom gör att "väninnan" inte står ut i hennes sällskap. Min informant framhåller att hon alltid varit så förfärligt ensam. Alla, som bara vill vara hennes vän, accepterar hon. Hon förstår att vänskapen också ställer krav. Själv har hon försökt att inte kräva speciellt mycket, i synnerhet inte av henne, men min informant erkänner att det är svårt.

### **Vikten som en källa till problem**

Det finns många olika motiv till att börja banta. Om man vill vara riktigt mager, kan sedan en liten viktökning ge upphov till impulsen att börja banta. Bantningsråd kan man finna överallt. Men att banta är en personlig åsikt och ett personligt val, och handlar inte om att bli accepterad eller inte. Man kan inte acceptera sig själv som något annat än mager. Det har ingenting med samhällets värderingar att göra utan med de egna värderingarna. Då man ser rundnätta människor i omgivningen, är de inte intressanta. Men själv vill man inte se ut som de. Mest uppmärksamhet väcker slanka människor. De väcker tankar på bantning och funderingar över den egna vikten. "*Borde jag kanske banta litet mera*".

Impulserna till en bantning eller de bakom liggande motiven, kan vara mångfasetterade och svåra att tyda. Det behöver skenbart inte vara något annat än en flyktig impuls. Man kan bara få en känsla av att det vore roligt att gå ner litet i vikt till sommaren, fastän den egna vikten är just och just normal. Till saken hör att man inte böver lida av övervikt för att umgås med planer på att banta. Impulserna kan komma även om man är slank.

*Cia:... inte kommer jag riktigt ihåg, bara det minns jag att förra våren fick jag bara en sådan känsla att det vore roligt att gå ner några kilo till sommaren, fastän jag var just på gränsen till normal vikt... jag har alltid varit slank och så bantade jag litet och sedan litet till, och sedan gick bantningen mig alldeles ur händerna... jag kunde bara inte sluta utan måste banta litet till...*

Men bantningen kan också vara övertänkt med goda bakomliggande kunskaper och ändå gå fel. I dethär fallet handlar det om övervikt sedan barndomen, och vikten har alltid speglat alla handlingar. Övervikt leder lätt till att man blir allmänt retad. Barn kan vara grymma mot varandra. Övervikten tär på självkänslan, och dålig självkänsla gör att man känner sig påtittad. Man upplever skam över sin kropp. Man blir hämmad och vill inte röra sig offentligt.

*Fanny:... jag har alltid velat bli slankare... (...) i gymnasiet försökte jag första gången det var abiturientåret och på dimissionen var jag redan betydligt slankare... andra gången ett par år senare försökte jag på nytt och nu sedan förra sommaren... det började som en helt vanlig bantning, jag har deltagit i viktväktarnas kurser och visste exakt hur man äter hälsosamt och tillräckligt ... bantningen började som en helt vanlig bantning i enlighet med viktväktarnas instruktioner, men sedan ville jag göra allting snabbt få snabba resultat, så jag lämnade bort vissa födoämnen och ökade motionen, lämnade bort litet mera och ökade motionen, och det slutade med att jag inte åt annat än kål och morötter och drack tre liter vatten... jag studerade och jobbade på sidan om, vilket betydde att dagen började vid sjutiden och slutade vid niotiden ... efter en tid kom jag inte mera loss, jag var inne i en spiral och kunde inte komma ut...*

Men tanken var från början god. Viljan fanns att leva hälsosamt och dessutom motionera. Här framkommer också tankar om att motion är en del av ett hälsosamt liv, och brist på intresse kan bli en källa till dåligt samvete. Men lider man av skamkänslor för sin kropp, känns motion motbjudande och lagsport det värsta av allting. När man vet med sig själv att man inte är bra, spänner man sig ännu mera och så blir resultatet riktigt dåligt. Under bantningen kan målsättningen tydligen gå helt ur händerna. Man kan inte mera styra sitt ätande så att viktminskningen stoppas, och får heller inte upp vikten. Personen försöker tänja sig till det yttersta, och fortsätter sitt vardagsliv så länge det bara finns något litet krafter kvar. Men när

krafterna tagit slut och vikten är mycket låg leder det, som i det här fallet, till en intagning på sjukhus.

*Fanny:... då jag började banta hade jag ca. tio kg övervikt och hade som målsättning att gå ner till 60 - 65 kg, jag har alltid drömt om att se ut som mamma och syster... förrän jag riktigt förstod vad som var på gång hade jag gått ner ca. 20 kg mera än vad jag tänkte mig från början... på julen i föräldrahemmet förstod jag att allting inte stod rätt till... jag började förstå att jag inte mera får upp vikten på egen hand, till dess hade jag sett det som en vanlig bantning och under full kontroll...*

En bantningsidé kan också komma via skolan och hushållsundervisningen. Den här informanten berättar att ännu i gymnasiet åt hon alldeles normalt. Hon åt choklad och bakelser med god aptit, och hade absolut ingen aning om kalorier, och att det fanns sjukdomar som anorexi och bulimi. Det var ett helt främmande språk. Men på vintern, första året i gymnasiet, skulle hon hålla ett föredrag inom ramen för huslig ekonomi, om specialdieter. Hon måste själv ta reda på vad sjukdomen innebar, och hon höll sitt föredrag. Hon uppfattade då sjukdomen som ganska märklig. Men senare på våren började hon själv experimentera med att lämna bort smöret på smörgåsarna. Hon satte bara ost på brödet. Därifrån började det. På morgonen började hon lämna frukosten oäten. När skollunchen serverades sent, var hungern enorm. Vikten började såga upp och ner. Ibland belönade hon sig med mat, ibland upplevde hon sig fruktansvärt ful. Alla möjliga idéer kom och gick i hennes huvud.

Tidvis var kosten alldeles normal, och alla konstiga tankar var gömda någonstans. Min informants bantning har aldrig varit speciellt snabb, den har varit långsam och ojämn. Tredje året i gymnasiet orkade min informant inte mera bry sig om vikten, hon ville inte mera veta vad som var på gång. Det var alldeles detsamma om vikten ökade eller minskade. Tankarna om vikten var motstridiga och kaotiska. Det kändes bäst att överhuvudtaget inte veta. Nu på senare tid har min informant nog ätit regelbundet och till och med mångsidigt, men bara synnerligen lätt fettfri kost. På senaste tid har kosten bestått av nästan bara sallad. Någonstans fanns nog vissheten om att hon borde äta annorlunda, men hon bara beslöt att nu äter hon sallad.

Samtidigt kämpade min informant med sitt fysiska och psykiska illamående. För att lindra illamåendet började hon motionslöpa, och någon gång försökte hon till och med kasta upp. Men där gick sedan i alla fall gränsen. Det sunda förnuftet och självbevaringsdriften tog överhanden. Hon insåg faran i alltför vittgående experiment. Faran var för stor att hon själv helt skulle mista kontrollen. Läkemedel har min informant heller aldrig använt sig av. Alla dagar har hon ätit någonting. Om hon på någon fest, råkat äta litet mera, straffade hon sig själv i form av mera motion. I början kändes det svårt att vara utan mat, hon kände hunger,

men när hon ville ha upp vikten, kändes det svårt att äta. Hon bara blev att fundera på om hon skulle äta, och vad hon skulle äta. Hon kunde ibland grubbla hela dagen över mat, att äta eller inte äta. Tankarna på mat hindrar all vanlig verksamhet. Man bara blir att i tankarna älta maten. Det är svårt att få upp vikten på egen hand.

*Irene:... jag vet inte själv i vilket skede på våren... det kom väldigt snabbt... plötsligt bara började jag fundera på vad jag åt och det blev mest sallad... det fanns egentligen inte något klokt i mitt handlande...*

Man kan också se bantning som ett rop på hjälp. Ett yttre tecken på att allting inte är som det skall. Att personen i fråga mår dåligt. Det har också framkommit tankar om att man kan jämföra ätstörningar med att skära sig, eller på annat sätt skada den egna kroppen. Ätstörningar är ett rop på hjälp, ett yttre tecken på att allting inte är som det skall. Det kan också vara svårt att förklara en depression, och det är mycket svårt för en ung människa att själv se den som en orsak till att söka hjälp.

*Irene:... jag funderade länge på att söka hjälp... på kvällen då jag låg hemma och grät tänkte jag att nog har jag all orsak att gå dit (skolpsykologen) så här skall man inte behöva känna sig... men i skolan kändes det omöjligt att gå dit... men till slut lyckades jag i alla fall söka hjälp...*

Det vore viktigt att någon vuxen i näromgivningen skulle märka att allting inte är som det skall, ett en person i närheten mår dåligt. Att vara ung och oerfaren, och dessutom ha problem med att knyta sociala kontakter, försvårar situationen. Det finns hos den som mår dåligt, mycket olika förväntningar på omgivningen. Någon säger att ingenting eller ingen skulle ha fått mig att ändra mitt beteende, under sjukdomens akuta skede. Andra framställer en önskan om att någon i näromgivningen skulle ha reagerat, och mer eller mindre försökt övertala personen att börja äta. I det akuta skedet, och i synnerhet om problemen är många, försöker personen hela tiden söka svar på frågan; Har jag verkligen problem? Det tar en tid innan man själv förstår att det man känner och upplever inte är riktigt "normalt".

Problempaletten kan vara ganska omfattande. När man kommit så långt att man förmått sig att söka hjälp, börjar alla problem småningom komma i dagen. Man kanske börjar berätta om depressionen, som man tror är orsak till allting. Men sedan kommer matproblemen också i dagen. Men matproblemen har egentligen aldrig funnits, dem har man hela tiden förnekat med att allting är OK. Men ändå har det funnits i tanken en önskan om att någon form av problem skulle komma fram, och med dem rätten till att söka hjälp för illamåendet. När matproblem och depressioner kommit i dagen, då kvarstår det allra största problemet. Den stora ensamheten. Den är och har varit så ohyggligt stor, och varat så förfärligt länge.

*Irene:... jag längtar efter att någon skulle längta efter mig... jag har längtat efter många...*

Gruppen är en viktig resurs i vården. Att knyta kontakter med personer i samma situation och med liknande erfarenheter ger styrka, men har man problem att knyta sociala kontakter, står man också utanför den gruppen och förblir ensam.

### **Det känns svårt att ta ner på takten**

Till sjukdomen hör en fysisk och motorisk oro. Vi är också olika som människor med olika grader av tålmod och tillförsikt i bagaget. Är man av naturen otålig och vill ha snabba resultat, kan vårdtiden kännas olidligt. Den första tiden i vården känns svår, då möjligheterna att röra på sig är begränsade. Avsaknaden av tålmod gör att man hela tiden väntar sig att någonting väldigt positivt skall hända, annars uppstår en känsla av att tiden gått till spillo. Samma otålighet som driver på en bantning, driver nu på målsättningen att bli frisk och att få leva ett normalt liv. Fastän man vet att rehabiliteringen måste få ta tid, känns det svårt att acceptera fakta. En stor önskan finns att igen kunna njuta av livet. Rehabiliteringstiden känns svår. Oron finns ännu kvar i kroppen. Det känns svårt att lugna ner sig och kunna erkänna och acceptera att idag händer ingenting speciellt.

Rehabiliteringen tar sin egen tid, och tillfrisknandet sker långsamt. Förbättringen kommer långsamt. Bara ett byte av avdelning, från slutet till öppen, kan göra att problemen kommer tillbaka. Vikten sjunker på nytt. Hemma blir det igen svårare att hålla fast vid tillräckliga mängder mat. Det är en indikator på att rehabiliteringen fortfarande är på hälft. Fastän vikten är normal, finns ändå den inre oron kvar. Det känns fortfarande väldigt svårt att äta, och mycket svårt att äta allt det som borde ätas. Tankarna sysselsätter sig med vad som blivit ätit, och viktökningen skapar fortfarande ångest. Tvångsmotionen finns också kvar i tankevärlden.

Har man lidit av stress kan det kännas skönt att bli omhändertagen, att få vila ut och få hjälp med det psykiska illamåendet. Det har framkommit i flere berättelser, att det i något skede föds en längtan efter ett konkret omhändertagande. Att någon verkligen ser till att maten sätts i munnen. Det ger en känsla av trygghet, att bli omhändertagen. Att inte behöva sköta någonting, eller ta ansvar för något. Nu kan man äntligen medge att man är totalt nedgång- en, och att man inte skulle ha orkat länge till. Nu kommer också insikterna om att psykiska problem i något skede funnits med, åtminstone hos en del.

*Fanny:... de största problemen vid intagningen var de psykiska...*

## **Ett insjuknande kan medföra många andra förändringar än en sjukhusvistelse.**

Att omvärdera sitt liv har varit en ganska vanlig fras i berättelserna. Insjuknandet har stoppat den förutsägbara livsvägen framåt. Nu är det tid att börja utvärdera och omvärdera. Pojkvänner har stannat kvar som stöd och hjälp, medan andra har blivit satta mera på sidan, men ändå stannat kvar som vänner. Det är omöjligt att säga vilken roll sjukdomen har spelat i den frågan. Någon pojkvän har bivit kvar i den gamla bostaden. Det tycks vara ganska vanligt att personer i vård, funderar om och byter bostad. Det är klart att det finns, och kan uppstå problem i en parrelation, utan att behöva peka på sjukdomen och se den som orsak. Relationer kan var komplicerade, även utan en sjukdom, men relationer kräver också att man orkar dela med sig. Att man orkar informera och orkar ta hänsyn. Är man till lynnet och kynnet dessutom självständig och envis, och varken kan eller vill stanna kvar och se hur saker utvecklar sig, kan det vara bra att sätta förhållandet på sparlåga och utveckla vänskapen som också finns där. Det kan kännas tungt att hitta energi och de rätta orden i sjukdomen

Hur vill jag leva och bo? Det är en annan stor fråga. När man måste stanna upp kommer tankarna. Kommer man från en småstad eller från landsbygden, kan det kännas svårt att finna trivsel vid en tätt trafikerad gata. Dessutom kan området kännas oroligt, då där rör sig alla sorters människor i synnerhet på kvällen. När man kommer till ro, börjar man fundera på vad som egentligen kändes viktigt i livet. Då kan naturen också komma i tankarna, i synnerhet om den varit en viktig resurs under uppväxtåren.

Ett insjuknande inom familjen ändrar familjerelationerna. De kan både försämrats och förbättras. En informant berättar om hur hennes relation till fadern förändrades under sjukdomstiden. Tidigare var han mera avlägsen, han var den som gav pengarna. Min informant såg honom mera som en praktiskt inriktad person. Under sjukdomstiden har min informant fått uppleva en pappa, som dagligen hör av sig, och tar del i rehabiliteringen. Han fick henne att medge att hon inte mådde bra. Han var också den som ordnade henne i vård. Min informant var vid den tiden utomlands som utbytesstuderande. Hon tog kontakt med föräldrarna och pappa ordnade henne in på sjukhus på direkten. Hon medger att hon inte skulle ha klarat av den processen ensam och i det skicket.

Föräldrar söker också stöd och hjälp för sig själva där de kan få. De flesta informanterna medger att deras föräldrar har varit fruktansvärt oroliga, men ändå kunnat förhålla sig bra till sjukdomen. En allmän åsikt är att de förstår hur svårt det måste vara för en, som inte varit sjuk att begripa vad det egentligen handlar om. Föräldrarna får gott betyg. Fastän pappor också tar aktiv del, är det oftast mammmor, som står närmast under sjukdomstiden.

*Cia:... alla har varit förskräckligt oroliga, men har förhållit sig bra till min sjukdom...*

*(...)mamma har själv tagit reda på mycket, en bekant har också insjuknat så våra mammor har varit mycket i kontakt och diskuterat sjukdomen...*

Den som insjuknar kan också själv känna rädslor och panik inför den egna situationen. Det har kommit fram tankar om den egna paniken, då man inte riktigt vet vad sjukdomen handlar om. När man inte själv förstår vad som felas, blir man bara rädd. Också rehabiliteringen skapar rädslor. Man vet att det ändå bara handlar om den egna personen, och att det är jag själv som måste se till att jag blir frisk. Hjälp och stöd finns att få, men själv måste man göra arbetet.

### **Mot en oviss framtid**

Den närmaste framtiden betyder studier. Att bli färdig och få börja jobba med något som intresserar. Men studierna känns också stressande. Kraven är stora. Som studerande skall man vara aktiv och hinna med en massa saker. Mina informanter framhåller att studietakten är mördande. När studieanstalten dessutom har gott rykte och hög sysselsättningsprocent för utexaminerade studerande, driver man sina studerande ännu mera. Studerande kan ha upp till fem olika projekt samtidigt på gång. Man kan jobba 24 timmer i dygnet och ändå inte bli färdig. En informant framför att hon gjort ett principbeslut för hösten. Hon tänker inte försöka stressa ihjäl sig. Hon ämnar sätta hårt mot hårt, och kommer inte att göra mera än hon orkar med. Hon känner sig direkt skakad och medger att hon själv ställer höga krav, och sedan pressar utbildningsanstalten ytterligare på. Det skapar ytterligare stress. På längre sikt blir kombinationen omöjlig. Den allmänna målsättningen känns även för henne för hög. När hon lyssnat på sina studiekamraters berättelser, har hon känt sig nöjd över att tiden för hennes del har stannat upp. Hon säger sig nu förstå att ingen orkar studera i så hög takt, och dessutom hela tiden jaga goda prestationer och höga vitsord. Hon anser att även utbildningsanstalten borde ta ett visst uppfostraransvar och inse att också studerande behöver tid för hobbies och för att umgås. Hon upplever att de höga krav och målsättningar, som idag ställs på studerande, tar helt kraften av dem och skapar vervvrak redan före de hunnit ut i arbetslivet. Hon upplever också att utbildningsanstalten inte ser sina studerande som människor.

*Fanny:... sätter man höga krav på sig själv och sedan pressar utbildningsanstalten ytterligare på, blir kombinationen förödande...*

Men framtiden kan te sig mera osäker. Då kan man i alla fall hoppas på att kunna slutföra studierna. Flere informanter medger att framtiden känns ganska osäker, men hoppas i alla



fall på att bli helt fria från sjukdomen och kunna fortsätta och slutföra studierna. På många önskelista finns en önskan om att kunna studera vidare för att i framtiden få en bra arbetsplats, och sedan någon gång i framtiden även familj. Ibland försöker någon ta kurser under vårdtiden, men i allmänhet tär studierna så hårt på krafterna att vården blir lidande. Men motgångar till trots, lever man på hoppet att en gång är också den här tiden ett minne blott, en dag är också det här förbi. Man tillfrisknar och får leva det gamla goda livet. Med sjukdomen vill ingen leva. En allmän insikt är att i framtiden måste man vara ytterst noggran och sätta gränser, som man inte får underskrida. Annars finns det risk för att sjukdomen upprepas. Det har också kommit fram tankar på att när man insjuknar som litet äldre, har man mera stress än de yngre. Man känner själv att man borde vara självständig, kunna försörja sig själv och inte mera vara ekonomiskt beroende av föräldrarna. Beroendet till föräldrarna ger ångest. Fastän föräldrarna ger trygghet och trivsel, finns det en längtan till en egen lya. Redan rapporteringen känns litet besvärande, men man kan inte bo i föräldrahemmet och bete sig som om föräldrarna inte fanns där.

*Cia:... vi äldre har mera problem... man har den föreställningen att man borde vara självständig, och sedan är man helt beroende av föräldrarna... det är ångestskapande...*

Man vårdas antingen på dagavdelning eller däckavdelning. Den vanliga ordningen är att man börjar sin vård på bäddavdelningen, och flyttar över till dagavdelning då hälsan det medger. Patienterna verkar trivas bra på dagavdelningen. Man har större frihet, och man är hemma kvällar, nätter och veckoslut. Maten är också väldigt långt på eget ansvar. Efter sjukhusvistelsen är den öppna vården och fortsatt rehabilitering viktig. Dagavdelningen stänger några veckor på sommaren och för de patienter, som inte kan åka hem, sökes andra alternativ.

*Cia:... jag är här tills avdelningen stänger, men om vården då ännu är på hälft, måste vi fundera på andra alternativ ... själv hoppas jag på att kunna åka hem...*

Har man en säker utskrivning framför sig, ser sommarplanerna annorlunda ut. Många fortsätter att gå polikliniskt på sjukhuset, och sedan finns det möjligtvis möjlighet till en individuell psykoterapi. Det finns också möjlighet att komma in för intervallvård under sommaren om behovet av extra stöd blir akut. Det ger en extra känsla av trygghet att veta var man kan få hjälp om man behöver. Det minskar stressen om man av någon orsak känner att man inte orkar ensam. Till sommaren väntade många informanter på utskrivning och semester. Den allmänna känslan var att det skall bli skönt att igen umgås med friska människor, och uppleva det gamla välkända goda livet. Sedan kommer hösten med studier och ansvar, som känns litet skrämmande trots allt. Vården på sjukhuset har gett goda kunskaper om hur man skall förfara vid stress och hur man skall äta. Där finns en känsla av hoppfullhet, visst skall vi

klara det här. Men när man har sina matvanor under kontroll, finns en viss risk för att det kan gå över i hetsätning. Tanken på framtiden känns spännande och förväntningarna är höga.

*Fanny:... jag blir glad av att sitta här och prata... livet känns skönt... framtiden skrämmer men samtidigt väntar jag, livet har ännu så mycket att ge... (...) min vård har tidvis stampat på stället, ibland har den gått framåt med jättekiv, och nu plötsligt har jag allting, att snabbt har det gått allting...*

Och livet är inte bara rehabilitering. Livet har så mycket att ge och många har så mycket planer. Till dem hör familj och barn någon gång i framtiden. Alla har inte stadigvarande pojkvänner för tillfället. Men en åsikt är att livet skulle te sig ganska tomt utan barn. Det måste finnas motvikt till arbetet på den känslomässiga sidan.

#### **4.5 Socialarbetaren som en "bro" mellan sjukhus och samhälle**

De flesta av mina informanter studerade och jobbade deltid vid sidan av studierna. Det berättigade dem till inkomstrelaterad sjukdagpenning. Den kan i många fall vara ganska låg, då en deltidstjänst inte inbringar så stora summor per månad. Inkomsten ger i alla fall ett tillägg, fastän den eventuellt inte räcker till för sjukhusräkningar och personliga utgifter. I mån av möjlighet ställde även föräldrar upp som ekonomiska hjälpare. De, som blivit vana att klara sig själva ekonomiskt, tyckte att det kändes svårt att ansöka om ekonomisk hjälp. *"Det är hemskt att leva på socialbidrag"*, var en kommentar. Samma person hade i flere repriser avböjt läkarintyg, som berättigat till sjukdagpenning, av samma orsak. Under sjukdomstiden ökar utgifterna på grund av bl.a. sjukhusräkningarna, och hjälp utifrån blir ett måste. Alla föräldrar har inte möjlighet att bistå ekonomiskt. Det blir en tvungen sak att tillfälligt ta emot samhällets hjälp, men man vill klara sig själv så fort hälsan det medger.

Den som redan hunnit arbeta heltid, klarar sig rätt bra ekonomiskt. *"För tillfället klarar jag mig bra ekonomiskt"*, intygar en informant. Hon har ett fast jobb och hade hunnit jobba en tid. Lönen under sjukdomstiden är större än sjukdagpenningen. Men blir sjukledigheten lång minskar inkomsten. Vi lever i en tid med ständiga omvandlingar. Så också på min informants arbetsplats. Risken för att bli uppsagd, fick min informant att alltför tidigt gå tillbaka till jobbet, vilket hämmade sig snabbt. Hon var tvungen att efter tre månader, söka ny sjukledighet. Hon orkade inte fortsätta på grund av diffusa smärtor i kroppen. Hon förklarar den som en odefinierbar känsla av illamående. Hon vet att arbetsplatsen kan vara i fara. Men hon vet att hon inte kan återgå till jobbet ännu på en tid. Hon orkar inte jobba ännu.

Ekonomi väcker många tankar. Det är många saker som måste skötas utanför sjukhuset. Maträkningarna är en sak som väcker tankar. Har man inte ätit regelbundet under en lång tid, är det svårt att för sig själv gestalta hur mycket pengar man bör spendera på matinköp.

Ett insjuknande gör att livet stannar upp och det ges tid att tänka på sig själv och på livet. De tankarna har hos mina informanter kretsat kring boende och studier. Åtminstone två informanter hade bytt hyreslägenhet under sjukhusvistelsen. En informant fick en hyreslägenhet nära mamma. Det var hon mycket nöjd över. Hon trodde att hon skulle känna sig mindre ensam med mamma runt hörnet. Flere informanter bor i föräldrarnas ägobostad, och är nöjda med att vederlaget är lågt. Då en informant slog av på takten och började tänka över sitt liv, blev ett boende nära naturen ett måste. Hon hade alldeles just fått en ny hyreslägenhet nära hav och natur. Hon väntade på att få beslut om utkomststöd till hyran. Två informanter bodde fortfarande hemma, och båda uttrycker längtan efter en egen lya. En informant medgav att det inte kändes riktigt bra där hemma med mamma.

Att bo för sig själv är en del av självständighetsprocessen. Det känns skönt att ha egen ro, och att pyssla i det egna hemmet och göra det till sin egen värld. Men det är också skönt att ha föräldrahemmet nära och kunna besöka det när man vill. Vissa band finns fortfarande kvar. Mamma har alltid varit ett stort stöd, och utan föräldrarnas stöd säger sig min informant inte orkat så här långt, som hon nu är.

Allmänt taget är mina informanter självständiga unga kvinnor, som har sitt eget boende och själva reglerar sitt umgänge med primärfamiljen. De är också rätt självständiga i sitt handlande under sjukdomstiden. Av berättelserna framgår att de till stor del skött sina saker självständigt eller med familjens hjälp. En informant beskrev sin kontakt med avdelningens socialarbetare med att hon postade ett brev. Informanten framhöll att hon själv ville sköta sina saker.

Socialarbetarens uppgift på en medicinsk avdelning är att stöda och hjälpa patienten i olika socialt relaterade frågor, som aktualiseras under vårdtiden. På en ätstörningsavdelning verkar den vanligaste hjälpen vara att söka sjukdagpenning och returnera studiebidrag. Bostadsfrågor verkar också vara mycket aktuella, men mina informanter har tydligen skött den saken utan socialarbetarens medverkan. En del informanter sköter sina frågor direkt med den egna socialarbetaren på fältet. En informant hade avbrutit studiestödet med socialarbetarens hjälp, och sökt sjukdagpenning. Mera hjälp hade hon inte behövt. Hon bor med sin pojkvän i föräldrarnas ägobostad, och är inte berättigad till bostadsbidrag.

Men det finns även andra behov än direkt stöd och hjälp med korrespondensen till myndigheterna. Socialarbetaren ses lätt som en myndighetsperson i byråkratins tjänst, men kan också

ses som en god och hjälpande vän om omständigheterna är gynsamma. En informant var mycket nöjd och belåten. Hon hade till exempel fått läsa sin e-post på socialarbetarens dator. Hon upplevde att hon kommit socialarbetaren mycket nära, och såg henne närmast som en vän.

Får man arbetsrelaterad sjukdagpenning under sjukledigheten, täcker den åtminstone en del av utgifterna under vårdtiden. Ger familjen därtill litet ekonomiskt stöd behövs inte andra bidrag. Hyran förutom sjukhusräkningen är en betydande utgiftspost. Men bor man i familjens ägodostad, är vederlaget lågt, men i gengäld får man inget bostadbidrag. En informant är nöjd med sin låga hyra, och tycker det skulle vara ett slöseri med pengar att betala en hög hyra för ett par veckslut per månad.

Det är i början av vården som det största hjälpbehovet visar sig. Men har man en hyresbostad eller byter bostad under vårdtiden, blir också behovet av stöd större och socialarbetaren behövs för att hjälpa med ansökningarna. Den informant, som hade bytt bostad, behövde utkomststöd för att klara av att betala hyran. Hon medgav att ekonomin för tillfället var kärv. Hon väntade på beslut om utkomststöd. Föräldrarna hade hjälpt henne ekonomiskt med hyra och fickpengar. Nu var hon sjukledig flere månader framåt och sjukdagpenningen löpte.

Men det fanns även informanter, som inte visste vad man skall fråga en socialarbetare, och som inte varit i kontakt med henne. Det betydde att familjen stod för alla vårdkostnader. Jag ser inget fel i att familjen står för familjemedlemmarnas kostnader, men beror det på bristande information är det litet tråkigt. Vi har ett lagstadgat socialskydd, som alla är berättigade att ta del av.

## **5. ÄTSTÖRNING SOM EN SAMHÄLLSRELATERAD SJUKDOM**

Med hjälp av litteratur och informanternas berättelser, har jag skapat mig en bild av ätstörningar, och då närmare bestämt anorexi. Det är en spännande sjukdom med flere olika uttrycksformer. Jag ser en form av sjukdomen, som börjar i tidiga tonår, och är, enligt mina iakttagelser, ett uttryck för bl.a. osäkerhet och rädslor. Intressant nog kan man också insjukna till följd av "alltför hälsosam kost". Kroppen reagerar negativt till följd av brist på fett och kolhydrater. Hälsosam kost bör innehålla minimalt av fett och vara fiberrik. En tredje iakttagelse är att man nödvändigtvis inte behöver lida av övervikt sedan barndomen, för att inspireras av tanken på en bantning. Är man från tidigare slank, är steget kort till en sjukdom.

Jag kan inte påstå att samhället som sådant gör någon sjuk, men jag tar fram och pekar på faktorer, som i min mening kan befrämja ett insjuknande. Adjektet är för mig den psykiska sinnebilden för anorexi.

## 5.1 Adjektet

Adjektet, enligt Julia Kristeva (1992), är ett begrepp för att bestämma de driftsmässiga grunderna för den identitet "på gränsen" som hon menar att abjektionen kan ge upphov till. Denna identitet bygger på en utförd separation subjekt/objekt och kommer i stället att upptas av ett "pseudoobjekt" ett "falskt själv" eller ett abjekt "varken subjekt eller objekt". För mig har Kristevas (1992) beskrivning av adjektet blivit sinnebilden för ätstörningar, då sjukdomen fått sitt grepp om personen. Efter att ha läst hennes texter, fick jag själv en uppfattning om ångesten, känslan, som mat kan ge upphov till.

Att äta skapar ångest, maten i sig skapar ångest. Det sägs på många olika sätt i texter om ätstörningar, liksom även i mina informanternas berättelser. Vämjelsen inför mat, säger Kristeva (1992), är kanske abjektionens mest elementära och mest arkaiska form. När skinnet på ytan av mjölk, oförargligt, tunt som ett cigarettpapper, ynkligt som en avbiten nagel, blir synlig för ögat eller rör vid läpparna, uppstår en ryckning i ljudspringan och ändå längre ner, i magsäcken, i buken, i alla inälvorna, som kommer hela kroppen att rista till i kramp, den kramar fram tårar och galla, den får hjärtat att slå och pannan och händerna att drypa av svett. Med blicken dimmig av yrsel stegrar jag mig av äckel mot den grädde på mjölken och jag avskiljer mig från den mor, den far som ställer fram den åt mig. Den är ett tecken på deras begär och "jag" vill inte ha någonting av dem "jag" vill ingenting veta "jag" tar inte in det, "jag" stöter ut det. Kristeva (1992) beskriver också separationsångesten, den utförda separationen från föräldrarna genom maten med att säga att, eftersom denna mat inte är en "annan för mig", som bara är i deras begär, stöter jag ut mig, spottar jag ut mig, stöter jag ut mig, stöter jag bort mig i samma rörelse som "jag" gör anspråk på att upprätta mig med. Denna detalj, som kanske är obetydlig men som de söker, laddar uppskattar, tvingar på mig, detta ingenting vänder upp och ner på mig, jag vänder ut och in på mig: på så sätt ser de, att jag är på väg att bli en annan till priset av min egen död. På denna färd, där "jag" blir till, föder jag fram mig själv i snyftningens och kräkningens våldsamt. En stum protest från symptomet, brakande våld från en konvulsion, som förvisso är inskriven i ett symboliskt system, i vilken det varken kan eller vill bli integrerat, men där det ändå reagerar, avreagerar sig, det frånstöter (Kristeva, 1992, 26 - 27).

## 5.2 Barndom och hem

Jag anser att det, förutom de redan nämnda, finns i vårt senmoderna samhälle faktorer, som har en bidragande orsak till ett insjuknande. Eeva Riihonen (1998) anser t.ex. att ätstörningar är både ett medicinskt och ett samhällsrelaterat problem, och de bakomliggande orsakerna är många. Ätstörningarnas *etiologi* innefattar, enligt Jaana Ruuska (2006), många faktorer, som bildas av underordnade, förutsedda, utlösande och uppehållande faktorer. Stefanie Richter (2006) poängterar familjens betydelse för insjuknandet. Det handlar om störd familjedynamik, rigida familjebilder, dominerande fäder, övervikt i barndomen samt en svår pubertet. De kan alla ses, som befrämjande faktorer för ett insjuknande senare i livet.

I det följande vill jag gå igenom de faktorer, som jag anser vara relevanta för sjukdomen. Jag har läst berättelserna, först som helheter, och sedan plockat sönder dem i delar. I den sista analysen plockade jag i sär berättelserna i deras minsta beståndsdelar, och funderade på vad mina informanter egentligen berättade. Jag var så fixerad vid delarna att jag hade tappat bort helheter och samband. En kväll, då jag satt och bläddrade i en bok om anorexi, kom insikten. Mina informanter har hela tiden och nästan enbart berättat om sin kropp och sin själ. Med själ menar jag här det egna jaget och kroppen är det hölje vi har, och som har till uppgift att dölja eller framhäva oss.

Mina informanter har berättat om sitt liv så som de, vid det givna tillfället, upplevde det. Jag har inte koncentrerat mig speciellt på mina informanternas tidigaste barndomsår. Jag bad dem börja sina berättelser med spontana minnen från barndomen, vilket de flesta gjorde. Den absoluta majoriteten berättade om sin barndom i termer av lycklig barndom, kärleksfull mor, goda minnen o.s.v., men det fanns också de som förde fram problem. Men problemen till trots beskrivs föräldrarna, som helt "vanliga människor". Det finns ingenting i berättelserna, som skulle tyda på familjevåld eller andra svåra omständigheter. För att kunna dra närmare slutsatser om mina informanternas barndom, borde jag ha intervjuat föräldrarna. Jag kan ana mig till att familjens ekonomiska och sociala status skiljer sig från varandra, och mina informanter representerar både stad och landsbygd. Utgående från egna referenser, anser jag att familjen har en viktig ställning i barnens tidigaste liv. De första åren kan vara av avgörande betydelse, för en positiv utveckling.

De flesta av mina informanter beskriver sig själva som tysta och blyga. De tillbringade mycket tid med ensamma lekar, men jag har också beskrivningar på glada utåtriktade och sociala barn, som leker ute på gården med de andra barnen. Ett par berättelser utesluter nästan helt tiden före skolstarten. Det finns ingen enhetlig bakgrundsbild av mina informanter. De rymmer hela fältet från stillsamma och tillbakadragna till glada och sociala barn. Det betyder att jag inte kan framhålla att ätstörningspatienter har varit på ett speciellt sätt som barn, lika

litet som jag kan utesluta att det kan finnas faktorer från den tidiga barndomen, som har påverkat deras insjuknande.

### 5.3 Det egna jaget

Med sjukdomen kan följa ensamhet, vilket tidigare framkommit, men även friska ungdomar kan uppleva en stor och påtaglig ensamhet. Winnicott (1995), Kosonen (1998) och Vehkakoski (2001) behandlar ungdom och ungdomars sökande efter en egen identitet. Winnicott (1995) beskriver ungdomars isolation och liknar dem vid "öar". Ungdomar försöker bilda kollektiv inom vilka sökande efter likheter och bekräftelser är viktiga komponenter. I många berättelser beskriver mina informanter sin känsla av ensamhet och utanförskap, som ett första skede till insjuknandet. I synnerhet övergången från högstadiet till gymnasiet, har i mina berättelser framkommit som en svår tid. Gamla klasskamrater försvinner, vänskapsband brister och nya kamrater kommer i stället. Det känns svårt att mista goda vänner.

Vehkakoski (2001) framhåller att unga inte nödvändigtvis har talanger eller tillräckliga mängder energi, för att hålla kvar sociala relationer under en tid, då de själva formar sin egen identitet. En informant kommenterar den här tiden som "*tonårsflickors smärta att växa upp till kvinnor*". Pojkar börjar intressera liksom kropp och utseende i övrigt. "*Vi fäste för stor vikt vid utseendet*" var också en kommentar från skoltiden och diskussioner i kamratkretsen om pojkar och kroppens utseende. Det var vid den tiden flickorna började lämna skolluncherna oätta. Kosonen (1998) påstår att flickor och kvinnor fortfarande är fast i det maskulina begreppssystemet. Flickorna lever fortfarande i relation till pojkars uppskattning i fråga om utseende. Det är viktigt att bli sedd som vacker. Utseendet är en viktig faktor, då en flicka växer upp till kvinna.

Men vänskapen är också viktig. Det kommer fram i berättelser om nivåbyten i skolan. "*Det känns svårt att lämna gamla goda vänner bakom sig*", kommenterade en informant nivåbytet från högstadiet till gymnasiet. Vehkasaari (2001) beskriver ensamhet som en otrevlig subjektiv känsla, som påverkar både mängden och kvaliteten i sociala kontakter. Hon skiljer mellan subjektiv och objektiv ensamhet. En person utan fasta emotionella förhållanden är emotionellt ensam. Medan social ensamhet upplevs som känslor av tomhet. En informant för fram känslan i termer som "*ensidig vänskap*" och "*jag får aldrig känslan av att vara viktig för någon*". I synnerhet flickorna, enligt Kosonen (1998), speglar sig i varandra, och rådande maktförhållanden uppehålls genom uteslutningsprincipen. Olikheter utestängs från vänskapens rum. I den situationen föreligger fara för mobbning (sic). I mina berättelser framkommer både känslan av emotionell och social ensamhet. "*Jag kände mig helt utanför*" beskriver en informant sin känsla av ensamhet det första året i gymnasiet. Ensamhetskänslan gick över i

den depression, som varade hela gymnasiet. Hon såg sin depression, som en del av processen att bli självständig. Depressionen lindrades då hon efter gymnasiet flyttade hemifrån, och hade egentligen ingenting att göra med insjuknandet flere år senare. Flytten påverkade henne positivt, men trygga hemförhållanden är viktiga under uppväxttiden.

Man vet att barn med goda relationer till föräldrarna känner sig mindre ensamma även senare i ungdomen, framhåller Vehkakoski (2001). Tillit och god kontakt med föräldrarna, hjälper den unga i interaktionen med andra människor. Men det behöver inte förhindra ett insjuknande. (sic). En informant, som ännu bodde hemma, längtade till egen bostad. Hon berättade att hon hade en mycket varm och nära relation till sin mor. Hon har alltid varit den som förstått henne bäst. Nu kände hon ett visst tryck på sig, och ansåg själv att det vore tid för att lösgöra sig från föräldrarna. Känslan av absolut beroende gav henne ångest.

Men visst har föräldrarna ett stort ansvar för sina barns fysiska och emotionella utveckling. Kalland (2003) betonar föräldrarnas stora andel i barnens välbefinnade, och att barn som fått ta tidigt ansvar för sig själva, lätt senare i livet drabbas av bl.a. depressioner. Enligt Vehkakoski (2001) är ensamma unga passiva och initiativlösa i kontakten med andra ungdomar. De förväntar sig att andra skall ta kontakt, och försöker alltid vara av samma mening. Den informant, som trots alla andra problem ser ensamheten som det största, formulerar sig angående vänskap ” *jag har alltid försökt att inte kräva något av en s.k. vän och jag vill vara vän med alla som bara vill vara vän med mig.*”

#### **5.4 Negativa självupplevelser**

Jag har tidigare framhållit de positiva skolminnena, men alla delar inte den glädjen. Den informant, som säger sig vara vän med alla som vill vara vän med henne, upplevde svåra år under högstadietiden. Skolan är den plats där de unga tillbringar sin mesta tid. De flesta trivdes i skolan, men inte alla. Enligt Undervisningsministeriets utredning (2000 – 2007) är det en liten del av eleverna som upplever mobbning. Men den är värst på högstadiet, enligt KiVa - koulu, KiVa - skolas (2009) hemsida. De som mobbar är många och de som blir mobbade är få. Min informant berättar om en massiv mobbning, där även de högre klassernas elever deltog. Flere av hennes klasskamrater hade syskon på de högre klasserna. Hon berättar om ett allmänt förakt, hur hon blev utskrattad och allmänt nedvärderad. Hennes värsta år var årskurserna fem till sju, och mönstret upprepade sig i mindre skala i gymnasiet. Kosonen (1998) framhåller att det är i skolan, flickorna formar sina kvinnosubjekt och speglar sig i vännerna. Man använder sig av uteslutningsmetoden, och man tolerera inte olikheter. Min informant var inte intresserad av modekläder, hemfester och pojkar och blev på den grund utsedd till skolans dummaste och barnsligaste. Jag upplevde att hon med sin berättelse för-



sökte förklara för mig, och kanske också för sig själv, orsaken till mobbningen. Kanske sökte hon också förståelse för varför hon blivit mobbad. Å ena sidan framhåller hon sin egen styrka, att våga vara sig själv. Å andra sidan godkänner hon att olikheter berättigar till mobbning, med att förklara att hon säkert var ett tacksamt mobbningsoffer därför att hon inte var intresserad av pojkar, fester och modekläder. Allting sådant som för hennes kamrater kändes viktigt. Mobbningen följdes av en depression, som för min informants del ändade i en ätstörning.

Klimatet i skolan är viktigt. KiVa - koulu, KiVa - skolan (2009) har på sitt program att lära barnen uppskatta sig själva och varandra, och godkänna varandras egenart. Min informants upplevelser visar vilken viktig uppgift antimobbningsprogrammet i skolan har. Skolan är en viktig plats för de ungas sociala utveckling. Det är i kamratkretsen, som man diskuterar problem, och i övrigt tar ställning till viktiga saker i livet. Lika svårt, som att bli utanför, känns det då vänskapsband brister. Många informanter har upplevt en ungdomsdepression, i början av gymnasiet, som har fört vidare till en ätstörning.

Kroppens utseende är viktigt under ungdomsåren. En informant, som började tröstata på högstadiet, blev föremål för kamraternas kommentarer, då hon gått upp i vikt. Den upplevelsen ledde henne snabbt in i sjukdomen. Den som lider av övervikt sedan barndomen, får också uppleva negativ kritik för sitt utseende. Även om det inte går så långt som till mobbning. Skolidrotten är speciellt besvärlig för en ung människa med en stor kropp. En av mina informanter berättar om att hon hatade skolgymnastiken och ännu mera skolidrotten. Hon upplevde sig stor och klumpig och kände skam för att vara tvungen att exponera sin kropp inför kamraterna. Man vet med sig själv att man är dålig, och sedan blir man ännu sämre under kamraternas utvärderande blicker. Kosonen (1998) bekräftar att flickors skam över sina kroppar kommer fram just i skolidrotten. Min informant framhåller att skamkänslan har avhållit henne från att röra sig ute och t.ex. länka. Hon har känt sig iakttagen och utvärderad av andras blickar. Hon upplevde sig som stor, tjock och ful, och därmed som en sämre människa. Hon kunde inte uppskatta de talanger hon hade, och led av dålig självkänsla. En vilja att snabbt gå ner i vikt, ledde henne in i sjukdomen. Hon hade deltagit i viktväktarna tidigare, och kunde deras program. Hon visste i princip hur hon skulle banta, men ville ha snabba resultat.

## **5.5 "Det sjuka sinnet"**

Ur Stasseks (1997) och Richters (2006) undersökningar framgår att personer med lång sjukdomshistoria klarar sig med varierande framgång med eller utan vård. Perioder med dåligt befinnande återkommer, men på något sätt lyckas personen själv hantera situationen och svänga den till det bättre på nytt. Solheim (2001) ser anorexin, som ett kroppsymboliskt

språk. Tanken på att sjukdomen skulle vara ett språk, närmare bestämt ett nödrop, bekräftas i min undersökning. En del informanter framför en önskan om att någon skulle se och reagera på att allting inte är OK. Andra informanter framhåller att ingen skulle ha fått dem att handla på ett annat sätt än de gjorde under sjukdomstiden, men det här är också motsättningarnas sjukdom. En informant jämför ätstörningar med att skära sig. Hon ser sjukdomen som ett sätt att be om hjälp; ”*kan ingen se att jag mår dåligt*”? Motsättningen kommer fram i att den sjuka personen i offentligheten starkt förnekar att något skulle vara fel. Förnekelsen går så långt att vänskapsband brister, då någon i kamratkretsen vågar påstå att hon kan se att allting inte är som det skall. En informant berättade hur en god vän kom fram till henne och sa ”*att jag ser att du inte mår bra, jag vet vad det handlar om, jag vill inte att det skall gå dig illa*”. Min informant kontrade kommentaren med att konstatera att ”*du pratar skräp, jag har inga fel, är bara litet stressad*”. Efter det undvek hon kamraten, och de båda rörde sig inte mera i samma sällskap. Man kan se den totala förnekelsen, som en förnekelse av livet själv, och motsättningarna en del av sjukdomens patologi.

Ett annat intressant budskap är protester och agerandet mot traditionella roller och samhällsyn. Giddens (1997) anser anorexi vara en protest mot den flegmatiska kvinnan. Mina informanter har kritiserat sättet varpå sjukdomen behandlas i offentligheten. Samtliga betonar att sjukdomen är individuell och alla sjukdomsfall är olika. Det har jag lätt att hålla med om, då jag försökt hitta samband, eller något gemensamt för samtliga informanter. Alla har sin egen sjukdomshistoria och jag har inte hittat något, som jag kunde kalla typiskt för ätstörningsspatienter. Man framhåller att anorexipatienter främjar sig från omgivningen, men alla isolerar sig inte. En informant kände sig irriterad över hur man i offentligheten generaliserar sjukdomen. Hon tycker att det är fel att påstå att sjukdomen beror på att unga flickor är rädda för att bli vuxna eller att vara kvinnliga. Hon betonar att hon aldrig tagit avstånd från sociala kontakter. Då det gällt gemensamma måltider, har hon bara konstaterat att hon alldeles nyss ätit. Ett annat typiskt drag kunde vara att personer med anorexi inte sällskapar. Enligt Ruuska (2006) förhåller sig anorexi patienter mera negativt till sällskapande och sexualitet, men de flesta av mina informanter har, eller har haft pojkvänner och sambor.

En informant lanserade termen ”det sjuka sinnet”, då hon berättade om sin sjukdom. Hon slutade med att säga att man borde kunna vara ärlig mot sig själv och medge att man behöver hjälp. ”Det sjuka sinnet” säger att allting bara är bra, fastän andra ser att det inte är det. Man borde kunna medge att man mår dåligt. Jag ser att det dåligt integrerade jaget är det samma som det ”sjuka sinnet”, då en person insjuknar i en ätstörning. En informant insjuknade i de tidiga tonåren och berättade om sitt insjuknande med att konstatera att ”*jag visste inte vem jag var, jag kände mig fet och ful*”. Som tidigare konstaterats är ungdomstiden en tid av sökande. De unga söker sig själva i varandra och i vuxna modeller. Men det kan vara svårt att hitta en egen identitet och bygga upp ett eget jag.

## 5.6. Primärfamiljen

Ätstörningar anses väldigt långt vara familjerelaterade och familjedynamiken spelar en central roll. Bruch (1988) bl.a. för fram sådana åsikter. Både Stassek (1997) och Richter (2006) betonar i sina undersökningar familjens negativa inverkan då det gäller den egna självständighetsprocessen och tillfrisknandet. Det är ändå skäl att påpeka att de unga i Tyskland i allmänhet bor kvar längre i primärfamiljen än ungdomarna i Finland. I min undersökning har jag få belegg för primärfamiljens negativa inverkan, men de som fortfarande bor hemma formulerar tanken att de gärna skulle flytta till en egen bostad. En informant för direkt fram att det inte går bra med mamma därhemma. Situationen känns svår. Ett annat dilemma är att vara ekonomiskt beroende av föräldrarna. En informant framhåller att det känns ångestfullt att vara redan litet äldre och totalt beroende.

De flesta av mina informanter har en relativt kort sjukdomstid. De har lämnat primärfamiljen och bor självständigt eller tillsammans med sin pojkvän, vilket kan befrämja en god kontakt till föräldrahemmet. Det finns också skäl att anta att anorexi- och bulimipatienterna reagerar olika i kontakter med vänner och bekanta. Bulimipatienterna verkar att ha ett mindre behov av att isolera sig än anorexipatienterna. Den av mina informanter, som först insjuknade i bulimi, hittade en pojkvän under den tiden. När sjukdomen gick över i anorexi, började hon isolera sig, och förhållandet höll på att ta slut. Efteråt kunde de diskutera situationen, och har kunnat konstatera att den ömsesidiga tilliten fått sig en törn. Pojkvännen vet inte om han kan lita på sin flickvän i fortsättningen.

Av intervjuerna framgår att en intervention från familj och vänner, för att försöka bryta utvecklingen, är praktiskt taget omöjlig. Det leder till ett förnekelsestillstånd med ytterligare avståndstagande som följd. Familj och vänner blir yttre iakttagare utan möjlighet att ingripa. En informant medger att fastän hon skulle ha fått vilka goda råd som helst, skulle hon i alla fall ha varit i samma situation. Man håller bara med, men man gör ingenting konkret åt saken. Man bara fortsätter med de egna idéerna i huvudet. Tillståndet fortsätter tills kroppen reagerar, och krafterna är slut. Här kommer eventuellt en sjukhusvistelse emot.

Trots att den unga främjar sig från anhöriga och vänner, finns behovet av kontakt kvar. En informant, med sina många sjukhusvistelser, ser mamma som den kraftkälla, som hållit henne vid liv. Utan henne säger hon sig inte ha orkat igenom alla år. Hon har sedan år tillbaka bott i egen bostad, men känslan av att kunna åka "hem" är viktig för henne. I motsats till de informanter som ännu bor hemma, pratar de som flyttat hemifrån väldigt varmt om sin mamma. Hon ses som en trygg och varm person, och den som bäst känner till alla problem. En informant glädde sig över att få flytta till en lägenhet i närheten av sin mamma. Ensamhetskänslan blir mindre så, ansåg hon. Pennanen (2000) framhåller i sin undersökning att ano-

rexi-patienterna har förhållandevis färre sociala kontakter än sina friska medsystrar. Kompen-serar mamma - dotter förhållandet andra sociala kontakter, som till exempel till jämnåriga. Min informant, som hade tränat praktiskt taget på heltid, och sedan lämnat träningen, upp-levde en stor ensamhet. De sociala kontakterna uppkom och odlades bland kamraterna på träningspassen. När man inte mera tränar, är man ute ur gemenskapen och hamnar i ett tomrum, som mamma kanske kan hjälpa till att fylla.

På relationsplanet ses störningarna i förhållande till familjen och vännerna. Självsvälten väcker oro, kanske också ilska hos familjemedlemmarna. Den unga kan känna att hon fått en viss makt över familjen. En informant medger att föräldrarna varit fruktansvärt oroliga men ändå, i hennes mening, kunnat förhålla sig bra till hennes sjukdom. Mamma har sökt infor-mation tillsammans med en annan mamma i samma situation. De båda har stöttat varandra. Av intervjuerna framgår att intresset för olika former av motion tilltar i början av sjukdomen, och många jobbar kvällar och veckoslut. Det ger samtidigt en ursäkt för att lämna familj och vänner. Studierna blir otroligt viktiga, och ger en bra orsak att avböja inviter från vänner och bekanta, samtidigt som familjen och andra närstående personer har mindre möjligheter att kontrollera måltider och psykiskt mående. Personen blir mer och mer ensam med sin pro-blematik. Det här den ena sidan av sjukdomen. En del andra lyckas hålla kvar sina vänner och deltar sällskapslivet på samma villkor. Man bara diskret avböjer måltider. Av mitt mate-rial framgår att det är praktiskt taget omöjligt för anhöriga och vänner, att förändra personens livstil, förrän hon själv är mogen att ta det ansvaret. Av berättelserna framgår att de anhöriga känner rädsla, men rädslan är störst hos den sjuka själv, som inte vet hur hon skall komma vidare. Det känns skrämmande att veta att man endast själv kan förändra sitt eget liv. På basen av mina intervjuer, och efter att ha följt med anorexidebatten på TV, drar jag slutsat-sen att det kan vara befrämjande för ett tillfriskande att lämna föräldrahemmet, och själv ta ansvar för sin sjukdom. Det verkar alltför lätt att överföra ansvar på oroliga föräldrar, och på så sätt förvärra sjukdomens förlopp.

## **5.7 "Det sjuka sinnet" och kroppen**

Man borde kunna vara ärlig mot sig själv och erkänna att man inte mår bra, medger en in-formant. Men hon försvarar sig med att "när det sjuka sinnet" säger något annat. Den totala förnekelsen är en del av sjukdomen och har sin grund i dålig självkänsla. Anorexipatienterna har en dålig självkänsla, anser bl.a Richter (2006). Enligt Silius (1998) är formandet av identi-teten knuten till återkommande handlaingar mellan individ och samhälle, men kärnan i det moderna samhället är frihet och individualitet. Återkommande handlinagr bygger på en viss kontinuitet, som bryts i alltför stor frihet att välja eller välja bort. Reflexiviteten är dessutom,

enligt Giddens (1997), "icke medveten", vilket betyder att vi inte styr våra handlingar på basen av traditioner, utan att även våra vardagshandlingar blir föremål för reflexivt reagerande.

Bauman (1999) kallar livet för ett reflexivt projekt. Den moderna individen skapar sin identitet, som blir en prestations - och individuell uppgift på eget ansvar. Då man kommit i vård kan man prata och ge utlopp för sina känslor. En informant framhöll att hon behöver mycket stöd i sin osäkerhet och sina rädslor. Av hennes berättelse framgår att hon är mest rädd för sig själv. En informant som hade levt många år med sin övervikt, hade svårt att erkänna sina starka sidor. Hon är begåvad och har många talanger. Hon har aldrig behövt anstränga sig för att lyckas i skolan. Hon medger att en viss självförnekelse har följt henne genom åren. Hon värderar sig själv endast utgående från sin stora kropp, för vilken hon känner skam.

Mazzarella (2002) framhåller att identiteten är meningsskapande, någonting man inte kan lägga av. Solheim (2001) tar fasta på något hon kallar sökandet efter "en personlig holism". Vi vet inte längre vem vi är, och försöker via olika yttre påverkningar skapa vår identitet. För de informanter, som alltid hade tränat mycket, jobbat och studerat, blev en förändring i situationen, början till en sjukdom. Maten är inget problem så länge man hårdtränar. Sociala kontakter finns bland arbets - och studiekamrater. När de inte längre tränade, visste de inte vilka mängder mat de skulle äta eller hur de skulle banta. Träning var det bekanta elementet i livet, men nu måste de lära sig sätta "sitt livs pussel" på nytt.

När självförtroendet sviker, riktar sig kritiken mot den egna kroppen. I anorexins diagnosbeskrivning finns upptaget en förvriden kroppsbild. Sjukdomen karaktäriseras av en avsiktlig viktminskning, åstadkommen och uppehållen av patienten själv. Sjukdomen innefattar ångest för fetma och slapphet i kroppskulturen, en påtvingad och överskattad idé och en för patienten själv påtvingad låviktströskel. Men utan diagnos finns hos ungdomar någonting, som jag kallar kroppsfixering. Och impulserna kommer från det omgivande samhället, i form av glasiga damtidningar med bilder av slanka kvinnor i moderiktiga kläder. I tidningar och nyheter fördes 2009 fram att t.ex. lärare gör regelbundna skönhetsoperationer för att hålla kvar ett ungt ansikte. Elevernas kritik och kommentarer om lärarnas utseende är obarmhärtig. (sic). Impulserna kommer inte bara i form av slankhetsideal. De innefattar även livsstil och matvanor. Kroppen är innefattad i ett kontrollsysteem, som styr hela livet. Man kan också se det som ett sätt att leva, en livsstil. Jag anser också att man kan se både anorexi och bulimi som en "livsstilssjukdom". Att svälta sig blir ett sätt att leva för dem som lever med sin sjukdom under många år. En informant framhåller att man kan leva som mager, men om hon kunde föra tiden tillbaka, skulle hon önska att hon aldrig insjuknat. Hon säger att sjukdomen äter upp framtiden. Allt som känns roligt försvinner och livet är endast prestationer. Sjukdomen är föredisk och gör mycket illa, utan att man själv märker det. Och sedan helt plötsligt är man bara helt ensam och utan krafter.

Den överordnade och inordnade helheten har gått förlorad, och man vet inte vem man är. Ur osäkerheten uppstår idén om den personliga identiteten, som måste skriva sig själv, framhåller Solheim (2001). En dålig självkänedom och en förvrängd kroppsbild är en del, eller en direkt orsak till självsvälten. Om man vill vara verkligt mager, kan en viktökning på några kilo kännas som en stor katastrof, som snabbt måste åtgärdas. Det har mina informanter gett mig exempel på. Är man sedan från tidigare slank, kan bantningen leda till ett snabbt sjukdomsförlopp. Sjukdomskurvan blir brant och accelererar snabbt. Sex av mina informanter har en sjukdomstid, som kan räknas i månader. Informanternas vikt har vid utgångsläget varit normal, eller i normalviktens underkant. Då har några månaders fettfri diet skapat ett tillstånd av undernäring. Det handlar om en bantning, där man vill åstadkomma en snabb medveten viktminskning. Alla berättelser visar på att när vikten gått ner för mycket, kan personen inte mera själv hantera den uppkomna situationen. Hon får inte mera upp sin vikt utan hamnar i en ond cirkel, där viktkurvan endast går nedåt eller stannar på stället.

En del av mina informanter har alltid motionerat mycket och vill leva hälsosamt. Jag har funderat på i vilket skede och varför blir motionen viktigare än maten? Då man tränar mycket, mister man greppet om mängder mat. Då är riklig kost ett måste. Hårdträning kräver även hård självdisciplin. Då blir steget kort mellan hård träning och hård bantning. Båda inriktningarna kräver disciplin av sin utövare. En informant berättar hur sjukdomen kom smygande. Hon har alltid velat leva hälsosamt, men sedan gick det för långt och åt fel håll. Nu måste hon lära sig den "gyllene medelvägen". Av mina berättelser framgår att ätstörningar är vanliga bland kvinnor som tränar mycket. De vanligaste grenarna är gymnastik och skönskrinning. Ortorexin är en relativt ny form av lindriga ätstörningar. Enligt Kaskinen (2004) använder sig ortorektikern av specialdieter, som har sitt upphov i hälsorekommendationer. Han skriver att det är i första hand de hälsomedvetna, pedanter och karriärister, som underkastar sig. Till poängen hör att risken för ätstörningar ökar om personen är van vid att bortse från sina egna behov för att uppnå ett konkret mål.

Men det behöver inte handla om en medveten träning eller uppnåendet av konkreta mål. En stor sorg, eller en kris, kan framkalla ett tillstånd då personen tvångsmässigt börjar kanalisera kontrollen till ätandet och till motionen. En informant förklarar att hon i början åt i proportion till träningen, men i något skede blev moitionen tvångsmässig. Som en förklaring såg hon att hon själv var ansvarig för maten på vardagarna, då hennes sambo åt på studieplatsen. I sorgen var psyket i oballans. Mat och motion började gå över i något hon själv ser som tecken på sjukdom. Hon upplevde att hon genom överdriven motion och strik diet, bevisade för sig själv att hon hade situationen under kontroll. Nu efteråt kunde hon konstatera att handlingen inte bevisade något. Enligt Bauman (2004) finns det skäl att anta att den nuvarande besattheten av fysisk perfektion så som bantning och jogging, förutom övriga syften uppfyl-

ler funktionen att ge utlopp för överskottsångest. Det var överskottsångesten, i form av sorgearbete, som drev ut min informant. Hon berättar om hur ångesten tilltog i takt med att vikten gick ned. Tankarna kretsade runt ätande och oron kändes i kroppen. Hon ville ut och jogga.

De som levt länge med sin sjukdom, är de verkliga konstnärerna då det gäller att hålla en stram diet. De har också börjat sin strama diet som rätt unga, till och med i början av tonåren. En informant förklarar att hon då i början av tonåren inte riktigt visste vem hon var, och hon kände sig ful och tjock. Att känna sig ful och tjock är en vanlig beskrivning på den egna kroppen. Dessutom känner man sig inte riktigt accepterad och tänker sig att förändrar jag min kropps utseende, följer acceptansen därefter. Jag har exempel på informanter, som har gått igenom faser av både bulimi och anorexi. För en del informanter, är villkorlösheten total, det är endera allt eller ingenting. Det är egentligen lätt att vara utan mat, eller att äta ytterst litet. I något skede känns mat överhuvudtaget helt onödigt. Vid faser av bulimi är det vanligt att göra sig av med all mat man äter, och vikten hålls konstant.

Ruuska (2006) anser att anorexipatienternas lägre ålder, de insjuknar i yngre ålder än bulimipatienterna, inte ger någon förklaring. Hon ser problemen i frigörandeprocessen, samt i sociala kontakter. De psykiska problemen kommer fram i form av missnöje med den egna kroppen, självdestruktivitet, depression samt problem i familjerelationerna. Toh (1992) utgår från den åldersadekvata sexualdriften. Det är den som väcker anorektikern. Styrkan bekräftas av att hon vaknar till medvetande om sin kropp. Jag tänker mig att det finns med av alla komponenter, då en ung människa insjuknar. Mina informanter har berättat om diskussioner i kamratkretsen om pojkar och kroppens utseende, med utelämnade skolluncher som följd.

Ur Stasseks (1997) och Richters (2006) undersökningar framgår att personer med lång sjukdomshistoria klarar sig med varirande framgång med eller utan vård. Perioder av dåligt befinnande återkommer, men på något sätt lyckas personen själv hantera situationen, och svänga den till det bättre på nytt. Sjukdomen kommer smygande. Den informant, som levt med sin sjukdom över tio år, har mycket gemensamt med Stasseks (1997) och Richters (2006) informanter, trots att berättelserna handlar om bulimi och min informant berättar om anorexi. Det gemensamma är segheten och överlevnadskonsten. Personen klarar av att anpassa sig till olika livsskedet och att anpassa näringsintaget till en sådan nivå att kroppen orkar fungera. Det berättar också om vilken otrolig styrka det finns i en mager kropp. Min informant vårdades första gången ca. sex månader på sjukhus. Vården på den tiden bestod i att hon åt på sjukhuset. Vikten gick tillfälligt upp men sjönk tillbaka till den låga nivå, som hon sedan höll under de följande åren. Hon levde 12 år utan medicinsk hjälp, förrän svåra personliga händelser och stress på jobbet ledde till sjukledighet.

Fyra av mina informanter har levt med sin sjukdom minst två år. Enligt Giddens (1997) är ångestfyllda människor rigida i sitt handlande, och det finns en mängd handlingar som kan framkalla ångest. Mina informanter berättar hur sjukdomen kommer långsamt smygande och livet förändras så småningom. Dagsprogrammet blir mera inrutat. Personen drar sig undan kontakter och blir mera ensam än tidigare. Prestationskraven ökar. Allting måste göras perfekt. En informant uttryckte det med att poängtera att jag bara måste göra allting fullkomligt perfekt. En informant berättar t.ex hur skolan plötsligt blev otroligt viktig, fastän hon tidigare inte hade ställt så stora krav på sig själv angående skolarbetet. Skolarbetet blev även en ursäkt för att inte behöva träffa kamrater. Här kommer också fram rädslor i umgänget med andra. Hon ser sjukdomen som ett skydd både mot både inre och yttre krav. Hon är rädd för att inte nå upp till sina egna målsättningar, att vara en perfekt vän. Det är lätt att gömma sig i sjukdomen.

Anorexi är inte bara självsvält. Det är också ett tvång, som tar bort glädjen i vardagen. Tvånget att inte bara vara bra utan bäst. Personen känner sig tvungen att prestera både fysiskt och psykiskt. Inne i sjukdomen känns ingen trötthet. När trötthetskänslan blir ett faktum, ersätts den av självhatet, som driver personen vidare. Det framgår också av mina texter att då ångesten ökar, ökar även motionen. När tankarna blir för tunga tar man på sig jogging - skorna eller går till konditionssalen. När ett pass i konditionssalen inte känns tillräckligt, har det för någon varit ett tecken på att allting inte är riktigt OK.

Med kroppens hjälp för vi fram oss själva. En vacker kropp, kan för en ung kvinna vara viktigare än intelligens. Enligt Giddens (1997) är kroppen ett handlingsssystem, en aspekt på praxis. Den är också en väsentlig del av en sammanhängande känsla av självidentitet. Goffman (1998) påvisar att intelligens spelar en mindre roll i en ung kvinnas liv. Han framhåller att då amerikanska flickor ville göra intryck på pojkar, bekräftade de sin roll som den svagare parten i förhållandet. En informants berättelse handlar om en duktig elev, som gick igenom skolan med liten möda och goda betyg, men med en stor och klumpig kropp. Hon har haft svårt, att trots framgångar, ge sig själv rätten att känna tillfredsställelse. Hon ansåg att hennes övervikt har tårt på hennes självförtroende. Hon har å ena sidan velat motionera, men å andra sidan upplevt att hon blivit påtittad, och därför inte kunnat förmå sig. Hon har blivit en självständig ung kvinna, som har levt som utbytesstuderande i många länder. Hon har fått den studieplats hon åtrått, och har bott tillsammans med sin pojkvän. Hon har haft problem i sina relationer och flyttat till ett eget boende. Hon har gjort många och svåra val. Hon valde även att hårdbanta, mot bättre vetande, och det förde henne till sjukhus och vård. Hon medgav att hon ställt alltför höga krav på sig själv.

Unga kvinnor i dag lever i något jag ville kalla "korstryck". Man söker modeller, i grupper och i samhällets trender, för hur man skall leva. Modellerna kan vara svåra att tyda och motstridi-



ga. Ungdomar är isolerade varelser, enligt Winnicott (1995), och många av mina informanter berättar om ungdomsdepression i något skede under tonåren. Ensamhetskänslan kändes total. Radikala feminister så som Bordo (1993), framhåller att 90 % av alla anorektiker är kvinnor. Hon ser det som en direkt följd av det patriarkala samhället och männens kvinnosyn. Kvinnor är mera besatta av sin kropp, mindre tillfreds med den och mindre tillåtande mot sig själva än män. En kvinna kan inte vara sexig eller romantisk utan en passande kropp. Liksom min informant, framhåller Bordo (1993) att kvinnor har en diktator inom sig, som alltid är en man. de Beauvoir (2000) ansåg på 1960 - talet att kvinnan, som är dömd till underkastelse, pinar och plågar sig själv på grund av det. Hon ansåg att det var förbjudet för en tonårsflicka att hävda sig. Kosonen (1998) ser, i mitt tycke, samma trender ännu på 1990 - talet, då hon framhåller att viljan till att växa till kvinna bildas otydligt, undflyende och känns fränstötande. Flickorna har ingen stark, alternativ kvinnomodell och fastheten saknas i kvinnors medvetande. Det här är radikala tankar och uttalanden, men jag anser att, kvinnors beteende granskas mera ingående än mäns, och kvinnor är mera utsatta för kritik. Har man en dåligt integrerad självbild, blir man lättare offer för impulser utifrån, som t.ex. tanken på att få bort några kilo till sommaren.

Mina informanter har svårt att ge någon förklaring till varför det kändes angeläget att få bort några kilo extra. Det kunde bara vara roligt. Andra pratar om en allmän känsla av att känna sig feta och fula. Många ungdomar känner sig ensamma och allmänt utstötta. Då kommer tanken att en vacker, som är lika med en smal kropp, kunde vara lösningen. Man tänker sig att med en slank kropp följer en allmän acceptans. Åtstörningarna börjar oftast i början av tonåren, då kroppen förändras, liksom även inställningen till omvärlden i allmänhet. Sexualiteten kommer med i bilden med ett ökat intresse för pojkar och fester. Den unga börjar kritiskt granska sig själv. Ingen i den närmaste omgivningen, sätter i början särskilt märke till förändringen, men i något skede går allting ur händerna. Bantningen, som i början hölls under kontroll, tar sådana proportioner att de, familjen, pojkvännen eller någon annan närstående börjar sätta märke till företeelsen.

I takt med att hungern tilltar, verkar det som om även behovet av motion tilltar, vilket väcker frågor hos den som står personen nära. Vidare ger mitt material belägg för att då personen börjar iaktta sitt ätande, börjar hon även iaktta sin vikt. Samtidigt tillkommer även pedanteriet. Allt måste göras fullkomligt, bantning, motion, läxläsning och så vidare. Det är den inre "slavdrivaren", som kommit loss. Allting skall göras perfekt och till fulländning. Den motoriska oron tar sig uttryck i en ökad prestationsförmåga. Ingenting känns omöjligt. Personen är outtröttlig i förhållande till motion, studier och arbete. Takten är hög så länge det finns ens litet näring kvar i kroppen. Efteråt då personen tvingas, eller ger sig rätten att vila ut, kommer undran över vad allt som blivit gjort under sjukdomstiden.

Med sjukdomen följer inte endast prestationskrav. Det vanligaste är att personen utestänger andra personer i sin omgivning, och isolerar sig totalt. Ruuska (2006) påvisar att anorexipatienter förhåller sig mera negativt till sexualitet och sällskapande än bulimipatienterna. Två av mina informanter har i något skede lidit av bulimi, men med det kan jag inte säga något om bulimipatienter som grupp. Jag finner ett visst stöd för tanken att anorexipatienter skulle förhålla sig negativt till sexualitet. En del parförhållanden bröts under sjukdomstiden och en informant berättade öppet om hur svår närheten till poikvänner kändes under det akuta sjukdomsskedet. Den informant, som började sällskapa under bulimiskedet, isolerade sig då sjukdomen övergick i anorexi, och höll på så sätt på att mista honom. Hon ville inte berätta om sina nya problem.

Enligt Keski - Rahkonen (2007a) sällskapar kvinnor, som insjuknar i anorexi, mera sällan än andra finländska kvinnor. Men efter tillfrisknandet är samboförhållanden, äktenskap samt barnafödande lika aktuellt, som hos finländska kvinnor i medeltal. Mina informanter berättar om störda parrelationer under det akuta sjukdomsskedet. Sjukdomens isolerade effekt stöter bort närstående personer. En informant beskriver hur hon upplevde att hon behärskade det inre kaoset med ett disciplinerat ätande och tvångsmässig motion. Hon beskriver sin sambos frustration då han försökt allting för att få henne att äta. Hon säger sig förstå att det måste kännas frustrerande att se den andra tyna bort bredvid, utan att kunna göra desto mera åt saken. Hon ser kärleken som grunden för tvåsamheten, och den fysiska närheten som en kraftkälla. Den delen blir lidande när den andra går in i sig själv och tvångsmässigt ältar "skall jag äta eller låta bli".

Svårigheter till trots finns det exempel på att parrelationer kan överleva trots slitningar. Den andra parten stannar bredvid, som en stödjande och hjälpare medmänniska. Också "föredettingar" där relationen inte klarat av sjukdomens akuta skede, finns bland dem som stöder och hjälper. Trots att undersökningar påvisar att anorexipatienter i allmänhet förhåller sig negativt till sällskapande och sexualitet, sällskapar majoriteten av mina informanter, eller har sällskapet. Den allmänna meningen är att de vill ha familj och barn någon gång i framtiden.

På Helsingfors universitets centralsjukhus ser man anorexi, som en psykisk sjukdom. Också en del av mina informanter, stödde den tanken. De ansåg att de hade psykiska problem då de blev intagna för vård. En del skulle även fortsätta i en lång psykoterapi efter sjukhusvistelsen. Från ätstörningsdagarna på Psykiatricentret (2007), framgick i en notis i dagspressen att sjukdomen har dålig prognos, och att dödligheten är större bland ätstörningspatienter än bland andra psykiskt sjuka patienter. Enligt Korpi (2010) på Statistikcentralen, verkar dödligheten ändå vara rätt marginell, och Keski - Rahkonen (2007a) framhåller i sin forskningsrapport att sjukdomen har bättre prognos än sitt rykte. Före 30 - års ålder har det skett en förbättring hos 70 % av de insjuknade. Efter ca. fem år har de som tillfrisknat en normal syn på sin

kropp. Men Keski - Rahkonen (2007b) framhåller att bara ca. 50 % av de som insjuknar, kommer i adekvat vård. Den andra hälften, de sjukdomsfall som blir oskötta, riskerar att synas i alkoholrelaterade vårdprogram och i självmordsstatistiken. Mina informanter har kommit i adekvat vård och kan anses höra till dem, som har en god prognos. Det har gått ca. åtta år sedan jag gjorde mina intervjuer och utgående från Keski - Rahkonens (2007a) prognoser, vill jag tänka mig att åtminstone fem av mina informanter i dag har en normal syn på sin kropp.

En annan direkt fara för dem, som kämpat länge med sin sjukdom, är benskörheten. Risken för benskörhet är påfallande hos patienter, vars störning har varat längre än 12 månader. Benskörheten känns överlag skrämmande för mina informanter. Det kommer fram i många berättelser. Förutom benskörheten väcker också den uteblivna menstruationen tankar. Kan jag någonsin bli mor? En informant hade inte menstruerat på fyra år. Här framkommer rädslan för vad sjukdomen hunnit göra åt den egna kroppen, samt en rädsla för att vara utestängd från möjligheten att bli mor. Hon och en del andra har konkret tagit reda på möjligheterna, och vet nu att det kan vara svårare att bli gravid, men det är på inget sätt uteslutet. Om man tillfrisknar och vikten är normal, borde sjukdomen inte ha någon betydelse för fertiliteten i framtiden. En informant, vars lilla syster just blivit mamma, funderar på sina egna möjligheter. Men i det här skedet, som hon nu lever, kan hon inte tänka sig att ta ansvar för en liten baby. Hon medger att saken har varit aktuell, men anser att det för tillfället inte är det viktigaste i livet.

Mina informanters berättelser är personliga och upplevelsena individuella. De övergripande gemensamma erfarenheterna finns i insjuknandet och i de symptom som hör till sjukdomen. Personens allra innersta upplevelse av sjukdomen, förblir privat. Personen har valt vad hon vill berätta, och har gått förbi de bakomliggande orsakerna med att säga att det finns säkert många osaker, men... Någonting har de ändå berättat, och då handlar det om separationer, kriser och skamkänslor för den egna kroppen, för att nämna några. Det bör framhållas att alla inte har en "katastof i bagaget" och även de har insjuknat.

## **5.8 Den tunga vården**

Mina intervjuer gjordes på försommaren, och dagavdelningen där hälften av mina intervjuer gjordes skulle stängas till midsommar. I slutet av intervjuerna kom vi in på framtidsplaner. Det vackra sommarvädret inverkade positivt på mina informanter. De, som var i slutet av sin vård, såg fram emot sommaren med speciell iver. Sjukdom och vård hörde snart till det förgångna och framtiden stod öppen. En informant uttryckte det mera att konstatera att "*det känns spännade och samtidigt väntar jag, livet har ännu så mycket att ge*". Alla såg dock inte

lika ljus på framtiden. Andra informanter visste inte hur sommaren skulle gestalta sig. Avdelningen skulle stängas till midsommar. Vilka alternativ som sedan skulle komma i fråga, skulle bestämmas senare, och var beroende av den egna hälsan.

Att bli intagen på sjukhus ger nya erfarenheter. Från att själv aktivt ha styrt sitt liv, blir personen fråntagen sin personliga valfrihet. Han/hon förbinder sig till vissa rutiner, och blir ett objekt för andras omsorg. Man skall äta vissa mängder, man skall gå på vissa terapier, man får inte länka, inte ta danslektioner, eller gå på konditionssal. Man skall vila vissa timmar. Man skall prata med sin egen vårdare och delta i gruppdiskussioner. Här finns många saker, som kan kännas oöverkomligt och svårt för en nykomling.

Den somatiska vården, som ges vid sida av den psykiska, är viktig. Inom somatiken kartläggs levnadsvanor, och görs laboratorieundersökningar. Bentätheten mäts därför att benskörhet är en vanlig följsjukdom. Ur många berättelser framgår att hotet om benskörhet har funnits med som ett "spöke". Men i början av sjukdomen, kändes hotet främmande och avlägget, och gällde egentligen inte dem själva. Nu har diagnosen blivit ett faktum. Många har sett menstruationen som en trygghetsfaktor. Så länge den kom regelbundet, var det ingen fara. Men det visade sig för många vara en chimär. P - piller gör att man menstruerar regelbundet, fastän kroppen i egentlig mening har slutat att menstruera.

Allmänna kommentarer om vården är att den är tung. Den första tröskeln är att förbinda sig till vård. Vården är frivillig och patienten gör ett "vårdkontrakt". Den viktigaste förbindelsen gäller måltiderna, och de är ångestskapande. Det känns svårt, om inte omöjligt att äta vissa mängder mat, och att äta ett visst antal måltider per dag. Ingen av mina informanter har berättat om sondmatning, men näringslösning på somatiska sjukhus för att få upp den allmänna knditionen, är inte ovanlig. En informant beskriver hur sjukdomen sakta smög sig på henne. Det började med motion i allmänhet, som småningom överskred gränserna för ett vanligt motionerande. Hon studerade och jobbade på sidan om. Hon hade hela tiden bråttom. Så tillkom alla möjliga stessmoment. Det ledde så småningom till att kroppen torkade ut och pulsen blev låg. Hon blev intagen på en somatisk avdelning, och skickades sedan småningom till en ätstörningsavdelning.

Det känns svårt att avstå från alla rättigheter, att inte få röra på sig lika mycket som tidigare. Att vara tvungen till att vila vissa timmar, och att äta ett visst antal måltider. Den motoriska oron finns i kroppen. Dagen har varit fylld av aktiviteter, och de är alla borta. Har kroppen fått ta emot mycket "stryk" och krafterna är totalt borta, kan det ändå kännas som en befrielse att få lägga sig i en säng, och slippa tänka på allting omkring sig. "*Att få ge bort ansvaret till andra*" är en vanlig kommentar. En informant var nöjd med sin vård och kommenterade ätan- det med att hon fått rutinerna för att äta och nu känns det bra att äta. Portionerna kändes

förödande stora, men då hon gett sig själv lov att äta njuter hon av maten. Hon funderar hur mycket hennes beteende har att göra med hennes personliga karaktär. Då hon beslutat att inte äta, lät hon bli. Nu har hon gett sig själv lov att göra det, så nu äter hon. Det känns för många lättare att äta, då det egna ansvaret är borttaget. Man äter på andras ansvar, och man ger sig själv lov att äta och att tillfriskna. Att äta tillsammans med andra känns bra. Man delar plågan att äta med andra i samma situation. Det skapar trygghet.

Ett annat svårt moment är tålamd, att orka med dåliga dagar då ingenting känns bra. En informant uttryckte just de problemen. Hon ville att något positivt skulle hända varje dag, annars kändes dagen meningslös. Terapierna i vården, samtalen med medpatienterna är till hjälp under svåra dagar, och ger samtidigt perspektiv på det egna livet. Det tidigare livet, med oviljan att stanna upp, är inte glömt och passé, fastän vikten har börjat gå upp. Det "sjuka sinnet" gör sig fortfarande påmint. Nu är det tid för att bygga upp en ny identitet. Det sker med hjälp av samtal och terapier.

Mina informanter har visat otroliga styrkor i sin sjukdom. Jag har lätt att instämma med Richter (2006) i påståendet att ätstörningspatienter är starka i sin sjukdom. Mina informanter har bland annat skrivit studenten i sjukdomens akuta skede. Att det inte är lätt, medger en informant. Hon beskriver sitt läslov som kaotiskt. Hon hade svårt att hålla tankarna samlade. Ändå gick skrivningarna över förväntan. Den informant, som levt över tio år med sin sjukdom, har kunna anpassa sina rutiner i kongruens med omgivningens krav. Jag tänker mig en mekanism i symptomen, som gör att de träder tillbaka och blir mindre påtagliga om yttre stimuli känns tillräckligt positiva. Stasseks (1997) och Richters (2006) undersökningar ger ett visst stöd för tanken.

## **5.9 Kroppen och det senmoderna samhället**

Hemmet är den minsta och den första enheten runt barnet. Det är i samverkan med föräldrarna som barnet börjar utforska sin omvärld, och det är i mammas och pappas blick barnet får sin första kontakt. Giddens (1997) anser att självet är kroppsligt. Han säger att kroppens former och egenskaper är grundläggande, då barnet börjar utforska sin omgivning, och lär känna igen sina närmaste. Den följande större enheten i barnets omgivning, är daghemmet och sedermera skolan. I skolan lär sig barnet umgås med andra, och också att ta emot besvikelser och motgångar. Kosonen (1998) framhåller vikten av att bli sedd under hela livet. Och i skolan ersätter vänskapsförhållanden de besvikelser som kan uppstå i relation till lärarna. Mobbning i skolan tär på den egna självkänslan. En informant medger att det kändes illa att bli mobbad, men anser att hon nog klarade sig ganska bra i alla fall. Hon tyckte att hon kanske blivit litet starkare av erfarenheten. Av Undervisningsministeriets (2008) rapport

framgår att mobbning har kopplingar till hem, kamrater, skolförhållanden och hälsa. En svår händelse i livet, som till exempel mobbning, förändrar synen på sig själv och på omgivningen. Det kan i värsta fall leda till att man blir oförmögen att hantera sin egen vardag. En informant berättar hur hon började lida av ångest och gråtattacker. Hon kände sig tvungen att lämna undervisningen, för att gå bort och gråta ut. I ett tidigare skede hade hon börjat manipulera med maten. Depression, säger Giddens (1997), utmynnar i flytande ångest, som kan haka sig fast vid objekt, egenskaper eller situationer. De har direkt koppling till det som ursprungligen framkallade den. Ångesten sublimeras i rigida handlingsmönster. Jag tänker mig att mobbningen i skolan, samt andra svåra erfarenheter från tidigare, har ett samband med insjuknandet i ätstörningar.

Av Giddens (1997) och Baumans (1999) texter framgår att trygghet och brist på traditioner genomsyrar det senmoderna samhället. Den enskilda personen skapar själv sin identitet. Även vardagen har blivit föremål för reflexivt handlande. Med andra ord är inte ens vardagslivet något självklart, som går på egen rutin. Bauman (1999) går till och med så långt att han påstår att personer inte mera kan hålla fast vid en identitet någon längre tid. Påföljden blir att personen inte kan omfatta någon identitet så starkt, att den inte kan överges med kort varsel. Unga människor är ännu sökare. Winnicott (1995), Kosonen (1998) bl.a. betonar ungdomars sökande efter en egen identitet. De söker den i varandras likheter och utestänger olikheter. Om man följer upp Bauman (1999), har de unga svårt att hitta vuxna modeller, eftersom även de vuxna söker sig själva. Sveen (2000) talar om en professionalisering av livet. Hon anser att vi, med hälsoupplysningsverksamhetens hjälp, gör livet till ett specialområde, som "skapar andnöd för själen". Hon tangerar med sin metafor samma problem, som Giddens (1997) och Bauman (1999) för fram. Man kan se nutidsmänniskan, som en sökare med stor frihet att välja, men det är svårt att hitta modeller för hur man skall välja. Man känner sig osäker och sökande och igen står jag inför samma tanke. Ätstörningspatienten vet inte vad hon skall välja och experimentlustan är stor. I slutändan märker hon att valet inte var det rätta.

### **5.10 Friheten att välja**

Vi är idag fria att välja livsstil till skillnad från tidigare generationer, vilka levde sitt liv med den identitet och den status som ärvts från familjen. Barnen bosatte sig oftast i samma trakt, som de vuxit upp. I dag flyttar de unga bort från föräldrahemmet, och kanske även från hemtrakten, som rätt unga. Enligt Kalland (2003) förväntas även ungdomar i rätt tidig ålder ta ansvar för sig själva och sitt eget liv. Hon ser det som ett svek av föräldrarna i deras ansvar om barnets fysiska och emotionella utveckling. Men de unga förväntas inte bara ta ansvar tidigt i livet. Tidigare generationer levde i samma by eller stad, och gemenskapen var konti-

nuerlig. Vårt moderna samhälle saknar traditioner och riter, anser Bauman (1997). Moderniteten konfronterar medborgarna med en komplex mångfald av val och ger dem friheten att välja, men ger få modeller för hur man skall välja. Enligt Giddens (1997) skall de kriser, som tidigare varit förbundna med vissa riter övervinnas av individen ensam. Självtändighet är i praktiken detsamma som frihet. I allmänhet flyttar de finländska ungdomarna till egen bostad i samband med studier, eller till och med tidigare. Att flytta medför stress och kan även skapa känslor av ensamhet och rotlöshet. En informant berättade om många förändringar under en kort tid. Hon berättade om ett liv med träning många timmar i veckan, om tävlingsresor och om sitt skolarbete vid sidan om. Hennes dagar och kvällar var fyllda av meningfull sysselsättning. Efter en välförtjänt medalj, gjorde hon beslutet att sätta idrotten på hyllan. Hon kände att hon ville göra även något annat i sitt liv än träna. Skolan var ett avslutat kapitel och studietmössan satt där den skulle. Hon hade haft ett tidsbundet arbetskontrakt, som gick ut. Några månader tidigare hade hon flyttat hemifrån till egen bostad. Nu kom känslan av ensamhet och tomhet. Alla gamla sociala kontakter var borta, och nya hade inte skapats. Hon hade plötsligt ingenting att göra. Alla hennes vardagsrutiner måste byggas upp på nytt. Nu hade informanten frihet att välja men inga fungerande modeller för, hur hon skulle välja. Hon märkte också att vikten började gå upp. Hon slutade upp att äta och började tvångsmotionera. Motion var bekant, men mängder mat totalt obekant. Så länge hon tränade, kunde hon äta hur mycket som helst.

En informant tog mycket tidigt ansvar för sitt liv. Hon flyttade som 16 - åring för att studera vid ett specialgymnasium. Hon bodde tillsammans med en klasskamrat och flickorna skötte sig själva och sina studier. Enligt min mening, har ett tidigt ansvarstagande betydelse i en ung flickas utveckling. Här vill jag återknyta till Kallands (2003) tankar om att en tidig självständighet, kan i lindriga fall leda till ett supersjälvständigt barn, som riskerar att drabbas av depressioner och utbrändhet senare i livet. Min informant beskriver sig själv som en person, som vill ha fullständig kontroll över alla delar i sitt liv, om det sedan gäller studier eller förhållande, förhållandet till mamma, eller vad som helst. Hade hon bestämt sig för att genomföra något drev hon det igenom. Hon har en stark hjälpaidentitet, och det gjorde det väldigt svårt för henne att erkänna att även hon behövde hjälp, då sorgen drabbade henne. Hon beskriver sig också som en on - off människa. Då hon hemma hade beslutat sig för att inte äta, då gjorde hon det inte. När hon kom in på sjukhus, bestämde hon sig för att börja äta, och det kändes mycket bra. Hon gav sig själv "lov" att äta, och nu ser hon ätandet som en njutning.

Ovanstående exempel förstå som modeller för den vantrivsel och smärta som, enligt Bauman (1999) och Giddens (1997), är typisk för det postmoderna. Ingen av de här citerade informanterna, har insjuknat i tidiga tonår, utan litet senare. Samtliga befinner sig i den övre ändan på skalan för den vanligaste tiden för att insjukna (19 - 24). De har levt sitt liv. Någon-

stans på vägen, och av olika orsaker och ur olika utgångslägen, har de insjuknat i ätstörningar. Deras liv utåt är inte dåligt. De har studerat och lyckats i de saker de har haft för handen, men människorna bakom berättelsen mår dåligt.

### **5.11 Ätstörningar i det senmoderna samhället.**

Giddens (1997) anser att anorexi har samband med senmodernitetens många valmöjligheter. Enligt honom är anorexi en protest, som karaktäriseras av ett konsekvent engagemang i kroppsutvecklingens reflexivitet. Med andra ord upplever anorektikern senmodernitetens öppenhet på ett mera fullständigt men samtidigt motsägelsefullt sätt. Han ser anorexin som en protest, som tar sig uttryck i en fixering av kroppen och dess utseende. Kroppen är, med Giddens (1997) ord, ett handlingsystem, en aspekt på praxis. Kroppen är det vi offentligt visar upp. Vi klär den, vi smyckar den, vi tämjer den genom arbete, vi pinar och vi plågar den, men kroppen är en osviklig del av oss själva. Den är en del av vår identitet. När mina informanter började må dåligt, blev motion ett viktigt element. Överskottsängesten driver, enligt Bauman (2004), personen till träning, som gränsar till självplågeri. En informant använde inte mera stadens allmänna kommunikationsmedel, utan hon vandrade upp till 24 kilometer per dag. En annan informant besökte konditionssalen två gånger per dag. Fastän motion aldrig hade intresserat, blev bara långa motionsrundor plötsligt ett måste. Det var ett måste, så länge krafter fanns för att ta sig ut. En informant berättade att hon försökte dämpa sitt dåliga befinnande med motionsrundor, och försökte till och med någon gång kasta upp maten, men där gick sedan gränsen. Nu blev hon rädd för att situationen skulle gå henne hur händerna.

Men ångesten har många uttrycksformer, och den finns närvarande i mina informanternas berättelser. Den tar sig olika uttryck, men är tydligaste då personen känner att hon inte mera kan kontrollera sitt liv. Enligt Giddens (1997) är ångesten ett generaliserat känslotillstånd, som är diffust och flyter fritt. En informant berättade om sin ångest, om sitt dåliga befinnande, som ledde till att hon började städa hemma för att avleda ångesten och sedan tröstäta. Stämningen hemma var dålig. Mamma och stora syster stred. Stämningen hemma blev bättre, men min informant fortsatte att tröstäta. Hon började gå upp i vikt, vilket skolkamraterna var snara att uppmärksamma. Nu började min informant fundera över sin vikt, och det ledde henne in i en ätstörningsspiral, som började med bulimi och småningom gick över i anorexi. Maten gav henne först känslan av välbefinnande. Svälten gav henne en känsla av att hon behärskade sin egen situation, som i sig också gav en en sorts välbefinnande. På sikt förde det in henne i en sjukdom där ångesten ersatte maten. Att äta skapade ångest.



I början av självsvälten, då vikten drastiskt börjar minska, verkar det vara vanligt att personen lindrar sin ångest med motion. Man vill inte tänka på sin vikt, inte märka att man magrar. Man jobbar på kvällar och veckoslut och har andra aktiviteter på sidan om. Ensamhetskänslan ökar, och man vill, på ett för sig själv oklart sätt, hålla sig möjligaste mycket borta från familjen. De här mönstret förde en informant till hennes första sjukhusvistelse, som gjorde att vikten småningom gick upp, men sedan sjönk tillbaka efter utskrivningen. Med den vikten levde hon de följande tio åren. En annan informant, började motionera, för att behärska sin ångest. I början åt hon i proportion till motionen, men tappade ganska snabbt kontrollen och slutade nästan helt upp att äta. Hon såg det som ett sätt att för sig själv bevisa att hon hade full kontroll över sin egen situation. Men egentligen kunde hon varken hantera sina känslor, eller godkänna för sig själv att hon kände en stor sorg och själv behövde stöd. Bauman (1999) talar om en postmodern form av ångest. Nutidsmänniskan vill behärska sitt liv, se framåt och föregripa kommande möjligheter. Mina informanter beskriver sig i allmänhet som målmedvetna, och vill behärska sitt liv.

Giddens (1997) talar om kroppskänsla och om kroppslig omvårdnad, och ser det som en del av nutidsmänniskans livsplanering. Dagens kvinnliga idalbild är en vacker, välskött kvinna i vackra modekläder. Olika gymnastikinrättningar överöser oss med program och erbjudanden. Man kan anse att omvårdnaden ger makt och förstärker det egna framträdandet. Enligt mina informanter, läser man i allmänhet allting om bantning i början, och bantningsråd finns överallt. En informant poängterade att det för henne är ett personligt val att vara mager. Hon kan inte se sig själv som annat en mager. Hon bryr sig egentligen inte om hur andra människor omkring henne ser ut. Om de är magra eller feta. Men ser hon en riktigt mager kvinna, då kan hon själv börja reflektera över om hon kanske ändå borde banta litet till. Ock så fet som hennes vänninor med normalvikt är, vill hon inte vara. Det är, i min mening, ett uttryck för kroppsfixering och samtidigt en del av min informants identitet. Utgångsvikten för hennes del, då hon började banta, var under normalvikt. Enligt Brumberg (1997) kan den kulturella omgivningen i sig inte påverka ett insjuknande, men jag är övertygad om att den sociala och kulturella omgivningen, har betydelse för en ung kvinnas psykiska utveckling och självbild. Den moderna kvinnan skall vara slank och välskött.

Under hela livet, men i synnerhet i ungdomen, är kroppens form av stor betydelse. Ungdomar diskuterar kroppens utseende och jämför sig med varandra. En kamrats viktökning väcker snabbt uppmärksamhet, och man börjar fälla kommentarer om viktökningen, vilket jag har exempel på. Kommentarer ledde min informant in i en hetsättnings- och rensningsspiral, som fortsatte i anorexi. Toh (1992) gör gällande att bantning också innefattar kontroll. Att det skulle handla om att vinna tillbaka glädjen, som personen tidigare hade förnummit i sin kropp. Ingen glädje infinner sig, men den egna känslan av smärta och misstro mot den yttre världen förstärks. Måhända fanns det hos min informant en diffus känsla av att hon inte rik-

tigt syntes, inte riktigt hade någon plats i familjen. Stora syster tog all plats i sin opposition mot mamma. Jag tänker mig att hon undermedvetet sökte uppmärksamhet med sitt beteende. Då hon träffade sin pojkvän, berättade hon för honom om sina problem. Hon berättade också att hon för första gången på länge kände sig riktigt lycklig. Hon hade med hans hjälp kommit över sina problem. Men problemen återkom och ledde henne in i anorexin.

Det är inte bara kroppens form som är viktig. Det är även viktigt att klä sig på ett passande sätt. Och det är viktigt för ungdomar att följa vissa allmänt accepterade regimer. Kosonen (1998) bl.a. framhåller hur ungdomar speglar sig i varandra. Olikheter stängs ute. Klädstilar är individuella och utgör den yttre fasaden. I kläderna framhäver vi eller döljer vår kropp. Ungdomar söker bekräftelse på sig själva och sin identitet, genom att annamma ett visst sätt att klä sig. Kropp och kläder syns ovanpå, men bakom fasaden finns en djupare mening. Flickorna söker och formar sitt eget kvinnosubjekt. Man söker likheter och man föraktar olikheter och avskiljer dem. För dem, som ser annorlunda ut, eller inte godtar gemensamma normer, finns ingen plats. Ur Undervisningsministriets (2008) rapport framgår att flickor i mobbningssituationer är manipulativa och skvalleraktiga, medan pojkarna är öppet aggressiva. Vissa saker är bara inte acceptabla och kan inte accepteras i vänskapens rum. Med det menar jag att en ung människa ännu inte lärt sig att acceptera kamrater, som betar sig eller ser annorlunda ut, än de själva. Det känns därför motbjudande och onaturligt att synas med en som ser annorlunda ut eller har andra vanor. Det är dessa trender KiVa - koulu, KiVa - skolas (2009) träningsprogram vill bryta. Man vill träna eleverna i att uppskatta sig själva och sina kamrater just sådana som de är.

Att bryta mot vissa oskrivna lagar i kamratkretsen, gör att den unga blir utstött ur gemenskapen. Olikheter och rädsla för ensamhet skapar ångest. Enligt Vehkakoski (2001), försöker ensamma ungdomar behålla sina kontakter med att alltid vara av samma mening, och försöka vara till lags. En informant berättade om sin stora ensamhet. En ny klasskamrat "upptäckte" henne och hon blev en del av en större helhet. Hon hörde till. Min informant beskriver hur den nya vännen tog henne med och såg till att hon inte föll ur gruppen. Det var antagligen första gången, som min informant kände att hon var delaktig i en större gemenskap. I hennes berättelse kommer tydligt fram det som Vehkakoski (2001) beskriver som ett passivt och inaktivt handlingssätt i förhållande till kamrater. Min informant för fram att hon är så ensam att hon snabbt faller ur gruppen. Hon har också försökt att inte kräva något i vänskapsförhållandet, men känner att vänskapen är ensidig. Det är bara hon som längtar efter vänskap och gemenskap. Så länge hennes nya vän såg till att hon tillhörde gruppen, så länge hängde hon med. Nu tar inte "vännen" kontakt. På samma sätt som min informant såg sig som ett passligt mobbningsoffer, förklarar hon att "*beroende på mina egna problem, tar väninnan inte mera kontakt, hon mår inte bra i mitt sällskap för tillfället*". Min informant erkänner att det känns svårt, men försöker även acceptera den här situationen.

## 5.12 Tankar på framtiden väcker inte bara hopp, de väcker också rädslor och tvivel

Då jag gjorde mina intervjuer, var vårvädret som vackrast. En del av mina informanter ansåg att det vackra vårvädret påverkade deras syn på framtiden. Det påverkade dem i positiv riktning. Framtiden såg ljusare ut, och väckte förhoppningar om en skön sommar och nya möjligheter. En svår händelse eller kris, får personen att stanna upp, men den kan också skapa nya möjligheter. En informant berättar om att hon för första gången kände verklig motivation till att bli frisk och att hitta innehåll för det "friska livet". Hon hade härtills aldrig känt sig motiverad att lämna sin sjukdom. I sjukdomen kände hon en viss trygghet, kände att den yttre världen lämnade henne i fred. Det ställdes inga yttre krav på henne, förutom de egna kraven. Hon planerade att börja studera och hoppas att det här skulle bli den sista långa sjukhusvistelsen. Hennes liv har härtills varit studier och jobb och däremellan sjukhusvistelser. Hon beskrev sitt hem som ett "hem för sjukdom", liksom hennes bandomshem. Hon såg i alla fall inga hinder för att hemmet även kunde bli ett hem för "det friska livet".

En informant, som inte orkat studera på ett år, vill uppta sina studier på hösten, men funderade samtidigt på framtiden. "Är jag på rätt väg? Vad vill jag med mitt liv?" Hon var inte mera helt säker på om hon ville återuppta de tidigare studierna, eller byta studieinriktning. En annan informant hade redan börjat planera höstens studier. Hon ville ta det litet lugnare och inte pressa sig för hårt. Hon har bytt bostadsområde för att få bo närmare naturen. Då hon stannade upp och började tänka på vad som för henne kändes viktigt, blev ett naturnära boende ett måste. Hon förstod att hon inte ville leva vid en trafikerad gata med trafiklarm in på sig. Hon är från barndomen van vid att bo nära naturen. En informant hade till slut gett sig själv rätten att stanna upp efter tolv år med sin sjukdom. Hon visste att hennes arbetsplats var i fara, men hade medgett och vågar inse, att hon måste stanna upp. Hennes kropp klarade inte mera belastningen. Det var också ett ställningstagande för ett annat sätt att leva. I alla berättelser hittar jag fraser, som kan tolkas som ett nytänkande, som en vilja att bryta ett tvångsmässigt mönster, även om framtiden ännu känns osäker och inga definitiva planer har tagit form.

Sjukdomen är individuell. En del klarar sig igenom kriser snabbare än andra. Därför såg inte alla mina informanter lika positivt på framtiden. Om livet länge har kännts tungt, tar också återhämtningen lång tid. En informant såg ingen lösning på sina problem. Hon ville bort hemifrån. Hon upplevde att det hon verkligen ville, de saker hon upplevde som viktiga, dem uppnådde hon aldrig. Hon var den enda av mina informanter som jag träffade två gånger. Ingen av de övriga hörde av sig. Men vid vår andra träff, ett år senare, hade även hennes liv fått en ny mening. Även hon vågade se framåt. Under året som gått, hade hennes vård fortsatt på sjukhuset. Hon hade fått en egen bostad, vilket hon var jätteglad över. Dessutom hade hon

fått en studieplats, som tilltalade henne. Ensamheten kändes, på grund av studieplatsen, inte längre så massiv. Hennes liv hade fått en ny mening.

Mina informanter hör till dem som, enligt Keski - Rahkonen (2007a), var fjärde förväntas återhämta sig inom ett år, och de förväntas få en normal syn på sin kropp inom fem år. Men sjukdomen är individuell, liksom även tillfrisknandet. Risker för återfall fanns i mina informan- ters medvetande. De visste också att de i själva verket verkligen långt var ansvariga för hur livet skulle te sig i fortsättningen. Ändå kan de inte själva påverka alla omständigheter. Nå- gon hade fått besked om att Folkpensionsanstalten hade beviljat pengar för en lång individu- ell terapi. Alla beviljas inte långa individuella terapier. Folkpensionsanstalten har sina egna kriterier för beviljandet, vilket jag inte tänker gå in på här. Det är inte oviktigt för tillfrisknandet hur öppna vården kan komma emot. Många sköter sin eftervård polikliniskt på sjukhuset, eller på den egna hemortens polikliniker. Jag anser att många riskfaktorer är nära anslutna till hur väl personen i fråga under vårdtiden, har kunnat bearbeta de problem eller händelser, som utlöste sjukdomen. Och hur väl de personliga sociala nätverket kan komma emot och stöda. Om sjukdomen varit med i många år, måste personen lära sig nya beteendemönster i vardagen. En informant pratar om att frigöra sig från det gamla, och hitta nya saker att kon- centrera sin energi på. I det första skedet är det viktigt att få vikten normaliserad. Sedan gäll- er det att hålla vikten, att inte börja äta för mycket eller för litet. Informanterna ser stress som den största riskfaktorn för återfall. Risken finns att under stress inte kunna hantera måltider. Det kan kännas enkelt att återgå till det gamla invanda mönstret. Hoppet kvarstår att vården har gett modeller för stresshantering.

Vi lever i en skenande värld och vi vantrivs i det postmoderna, tecknar Bauman (1994) och Giddens (1997) med "grova penseldrag". Den vantrivsel, smärta och oro, som de ser som typiska för det postmoderna, växer fram ur ett samhälle, som erbjuder allt större individuell frihet till priset av allt mindre trygghet. Jag är intresserad av deras samhällsteorier, därför att jag anser att deras tankar och visioner speglar det samhälle vi lever i . Vi lever under ett ständigt krav på prestationer och bryr oss allt mindre om varandra. Enligt Bauman (1999) har ett universiellt "raster" gått i bitar. De, som inte orkar kämpa, faller igenom och det finns ing- enting, som fångar upp dem. De unga som inte orkar kämpa, flyr in i olika former av irratio- nellt handlande, och jag ser ätstörningar, vid sidan av andra former av agerande, som en form av flykt från övermäktiga yttre krav. Utslagna ungdomar, som inte orkar studera, som skär sig och använder olika former av rusmedel är, i min mening, utfall ur samma fenomen. De som har jobb, jobbar till förtvivlans gräns. Andra går arbetslösa. Få i dagens Finland kan känna sig riktigt säkra på att ha ett jobb nästa år. Vikander och Manns (1994) ansåg, i början av 1990 - talets Sverige, att då den offentliga sektorn skär ner, drabbar det kvinnorna först. Det sätter en större press på kvinnan, och hon anses mer än mannen vara ansvarig för barn och hemarbete. De flesta av dagens kvinnor är karriärinriktade och vill ha både familj och

arbete. Det har också framkommit ur mina intervjuer. Men "pusslet" är inte alltid lätt att sätta och barnen kommer lätt i kläm, då båda föräldrarna heltidsjobbar. Påföljden blir det vad Kalland (2003) kallar omsorgssvikt. Barnen förväntas ta ansvar för sig själva i för tidig ålder. Ett tidigt ansvarstagande kan ha en negativ inverkan på formandet av den egna identiteten, och befrämjar utbrändhet och depressioner senare i livet.

Kvinnan är inte bara i en sämre ställning på arbetsmarknaden. Hon är också utsatt för kritik och kommentarer, därför att hon är kvinna. Fortfarande ses kvinnan som ett attribut. En riktig kvinna skall se bra ut, hon skall vara slank och vacker. Hon får inte heller visa sig alltför intelligent. Då är hon skrämmande i mannens ögon. Brumberg (1997) framhåller att anorexin är utvecklad med ett starkt kulturellt imperativ, som fortfarande framhäver den slanka kvinnan. En informant berättade om hur man på nionde klassen började diskutera utseende och pojkar. Följden var utelämnade skolluncher. Min informant var säkert inte den enda, som lämnade skollunchen oäten, men alla flickor i gruppen blev säkert inte anorektiker. Solheim (2001) ser att frigörelsen från den patriarkaliska släktskapsorganiseringen är förutsättningen för den moderna individen. Jag behöver bara gå ca. 70 år tillbaka i tiden. Då var den vanligaste familjekonstellationen en familjeförsörjande pappa och en vårdande mamma. Livet var knappast inte lättare, men kanske en liten smula enklare. Det gav klara rollmodeller för vem som skötte vad. Men synen på kvinnan var inte heller då helt entydig. Solheim (2001) sätter den dygdiga kvinnan i motsats till den sexuella kvinnan. Det var säkert de vårdande kvinnorna, som var dygdiga och de ogifta och/eller emanciperade kvinnorna, som var sexuella. I dagens samhälle flyter de båda bilderna tillsammans till en dubbeltydig kvinnobild.

Bauman (1999) kommenterar identitetsproblemet med att påstå att nutidsmänniskan lever med ett olöst identitetsproblem. Samhället lider en kronisk brist på resurser med vilka de (nutidsmänniskorna) kan bygga upp en verkligt fast och bestående identitet, förankra den, och hindra den från att glida iväg. Dagens kvinnosyn är komplicerad, och det kan vara svårt för en ung kvinna att hitta modeller. Hon söker dem kanske i någon mån hos mamma. Den egna mamman kan fortfarande ha bilden av en mamma, som skötte hushåll, uppfostrade barn, bakade och sydde, som modell. Hon kanske själv kämpar med sin egen identitet som dubbelarbetande kvinna, maka och mor. Men den unga söker kanske i högre grad modeller hos kamrater i ungdomslitteratur och filmer. Säkert söker man också modeller i mode - och andra skönhetsfixerade reklamer. Brumberg (1997) ser anorexin som ett nytt fenomen, som härstammar ur trycket och förhållandena i det moderna samhället. Jag delar hennes uppfattning.

Det är inte bara omgivningens impulser, som påverkar en ung människa. I barnets utveckling till vuxen individ finns många svåra passager, som den unga skall gå igenom. Vehkakoski (2001) framhåller att ungdomars ensamhetskänsla är större än ensamhetskänslan hos barn och gamla. Den kommer fram i bristen på sociala kontakter. Enligt Mazzarella (2002) skapas

identiteten i samspelet mellan jaget och medmänniskorna och identiteten är meningsskapande. De unga ställer stora krav på sig själva men kraven kommer också utifrån. Vehkakoski (2001) framhåller att den unga i dagen samhälle har krav på sig att vara populär bland kamraterna, och han/hon skall ha framgångar i studier o.s.v. Men det kan vara svårt för en ung människa, utan erfarenhet i hur man skapar och håller fast sociala kontakter, att känna sig lyckad på området. Samtidigt sker stora förändringar i den egna kroppen, som kan skapa förvirring och känslor av oro. Skolan är den plats där den unga kan träna sina sociala färdigheter. Därför skulle det vara viktigt att skolan skulle kunna bidra med en god atmosfär och visa förståelse för den ungas utveckling. Kosonen (1998) framhöll i sin undersökning att flickornas skam för sina kroppar, kom tydligast fram i förhållande till skolidrotten. Här kunde skolan säkert göra mera, än vad som görs idag, och KiVa - koulu, KiVa - skola (2009) programmet har säkert en uppgift att fylla.

Jag har tidigare konstaterat att omgivningen verkar spela en stor roll i den ungas liv. Flere av mina informanter har gått in i en ungdomsdepression i samband med ett nivåbyte i skolan. Det visar vilken viktig roll kamratförhållanden spelar i en ung människas liv. Berger och Luckman (1966) bl.a. framhåller att identiteten är knuten till återkommande handlingar mellan individ och samhälle. Också Winnicott (1995) poängterar omgivningens oerhört stora roll i den ungas liv, och framhåller vikten av att den unga har tillgång till nära kontakter med föräldrar, släktingar och vänner. Det finns ett afrikanskt orspråk som säger "att det behövs en hel by för att uppfostra ett barn". Enligt Winnicott (1995) kan majoriteten av tonårsproblemen härledas från misslyckanden i omgivningen. Vehkakoski (2001) ser samma problem, och framhåller föräldrarnas stora betydelse. En ung person med goda relationer till föräldrarna känner sig mera i interaktion med andra människor. Mamma verkar stå i nyckelställning. Vehkakoski (2001) framhåller vidare att ett nära förhållande till speciellt mamma, inverkar på interaktionens kvalitet och mängd. De här ungdomarna kan lösgöra mera energi för social interaktion, eller med andra ord även i kontakten med andra unga.

Men anorexipatienterna har en dåligt utvecklad självkänsla. Det framhåller bl.a. Richter (2006). För att bli starka personer med en god självkänsla, och en fast förankrad identitet, krävs familjens stöd, men det krävs även andra goda modeller, som formas i samspel med omgivningen. Identiteten är knuten till återkommande handlingar mellan individ och omgivning. Och det är de återkommande handlingarna, som skapar traditioner. Traditioner skapar trygghet och en känsla av att höra till, men traditionen har tappat sin betydelse i det senmodera samhället, enligt bl.a. Giddens (1997). I det senmodera samhället lever vi en avsaknad av överordnade och inordnade helheter. Med andra ord vi saknar ett sammanhang. Ingen går igenom livet utan personliga kriser eller motgångar. Hur man klarar sig igenom dem, är beroende av den egna styrkan och vad man fått med sig "i bagaget". Ett insjuknande innebär ett avbrott på livsvägen, och ett tillfrisknande betyder en ny väg framåt. Alla informanter kan

inte se hur vägen framåt kommer att te sig. Ännu får de treva sig fram och leva en dag i sänder. Informanter har framfört sina tankar om framtiden i en önskan att kunna lösgöra sig från de förgångnas bojor, och hitta nya saker, som ger glädje i livet.

Finland har gått igenom en stor strukturell omvandling under en, som jag ser det, kort tid. Landet har på 100 år gått från ett agrart till ett industriland. Den snabba förändringen med stor inflyttning från land till stad, har bidragit till att många människor känner sig rotlösa i det samhälle de gå grund av utkomsten, är tvungna att bebo. Det har för många betytt att de fått lämna vänner och släktingar och börja på nytt. Den snabba utvecklingen har även bidragit till att kvinnor ännu kan belastas av dåligt samvete över att de, som dubbelarbetande, inte förstår och hinner prestera detsamma som den egna modern eller mormodern. Bilden av den goda modern finns, men låter sig inte göras på grund av tidsbrist.

Barn till rotlösa föräldrar med svag självkänsla, blir själva också rotlösa och har dålig självkänsla. Stassek (1997) poängterar att ätstörningsproblematiken kan gå genom flere generationer och bygger på svåra upplevelser i familjen. Problemen har en tendens att gå i arv från generation till generation. För att bryta den onda cirkeln behövs vård och goda samtal. Under vårdtiden går patienterna i samtalsterapi. Samtal med medpatienter har också en god läkande effekt. Det är avdelningens uppgift att hjälpa den unga att bygga upp sin identitet och bättra på sin självkänsla. Den öppna vården borde komma emot efter utskrivningen med samtalsterapier och kontinuerliga poliklinik besök, för att hjälpa den unga att uppehålla och stärka det egna jaget. Annars är möjligheterna stora att cirkeln sluts och patienten på nytt, som en informant uttryckte det, kan säga "att jag vet bara inte vem jag är". Om inte avdelningsvården har varit fungerande eller tillräckligt lång och eftervården inte fungerar, är risken stor att den unga ätstörningspatienten blir en kronisk patient med alkoholproblem och negativt utagerande, som riktar sig mot den egna kroppen.

Många av mina informanter påtalar svårigheter främst i bytet mellan högstadiet och gymnasiet. Att mista goda vänner är bl.a. en orsak till depression. Här kunde socialarbetare inom hälso - och utbildningsväsendet ha en viktig uppgift. De unga som mår dåligt, borde i ett tidigt skede fångas upp och ges stöd i förebyggande syfte. Jag ser det viktigt att samhället borde komma emot med stödande funktioner. Men jag har även framhållit att samhället i sig inte gör någon sjuk. Jag vill även påstå att samhället inte heller kan göra någon frisk. Att verkligen bli frisk, betyder det som många av mina informanter framhållit. Det behövs en god motivation, man bör verkligen känna sig motiverad att lämna det gamla bakom sig, och våga börja något nytt. En annan viktig faktor, som också mina informanter har framhållit, är medvetandet om att det bara är jag själv, som kan göra mig frisk. Många byter, eller flyttar till egen bostad under sjukdomstiden. Att flytta ut från barndomshemmet ser jag, som en viktig marke-

ring. Jag vill ta ansvar för mitt eget liv och min sjukdom. Som Richter (2006) även framhöll, har ätstörningspatienter många styrkor i sin sjukdom.

## 6 SLUTLEDNING OCH SAMMANDRAG

Mitt intresse för mat och ätande väcktes under mina egna barns uppväxt. Under den tiden funderade jag en del över matens betydelse som redskap i oppositionens tjänst. Senare, som socialarbetare på sjukhus, stiftade jag närmare bekantskap med ätstörningsproblematiken. Då jag fick möjligheter att forska på två nyöppnade avdelningar för ätstörningspatienter, tog jag tillfället i akt. Jag intervjuade tio ätstörningspatienter i sjukhusmiljö. Det visade sig vara en spännande, men också krävande uppgift. På grund av olika orsaker, en del rent personliga, är jag nu åtta år senare färdig med min uppgift. Mitt forskningsarbete blev tvärvetenskapligt. För att kunna ge, som jag hoppas, en realistisk bild av ätstörningar, har jag tangerat bland annat sociologi, psykologi och psykiatri. Jag har också kommit in på kvinnoforskning och feministiska teorier.

Jag har byggt min studie på patienternas egna berättelser om sitt liv. Jag hade inget färdigt frågeförmulär, endast färdiga teman. Jag gick igen deras liv med början från barndomen. Det visade sig att berättelserna blev mycket olika till form och uppbyggnad. En del berättelser hade blivit monologer med mycket liten inblandning från min sida, medan andra var direkta intervjuer, där min medverkan syntes tydligt. Som analysmetod har jag använt mig av narrativet. Min första bekantskap med narrativ forskning var Timo Tolskas (2002) doktorsavhandling om Jerome Bruners narrativa begreppsuppfattning. Följande bekantskap blev Vilma Hänninen (1999). Istället för Bruners intrig, använder hon sig av begreppet "den inre berättelsen", som personen själv formar genom att anpassa modeller tagna från den egna kulturella reserven.

Först i ett senare skede stiftade jag bekantskap med Riemann & Schützes (1991) narrativa modell, som jag i mitt arbete har kallat för *trajektorymodellen*. I min analys, har jag använt mig av båda modellerna. De står, i min mening, ganska nära varandra, men jag ser *trajektorymodellen*, som ett bättre hjälpmedel då man analyserar en berättelse där personen utgår från en svår händelse, som påverkar det fortsatta livet. I mitt arbete har jag haft dem i tankarna, då jag har analyserat de berättelser, som beskriver insjuknandet och livet därefter. Hänninen (1999) "inre berättelse" har varit till större hjälp i de berättelser, där olika händelser har fört livet framåt. Jag har i första hand intresserat mig för tiden före insjuknandet och de bakomliggande händelser, som kan tänkas befrämja insjuknandet. Jag har i mitt arbete sökt svaret på frågan; Vilka samhällsrelaterade faktorer kan anses stå i vägen för ett tillfrisknande?



Jag förutsätter att samma faktorer i närmiljön, som kan befrämja ett insjuknande, också kan stå ivägen för ett tillfrisknande.

Anorexi ses i Finland som en psykisk sjukdom med en psykopatologi, som bland andra innefattar rädsla för att bli fet. Det handlar om undernäring i varierande grad, samt om överdriven motion. Ätandet framkallar ångestkänslor. Sjukdomen framkallar även depression. Det är främst unga flickor i tonåren, som insjuknar, fastän vuxna kvinnor och även män kan insjukna. Ätstörningar är en mångfasetterad sjukdom, med många bakomliggande och uppehållande faktorer. Mina informanter har berättat om svåra saker i livet, men också förbigått med att bara konstatera att det finns säkert många orsaker, men... Jag har analyserat varje berättelse med tanke på språk och innehåll. Vad har de berättat, och hur har de berättat om sitt liv? Mina informanter är unga kvinnor, som insjuknat dels redan i tidiga tonår, andra i övre tonåren eller ännu senare. Mina informanter har i korthet berättat om sin barndom, oftast endast med några meningar. Sedan har de följt upp åren i skolan, insjuknande och sjukdomen. Det är mycket mina informanter har hunnit med under sitt relativt korta liv.

Jag har fått fram tre huvudteman, som förutom andra bakomliggande omständigheter bidragit till ett insjuknande. För att skydda mina informanters integritet, har jag sammanfört liknande erfarenheter till en berättelse. Under temat "att växa i sin sjukdom" berättar informanter, som sedan tidig ungdom har lidit av ätstörningar, och som levt med sin sjukdom under flera år. Insjuknande är för dem den händelse, som har påverkat det fortsatta livet under många år framåt. I bakgrunden finns känslor av bl.a. ensamhet, och ett sökande efter den egna personligheten. Med den vaknande sexualiteten väcks intresset för det andra könet och för kroppens utseende i övrigt. Det har lett till utelämnade skolluncher, som har utgjort början på en bantning, som sedan snabbt går mina informanter ur händerna.

Den andra gruppen är de, som alltid tyckt om motion. Den har varit en naturlig del av vardagen. I den här gruppen finns representanter för olika specialbegåvningar, vilket betyder att de har levt ett mycket disciplinerat liv och blivit vana vid att sätta plikterna i första rummet. Som försvårande, och bidragande orsaker, har jag hittat stress i form av många och stora livsförändringar, och mobbning. Olika former av motion har alltid varit en viktig del av vardagen. När mina informanter av olika orsaker, inte kunde hantera sin vardag, blev motionen det övergripande. Överdriven motion och alltför näringsfattig kost, ledde mina informanter in i sjukdomen.

Den tredje gruppen utgör de, som har levt med sin övervikt sedan barndomen, men man behöver inte lida av övervikt för att bestämma sig för en liten bantning. Fastän man är slank, och vikten ligger där vid den undre gränsen för normalvikt, kan en liten viktökning framkalla impulserna. Man kan också bara av ren experimentlusta försöka sig på att ta bort några kilo

till sommaren. Också i de här berättelserna finns andra försvårande omständigheter. Här finns bl.a. mobbning, och ett allmänt mångdimensionellt illamående, som kommer fram i depressioner och ångest.

Barnets första kontakter skapas i hemmet i relation till vårdarna. Det är här barnet skapar sina första relationer, och de upplevelserna följer barnet hela livet. De första åren är viktiga. Bruch (1988), Richter (2006) bl.a. poängterar familjen stora roll vid ett insjuknande. De pekar på rigida och störda familjebilder och ser familjen som ett hinder för ett tillfrisknande. Ur mina informanternas berättelser, har jag inte kunnat spåra speciellt störda familjer. Alla familjer har inte varit lyckliga, fastän de flesta vittnar därom, men jag kan inte frånsä att det kan finnas bidragande orsaker till insjuknandet redan från barndomen. Många av mina informanter har sedan länge bott självständigt. Det kan i min mening, dels underlätta relationerna till kärnfamiljen, men också befrämja ett tillfrisknande. De, som fortfarande bor hemma, önskar sig ett eget boende. Det är inte lätt att bo hemma, i synnerhet inte då man redan hunnit bli litet äldre. Jag har också bildat mig den uppfattningen, att ett eget boende direkt kan befrämja ett tillfrisknande. Det är alltför lätt att föra över sina matproblem på oroliga föräldrar. Det är en sund markering att själv ta ansvar för sin sjukdom och sitt tillfrisknande. Det är också något som lärs ut i vården.

Mina informanter är unga kvinnor. De beskriver hur sjukdomen kommer lömskt smygande. Förrän personen i fråga är riktigt medveten om, hur det gått till, är sjukdomen ett faktum. Mina informanter berättar om hur svårt det är att, som barn och ung leva med en stor och tung kropp. Det tär på självförtroendet. Man känner sig som en sämre människa och har svårt att se sina egna starka sidor. Men det finns även de som aldrig lidit av övervikt, men ändå vill banta en smula. De vill se sig själva som slanka. Hur andra människor i omgivningen ser ut, är för dem inte viktigt. Men riktigt slanka människor väcker tankar på en bantning. Fastän man vet hur man skall äta och motionera i rätta proportioner, men man vill, mot bättre vetande, få snabba resultat, kan en bantning väldigt snart gå över i en sjukdom. Detsamma gäller för dem vars utgångsvikt har varit just på gränsen till det normala. När vikten blir för låg, blir det nästan omöjligt att själv och på egen hand få upp sin vikt.

Det finns också helt sunda tankar, bakom ett insjuknande. Mina informanter berättar om viljan att leva hälsosamt, och om sitt stora intresse för motion av olika slag. Men kosten kan bli "alltför hälsosam" och fettfri, och motionen alltför intensiv. Relativt snabbt börjar kroppen reagera negativt i brist på näring och sjukdomen blir ett faktum. Ur berättelserna framgår att med stigande ångest, ökar också kravet på motion. En stor sorg, och ett inre kaos, kan sätta i gång samma reaktion. Man kan inte stoppa förrän kroppen vägrar, och man inte mera orkar ta sig ut. Det går lätt att insjukna, men tillfrisknandet kräver ett stort arbete.

Mina informanter berättar om dålig självkänsla sedan barndomen. De har inte riktigt vetat vem de är och de har känt sig allmänt fula och motbjudande. Richter (2006) påvisar att ätstörningspatienterna har en dåligt integrerad självkänsla och en negativ självbild. De har även svårt att för sig själva erkänna framgångar i studier eller på andra områden. De är inte bara negativt inställda till sig själva. De förhåller sig också negativt till sexualitet, men det är inte så entydigt. Enligt Ruuska (2006) förhåller sig ätstörningspatienter negativt till sexualitet och sällskapande. Jag hade svårt att uppfatta den delen till en början. Av de informanter, som insjuknat som unga, och levt länge med sin sjukdom, har en del pojkvänner. Men de finns också de, som aldrig har ens intresserat sig för pojkar eller sällskapande. De flesta av mina informanter sällskapar eller har sällskapet, men det kan även ha att göra med att flere har insjuknat som litet äldre, och har hunnit börja sällskapa redan för insjuknandet.

De flesta av mina informanter drömmer om familj och barn, någon gång i framtiden. De flesta är i den åldern, att barn kunde bli aktuellt. Och när syskon och vänner blir föräldrar, stiger baby - sjukan. Det är ändå något som samtliga har satt på framtiden. Men rädslan för att inte bli gravid finns kopplad till de här tankarna. Då vikten är låg och menstruationen har uteblivit under en längre tid, kan fertiliteten vara i fara. Man har tagit reda på att det i alla fall finns stora chanser att bli gravid, då kroppsvikten är normal. Keski - Rahkonen (2007a) framhåller att efter tillfrisknandet är sambo och äktenskap, samt barnafödande lika allmänt som hos finländska kvinnor i medeltal.

Många unga människor mår i i dag mycket dåligt, och jag ser ätstörningar som ett uttryck bland andra för dåligt befinnande. Men alla unga mår trots allt inte dåligt, kanske till och med de flesta unga klarar livet bättre och mår bättre än vad tidigare generationers unga gjorde. Alla möjligheter finns inbyggda i samhällskonstruktionen, men klyftan mellan de som lyckats och de som misslyckas, har blivit större. Jag ser, som en orsak, att samhällsklimatet har blivit hårdare och omsorgen om personer i omgivningen har glömts bort. Vi lever, enligt Bauman (1999), i en skenande värld, och element så som ett diffust skapande av rädslor, prestationskrav, stor valfrihet och otrygghet är alla faktorer, som kan vara ångestskapande för en ung individ. Pennanen (2000) har undersökt ätstörningspatienters personliga målsättningar och ser inga stora skillnader i prestationer och sociala kontakter mellan patienter och kontrollgrupp. Men hon kan peka på skillnader i ätande, vikt och självreflexion, samt själslig tillväxt. Målsättningen för ätstörningspatienter är stressande, svåruppnådd och svårkontrollerbar. Mina informanter berättar om sina höga målsättningar. Jag har berättelser om stressiga studier med höga målsättningar och prestationskrav. Alla drömmer om en bra utbildning och ett givande och intressant arbete i framtiden.

För att tillfriskna behöver de, som lider av ätstörningar, stöd från samhällets sida i form av terapier och stödsamtal. Men det är viktigt att personen själv, vill bli frisk, och själv ta ansvar

för ett tillfrisknande. Alla har olika lång "väg" att gå förrän man känner sig redo. Det är viktigt att minnas att sjukdomen är mycket individuell och varje person, som insjuknar, upplever sin sjukdom personligt.

## 7 LITTERATURFÖRTECKNING

- Aaltonen, Tarja (2002) Sanaton? Tarinaton? Afaatikon intersubjektiivinen maailma ja kertoen rakentuva identiteetti. Miina Sillanpään säätiön julkaisuja A : 5. Vammalan kirjapaino.
- Allardt, Erik (1981) Finland mellan öst och väst – de språngvisa omvandlingarnas samhälle. I verket: Tankar i nutid. Svenska bildningsförbundet. Ekenäs, 59-73.
- Anorexi och dödlighet (2007) Notis. Hufvudstadsbladet 14.03.2007.
- Bauman, Zygmund (1999) Första upplagan 1997. Vi vantrivs i det postmoderna. Daidalos AB. Uddevalla.
- Bauman, Zygmunt (2004) Första upplagan 2002. Samhälle under belägring. Daidalos Ab. Uddevalla.
- Beauvoir de, Simone (2002) Toinen sukupuoli. 4 painos. Ensimmäinen painos 1949. Gummerus kirjapaino OY. Jyväskylä.
- Berger, Peter och Luckman, Thomas (1966) The social construction of reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge. Penguin Books. Clays Ltd. England.
- Bordo, Susan (1993) Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body. Berkely & Los Angeles. University of California Press.
- Brian Roberts (2002) Biographical research. Open University Press. Buckingham. Philadelphia.
- Bruch, Hilde (1988) Conversations with Anorexics. Danita Czyzewski and Melanie A - Suhr (Eds.) Basic Books Inc. Publisher New York.
- Brumberg, Joan J. (1997) Anorexia in Context. In: The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives. Peter Conrad (Ed.) Fifth edition. St. Martins Press Inc., 110-122.
- Claude - Pierre, Peggy (2000) Syömishäiriöiden salainen kieli. Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa. Tammi. Helsinki.
- Crafoord Clarence (1994) Människan är en berättelse. Tankar om samtalskonst. Bokförlaget Natur och Kultur. Stockholm.
- Eriksson, Lars Torsten och Wiedersheim - Paul Finn (2001). Att utreda forska och rapportera. 7 upplagan Lieber ekonomi. Karlshamn.
- Etikguide för yrkesmänniskor inom socialbranschen (2001 - 2004) Yrkesetiska nämnden. Talentia r.f. Helsingfors.
- Foucault, Michel (1987) Övervakning och straff/fängelsets födelse. Arkiv moderna klassiker. Lund.
- Giddens, Anthony (1997) Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken. Daidalos AB. Uddevalla.
- Goffman, Erving (1988) Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dynamik. Raben och Sjögren. Stockholm.
- Granfelt, Riitta (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa: Monisärmäisten sosiaalityö. Riitta Granfelt, Synnöve Karvinen, Harri Jokiranta, Aila Leena Matthies, An-

- neli Pohjola. Sosiaaliturvan kirjallisuus. Sarja sosiaalityö 1. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä, 177-206.
- Granfelt Riitta (1998) Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Suomalainen kirjallisuuden seura. Helsinki.
- Hessle, Sven (1991) Samtal med B: om att finna ett språk. Raben & Sjögren. Stockholm.
- Hepworth, Julie (1999) The Social Construction of Anorexia Nervosa. Sage. London. Thousand Oaks. New Delhi.
- Hirsjärvi, Sinikka & Hurme, Helena (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hänninen, Vilma (1999) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampereen yliopisto. Tampere.
- International Classification of Diseases, ICD 10. F50. Anorexia nervosa. <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/gf50htm>, 2007.
- Johansson Anna (2005). Narrativ teori och metod. Med livsberättelsen i focus. Studentlitteratur. Lund.
- Kalland, Mirjam (2003) Våra ensamma barn. I dag kolumnen. Hufvudstadsbladet. 13.05.2003, 12.
- Kaskinen, Hannu (2004). Ortoreksia, liian tervettä syömistä. Sosiaalivakuutus Kela 4: 40-41.
- Keski - Rahkonen Anna m.fl (2007a) Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. American Journal of Psychiatry 164: 8, 1259-1265.
- Keski - Rahkonen, Anna (2007b) Docentföreläsning på Helsingfors universitets centralsjukhus. Psykiatricentret. Opublicerat.
- Kirmayer, Laurence (2000) Broken Narratives. Clinical encounters and the poetics of illness experience. In: C. Mattingly & L. Garro (Eds.) Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing. Berkeley. University of California Press, 153-180.
- KiVa Koulu - KiVa Skola - projektet (2009) [Http://www.kivakoulu.fi](http://www.kivakoulu.fi)
- Korpi, Helena (2010) Tilastokeskus.kuolemansyyt.tilasto at stat.fi
- Kosonen, Ulla (1998) Koulumuistoja naiseksi kasvamisesta. Yhteiskuntatieteiden, valtio-opin ja filosofian julkaisuja 21. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Kristeva, Julia (1992) Fasans makt. En essä om abjektionen. Daidalos.AB. Uddevalla.
- Käypä hoito - suositus (2002) Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama suositustyöryhmä. Duodecim; 118: 856 - 866.
- Laitinen, Merja & Hurtig, Johanna (2002) (toim.) Paha ihmisyyden ja ammatillisen auttamisen haasteena. Teoksessa: Pahan kosketus. Ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljellä. PS-kustannus. Otavan kirjapaino. Keuruu, 8 -17.
- Laitinen, Merja (2004) Häväistyt ruumiit, rikutut mielet. Väitöskirja. Lapin yliopisto. <http://www.ulapland.fi/?newsid=4770deptid=6863languageid=3&news=1>
- Larsson, Anna-Karin (2001) Uppfostran till självvält. Socialvetenskaplig tidskrift 8: 96-109.

- May, Vanessa (2001) *Lone Motherhood in Finnish Women`s Life Stories. Creating Meaning in a Narrative Context*. Åbo Akademi. Univerisity Press. Åbo
- Mazzarella, Merete (2002) *Linjer mellan stjärnor. Essäer om identitet*. Söderströms. Helsingfors.
- Oinas, Elina (2000) *Feministinen näkökulma terveystutkimukseen*. Teoksessa: *Terveyssoziologian suuntauksia*. Ilkka Kangas, Sakari Karvonen, Annika Lillrank (toim.) Gaudeamus. Helsinki, 119-133.
- Opetusministeriö. *Koulukiusaaminen peruskoulun yläluokilla 2000 - 2007*. Opetusministeriön julkaisuja 2008:7.
- Pennanen, Riika (2000) *Syömishäiriöpotilaiden henkilökohtaiset tavoitteet ja psyykinen hyvinvointi*. *Psykologia* : 03. Tutkimuselosteet, 242- 249.
- Pohjola, Anneli (1993) *Tiedontuotanto sosiaalityössä*. Teoksessa: *Monisärmäinen sosiaalityö*. Riitta Granfelt, Synnöve Karvonen, Harri Jokiranta, Aila- Leena Matthies, Anneli Pohjola; *Sosiaaliturvan kekusliitto*. Gummerus kirjapaino. Helsinki, 255-279.
- Poutanen, Kira (2001) *Ihana Meri*. Otava. Keuruu.
- Rantala, Annika m.fl. (2002) *Ibland väger maten tungt*. *Hufvudstadsbladet* 13.01.2002, 17 – 19.
- Richter, Stefanie (2006). *Essstörung. Eine fallrekonstruktive Studie anhand erzählter Lebensgeschichten betroffener Frauen*. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Riemann Gerhard & Schütze, Fritz (1991) "Trajectory" as a Basic Theoretical Concept for Analyzing Suffering and Disorderly Social Processes. In: Maines, D.R. (Eds) (1991) *Social Organization and Social Processes. Essays In Honor of Anselm Strauss*, Hawthorne, N.Y, 333-357.
- Riessman, Catherine Kohler (2001) *Personal Troubles as Social Issues. A Narrativ of Infertility in Context*. In: Ian Shaw and Nick Gould (Eds) *Qualitative Research in Social Work*. Sage. London - Tousand Oaks - New Delhi, 73-82.
- Riihonen, Eeva (1998) *Syömishäiriöitä*. Kirjapaja Oy. Pieksmäki.
- Rissanen, Aila (2001) *Föredrag på Helsingfors universitete centralsjukhus, Lappvikens sjukhus*. Opublicerad. 13.01.2001.
- Ruuska, Jaana (2006) *The Impact of Eating Disorders on the Adolescent Process*. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* ; 561. Tampere University Press. <http://acta.uta.fi/teos.phtml?10888>.
- Saukko, Paula (1995) "Tyttörukat kulttuurin ansassa" *Syömishäiriöt ja niiden esittämisen politiikka*. *Tiedotustutkimus* 2, 40-54.
- Schütze, Fritz (1982) *Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit*. In: Ebenhart Lämmert (Ed.) *Erzählforschung. Ein Symposion*. Stuttgart: Metzler, 568 - 590
- Schütze, Fritz (1992) *Pressure and Guilt: War Experiences of a Young German Soldier and their Biographical Implications*. Part 1 and 2. *International Sociology*, Vol.7, No.2 (June) pp.187-208 und NO.3 (September) pp. 347-367.
- Silius, Harriet (1998) (red.) *Ann-Catrin Östman, Kristin Mattson. Att berätta och lyssna till livshistorier – en diskussion kring våra lösningar*. I verket: *I dialog med kvinnoliv*. Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi. Åbo, 10 – 33.

- Solheim Jorun (2001) Den öppna kroppen. Om könssymbolik i modern kultur. Daidalos AB. Uddevalla.
- Stassek, Dagmar (1997) Zur Bedeutung von Geschwisterbeziehungen in den Biographien von "Bulimikerinnen" – eine empirische Studie. Diplomarbeit zum Erwerb des Akademischen Grades der Diplom - Sozialarbeiterin/ Diplom- Sozialpädagogin. Aus dem Fachbereich Sozialwesen der Universität Gesamthochschule Kassel.
- Sveen, Karin (2000) Det kultiverade lidandet. En bok om kropp och samhälle. Daidalos AB. Uddevalla.
- Tolska, Timo (2002) Kertova mieli. Jerome Brunerin narratiivikäsitys. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 178. Yliopistopaino. Helsinki.
- Toh, Beyla V.B. (1992) Det rasande intet. Anorexia/bulimia nervosa utifrån ett självpsykologiskt perspektiv. Brutus Östlings Bokförlag Stockholm.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotuseettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki.  
<http://www.tenk.fi/ennakkoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf>
- Vehkakoski, Tanja (2001) Miksi nuori jää yksin? Psykologia 3: 159-164.
- Denvall Werner, Munter Ann-Kristine, Trunnerup Annika (1999) Möten med Anna. Vänner socialarbetaren och forskaren. Studentlitteratur. Lund.
- Warsi, Heikki (1973) Työläisyhteiskunnan syntyminen Helsingin pitkänsillan pohjoispuolelle. Toinen tarkistettu painos. Ensimmäinen painos 1932. Tapiola.
- Vikander Ulla & Manns Ulla (red.) (1994) Det evigt kvinnliga. En historia om förändring. Studentlitteratur. Lund.
- Vilkko, Anni (1997) Omaelämäkerta kohtamispaikkana. Naisen elämäkerronta ja luenta. Suomen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 663. Tampere.
- Winnicott, D.W. (1995) Original utgåva 1965. Familjen och barnet. Dualis förlag Ab. Lundvika.



## INFORMATION FÖR PATIENTERNA

Inom projektet “ Att spåka sin kropp” En narrativ studie av ätstörningar, vill jag göra 10 bandade intervjuer med patienter med ätstörningar på Lappvikens sjukhus. Jag vill med min undersökning hjälpa till att sprida kunskap om problematiken kring ätstörningar. Min handledare på Helsingfors universitet är Synnöve Karvinen och Kristian Wahlbeck är min kontaktperson på Lappvikens sjukhus.

Deltagandet i forskningen är frivilligt. Ingen ersättning utbetalas. Fastän deltagandet i forskningen avbryts eller patienten återtar sitt medgivande, kommer det på intet sätt att inverka på den fortsatta vården.

Varje enskild intervju beräknas ta i tid ca 1,5 – 2 timmar. Ingen utomstående kommer att ha tillgång till det insamlade materialet, vilket kommer att förstöras då studien är färdig. All information behandlas konfidentiellt. Jag förbinder mig att presentera undersökningen för informanterna förrän den blir offentlig.

## MEDGIVANDE TILL ATT DELTA I UNDERSÖKNINGEN

Härmed ger jag mitt medgivande till att delta i projektet “ Att spåka sin kropp”. En narrativ studie av ätstörningar. Jag har fått tillräcklig information om undersökningen och vet att deltagandet är frivilligt. Fastän jag avbryter eller återtar mitt medgivande, kommer det på intet sätt att inverka på min nuvarande eller fortsatta vård samt att all information behandlas konfidentiellt. Jag vet att jag får information om undersökningen förrän den blir offentlig.

Närmare information om undersökningen ger Kerstin Lindström tel: 09 4524457

Prof. Kristian Wahlbeck tel: 471 81218, bäst anträffbar mellan klockan 10.30 – 11.00.

Helsingfors \_\_\_\_\_

Deltagarens namn \_\_\_\_\_ Personsignum \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Forskarens namn \_\_\_\_\_

Kontaktperson \_\_\_\_\_