



ANOREXIA NERVOSA

YNGRE KVINNORS UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED SIN SJUKDOM

EMELY ANDERSSON
JOSEFINE WIMHED

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
VO1303
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Mars 2012

Handledare: Sigrid Johansson
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

ANOREXIA NERVOSA

YNGRE KVINNORS UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED SIN SJUKDOM

EMELY ANDERSSON

JOSEFINE WIMHED

SAMMANFATTNING

Ett av problemen vid sjukdomen anorexia nervosa är att kvinnor ofta upplever att de inte blir förstådda av sin omgivning. Sjukdomen anorexia nervosa är en av de vanligaste ätstörningsformerna och drabbar främst yngre kvinnor i åldrarna 16-18 år. Kvinnor som lever med sjukdomen har en överdriven rädsla för att gå upp i vikt och skapar därför ett onormalt förhållningssätt till kost och fysisk aktivitet. Det låga kaloriintaget leder till viktnedgång, sömnsvårigheter, förlorad menstruation, koncentrationssvårigheter samt lättretlighet. Syftet med studien var att belysa yngre kvinnors upplevelser av att leva med sjukdomen anorexia nervosa. Metoden som användes var en manifest innehållsanalys med kvalitativ ansats, som baserades på fyra självbiografiska böcker. I resultatet framkom att kvinnorna tampades med två personligheter, en ond och en god sida. Den onda sidan representerade sjukdomen anorexia nervosa, som blev ett sätt att kontrollera deras liv. Kvinnorna levde med ständig ångest och ett liv fyllt av ensamhetskänsla och utanförskap. Slutsatsen visade på att kvinnornas fokus låg på känslor av ensamhet och utanförskap då de upplevde att ingen förstod dem.

Nyckelord: Anorexia nervosa, livsvärld, subjektiv kropp, lidande, upplevelse och leva med

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Anorexia Nervosa	1
Upplevelse	1
Leva med en sjukdom	2
<i>Livsvärld</i>	2
<i>Lidande och välbefinnande</i>	2
<i>Den subjektiva och levda kroppen</i>	3
SYFTE	3
METOD	3
Datainsamling och Urval	3
Kort resumé av valda böcker	4
<i>I himlen får jag äta</i> skriven av Camilla Dahlberg	4
<i>Zebraflickan</i> skriven av Sofia Åkerman	4
<i>Ludenben</i> skriven av Katarina Samuelson	4
<i>När mörkret kom</i> skriven av Lina Strandberg	4
Analys	4
RESULTAT	6
Leva med ständig ångest	6
Ett liv med två personligheter	7
Ett liv i ensamhet	7
Leva med självkontroll	8
DISKUSSION	8
Metoddiskussion	8
Resultatdiskussion	10
SLUTSATS	13
REFERENSLISTA	14
BILAGA 1 Meningsenheter	16

INTRODUKTION

Kvinnor med sjukdomen anorexia nervosa kan enligt Skånerud (2007) ha en självbild som inte stämmer överrens med verkligheten. Kvinnorna kan många gånger uppleva sig själva som överviktiga även om spegelbilden egentligen visar en mager kvinna. Patching och Lawler (2009) menar att viljan att gå ner i vikt ofta hänger samman med en form av självkontroll. Glant (2000) skriver att insjukna i en ätstörning vid ung ålder kan medföra förlust på flera års fysiologisk utveckling, såsom Schwartz, Mansbach, Marion, Katzman och Forman (2008) beskriver förändringar i hjärnan, arytmier samt benskörhet. van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg och van Meijel (2009) menar att sjukdomen anorexia nervosa blir allt vanligare i dagens samhälle och därför behövs kunskap om hur personer med sjukdomen anorexia nervosa mår samt hur de upplever sin livsvärld. Patching och Lawler (2009) framhåller att kvinnor med sjukdomen anorexia nervosa ofta upplever att de inte blir förstådda av sin omgivning, vilket kan resultera i att de känner sig missförstådda och att deras livsvärld blir förenad med vissa svårigheter. Jönsson (2006) menar att för att kunna möta en annan människa i sin sjukdom just där hon befinner sig kräver empati och förståelse för vad hon går igenom, därför är det av betydelse att undersöka upplevelsen av att leva med sjukdomen anorexia nervosa.

BAKGRUND

Sjukdomen anorexia nervosa är en av de vanligaste ätstörningsformerna och drabbar främst yngre kvinnor i åldrarna 16-18 år (Commbbs, 2011). Idag beräknas det att cirka en procent av tonåringarna i Sverige uppfyller kriterierna för diagnosen anorexia nervosa (Pellmer & Wramner, 2009).

Anorexia Nervosa

Fox, Larkin och Leung (2011) menar att kvinnor som lever med sjukdomen anorexia nervosa ofta har en överdriven rädsla för att gå upp i vikt och kan därför skapa ett onormalt förhållningssätt till fysisk aktivitet. Den överdrivna motionen utförs för att förbränna de kalorier de fått i sig. Cahbrol (1991) menar att kvinnorna många gånger lägger tid på att tänka på mat och räkna kalorier. Surgenor, Maguire, Russell och Touyz (2007) påtalar att kvinnorna ofta framkallar kräkningar efter kaloriintag i ett försök att lindra ångesten. Allgulander (2008) skriver att beteendet ofta återföljs av nedstämdhet, ångest, irritabilitet, förstoppning och tvångssymtom. Vidare menar Chabrol (1991) att det låga kaloriintaget leder förutom viktnedgång även till sömnsvårigheter, förlorad menstruation, koncentrationssvårigheter samt lättretlighet. Glant (2000) menar att för att insjukna i en ätstörning kan det många gånger finnas en biologisk sårbarhet och att det sedan tillkommer en psykologisk stressfaktor såsom tidigt dödsfall i familjen, skilsmässa, missbruk och fysiska övergrepp vilket kan utlösa sjukdomen anorexia nervosa. Commbbs (2011) menar att sjukdomen kan vara mer eller mindre allvarlig, hos en del går sjukdomen över inom ett år, hos andra varar den flera år och i vissa fall kan den leda till döden.

Upplevelse

Enligt Eriksson (1991) är graden av en människas självmedvetenhet och medvetenhet en grund för hennes/hans upplevelsevärld. En människas upplevelse är personlig och kan inte upplevas, tolkas eller förstås av någon annan. Travelbee (1971) menar att det är omöjligt att förstå en människas upplevelser genom att utgå från egna upplevelser.

Leva med en sjukdom

Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) menar att människans relationer samt känsla av frihet kan komma att förändras vid sjukdom. Begreppet sjukdom blir därför mer än en fråga om symtom, diagnos och behandling. När en person lever med en sjukdom kan det därför innebära en förlust av ett fritt liv, vilket visar för människan som bär sjukdomen vad det betyder att ha fritt tillträde till sin livsvärld, och vad det innebär att mista den friheten. Den friska kroppen tas ofta för given men då något förändras i kroppen såsom en sjukdom kan också upplevelsen av omvärlden förändras. Troop och Bifulco (2002) menar att när en person lever med en sjukdom såsom anorexia nervosa kan det innebära att många faktorer i ens livsvärld förändras exempelvis de psykiska och de sociala förhållandena. Skånerud (2007) menar att när en person lever med en sjukdom kan exempelvis förhållanden i skola och arbete förändras.

Leva med en sjukdom beskrivs med hjälp av livsvärldsperspektivet såsom Dahlberg m fl (2003) beskriver det. Livsvärldsperspektivet innefattar följande begrepp: livsvärld, lidande och välbefinnande, subjektiv kropp samt vårdrelation. Föreliggande studie har fokuserat kring begreppen livsvärld, lidande och välbefinnande samt subjektiv kropp då de motsvarar studiens syfte. Då det inte alltid är i en vårdande situation upplevelserna utspelar sig valdes det att inte fokusera på vårdrelation.

Livsvärld

Dahlberg m fl. (2003) skriver att en människas livsvärld innebär att se, förstå, beskriva och analysera världen eller delar av den som den upplevs av människan. Varje människa är unik och har därför sin egen livsvärld. Colton och Pistrang (2004) skriver att kvinnors livsvärld förändras när de lever med sjukdomen anorexia nervosa, att de blir förvirrade och att de inte förstår vad som händer dem. Kvinnorna känner inte igen sig själva och sjukdomen kan bli en identifikation. Vidare beskrivs att kvinnorna upplever det som om sjukdomen har tagit kontroll över deras liv utan att de har märkt något. Federici och Kaplan (2008) menar att kvinnor som lever med sjukdomen anorexia nervosa upplever att det endast är de själva som kan bestämma över sin livsvärld samtidigt som de vill att omgivningen ska förstå dem och visa empati.

Lidande och välbefinnande

Lindholm & Eriksson (1993) menar att både välbefinnande och lidande är naturligt förekommande i människors livsvärld. Lidande och välbefinnande kan ses som två motsatser som balanserar mot varandra. Vidare menar Dahlberg m fl (2003) att det är fullt möjligt att i ett lidande exempelvis i samband med en sjukdom även kunna uppleva välbefinnande. Orem (1991) menar att huvudtesen i Dorothea Orem's omvårdnadsteori är att människor normalt har den förmågan och motivationen som krävs för att kunna handla för sitt eget välbefinnande, sin hälsa och att förebygga sjukdom. Ibland överstiger egenvårdskraven människans egen förmåga att utföra handlingar som främjar välbefinnandet (a.a), vilket kan ses exempelvis hos kvinnor som lever med sjukdomen anorexia nervosa. Dahlberg m fl (2003) menar att lidandet har flera dimensioner såsom livslidande, sjukdomslidande, vårdlidande och det sociala lidandet. I föreliggande studie valdes att fokusera på livslidande och sjukdomslidande då syftet med studien var att förstå kvinnors upplevelser utav att leva med sin sjukdom, inte vårdandet kring sjukdomen. Exempel på sjukdomslidande kan enligt Chabrol (1991) vara symtom såsom huvudvärk, trötthet och yrsel. Vidare menar Dahlberg m fl (2003) att det sociala lidandet som upplevs under en sjukdom tillhör sjukdomslidandet då exempelvis omgivningen kan dra sig undan den sjuke. Fox och Leung (2008) menar i sin studie att det finns ett samband mellan ett lägre välbefinnande, den subjektiva kroppen och att leva med sjukdom såsom anorexia nervosa. Federici och Kaplan (2008) menar att en viktig del i

människans livsvärld för att uppnå välbefinnande är trygghet. Dahlberg m fl, (2003) påtalar att trygghet beskrivs som en grundläggande känsla. När någonting hotar människans sätt att leva exempelvis en sjukdom uppstår otrygghet och därmed en önskan att återställa tryggheten och välbefinnandet.

Den subjektiva och levda kroppen

Enligt Dahlberg m fl (2003) har människan tillgång till livet och lever livet genom kroppen. Varje förändring i kroppen ger en förändrad tillgång till livet och världen. Detta blir tydligt då en människas sätt att leva förändras med exempelvis ångest, rädsla eller annat lidande. Varje förändring i den subjektiva kroppen som sker vid sjukdom medför en förändring av tillgången till en människas sätt att leva. Williams och Reid (2010) berättar att kvinnor med sjukdomen anorexia nervosa lever med en rädsla att gå upp i vikt och förlora kontrollen över sin kropp. Enligt Merleau-Ponty (1999) ska kroppen ses som ett subjekt som är fysisk, psykisk, existentiell och andlig. Den är fylld av erfarenheter, visdom, upplevelser och minnen. Detta innebär att människan inte har en kropp utan är sin kropp. Enligt Williams och Reid (2010) är kroppen ett sätt att uttrycka känslor såväl positiva som negativa. En del kvinnor använder sjukdomen anorexia nervosa för att bekämpa de förändringar i kroppen som puberteten medför.

SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa yngre kvinnors upplevelser av att leva med sjukdomen anorexia nervosa.

METOD

Metoden som användes var litteraturstudie som baserades på biografiska böcker. Biografiska böcker valdes för att skapa en förståelse för en självupplevd upplevelse. Enligt van Manen (1990) beskriver biografiska böcker hur människan upplever världen eftersom att dessa böcker ofta innehåller detaljerade upplevda uppgifter. Biografier utgör därför ett alternativ till studier där det inte finns utrymme för empiriska studier i form av intervjuer. Då det inte finns någon bedömningsmall för att kritiskt granska kvalitén på biografier så har det lagts ner tid på att granska om det verkligen är författaren själv som skrivit boken.

Datainsamling och Urval

Data insamling har endast skett i Blekinge Tekniska Högskolas bibliotekskatalog då antalet sökträffar förväntades bli stort. Sökordet som användes var "anorexia nervosa". Anledningen till att endast sökordet "anorexia nervosa" användes berodde på att då sökordet slogs samman med "biografi" påträffades noll träffar.

Urvalet gjordes med hjälp av inklusionskriterier. Inklusionskriterier som användes var att böckerna skulle vara skrivna ur ett personperspektiv där författaren har beskrivit sin upplevelse av sjukdomen, detta för att få så verklighetsförankrade uppgifter som möjligt. Ett annat inklusionskriterie var att det inte skulle ha förflutit mer än tre år från sjukdoms tillfrisknande till nedskrivna bok, detta inklusionskriterie motiverades med att författaren fortfarande skulle kunna förmedla de upplevelser hon bar på under sin sjukdom. Ytterligare inklusionskriterier var att böckerna skulle vara skrivna på svenska och att innehållet skulle handla om yngre kvinnor bosatta i Sverige mellan 16 och 25 år gamla, detta inklusionskriterie valdes då det enligt Combs (2011) är vanligast med sjukdomen anorexia nervosa hos yngre kvinnor. Ett annat inklusionskriterie var årsbegränsning från år 2000, detta för att begränsa urvalet böcker samt för att få uppgifter från att leva i ett nutida samhälle. Det sista inklusionskriteriet var att kvinnorna endast skulle ha sjukdomen anorexia nervosa, då det kan

vara svårt att tolka vilka upplevelser som beror på sjukdomen anorexia nervosa eller på annan sjukdom.

När sökordet *anorexia nervosa* användes i Blekinge Tekniska Högskolas bibliotekskatalog resulterade detta i 28 träffar. Under urvalsarbetet föll 18 böcker bort då de inte var skrivna på svenska eller på grund av årtalsbegränsningen. Kvar blev tio böcker. Av dessa tio valdes två böcker bort direkt då de var faktaböcker och inte biografier. En bok valdes bort då ett inklusionskriterie var att författaren inte fick ha fler sjukdomar än anorexia nervosa. En bok valdes bort då den inte utspelade sig i Sverige. En bok valdes bort då det var en medförfattare som skrivit boken. En bok valdes bort som inte motsvarade studiens syfte. Kvar blev totalt fyra biografier som innefattade alla inklusionskriterierna.

Kort resumé av valda böcker

I himlen får jag äta skriven av Camilla Dahlberg

Boken om Lisa, författarens alterego börjar skrivas när Lisa går sista året på gymnasiet. Hon bestämde sig för att skriva ner vad som hände och sina upplevelser. Boken var från början en novell som ingick i ett skolarbete, men människor gillade vad Camilla skrev och ville ha en fortsättning av novellen som till slut blev boken ”i himlen får jag äta”. Det tog Camilla tio år att skriva boken om mardrömmen, vilket blev som en form av terapi för henne.

Zebra flickan skriven av Sofia Åkerman

Sofia skriver sin bok för att självdestruktivitet är ett ökande problem. Trots detta ligger det fortfarande dolt i mörkret. Sofia berättar om sin egen upplevda berättelse om hennes livskamp för ett värdigt liv. Sofia skriver för att hjälpa andra i samma situation och för att ge kunskap, förståelse och hopp.

Ludenben skriven av Katarina Samuelson

Boken *Ludenben* beskriver Katarinas liv som är ett känslomässigt kaos utan struktur och ordning. Boken är ett sätt att gestalta desperationen, rädslan och saknaden över något som gått förlorat i livet. Ett sätt att förstå sin sjukdom. Katarina ville berätta hur de sjuka åren såg ut, varför hon gjorde som hon gjorde och hur livet såg ut inifrån. Katarina såg boken som ett sätt att bearbeta sjukdomen.

När mörkret kom skriven av Lina Strandberg

Lina skriver boken för att dela med sig av hennes erfarenheter så att andra ska kunna förstå vad som rör sig inom en person med sjukdomen anorexia nervosa. För att anhöriga ska kunna förstå och för att visa de som är sjuka att det finns fler med samma problem och att det går att bli frisk. Lina har medvetet utelämnat sin vikt i boken då hon inte vill att hennes bok ska bli en handbok för sjuka kvinnor.

Analys

Analysmetoden som användes var manifest innehållsanalys med kvalitativ ansats enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys. I en innehållsanalys med kvalitativ ansats fokuseras det enligt Berelson (1952) på att analysera texter som används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap samt vårdvetenskap. Studier med kvalitativ ansats växlar mellan närhet och distans till det som ska studeras (a.a).

En manifest innehållsanalys baseras på att behandla innehållet och att beskriva det synliga, det uppenbara i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Då en text analyseras med manifest innehållsanalys får det inte förekomma någon tolkning av texten och inte heller någon form utav dolda budskap (Findahl & Höijer, 1981). En kvalitativ ansats användes för att få

kunskap om människans erfarenheter, upplevelser, tankar, uppfattningar samt förväntningar (Malterud, 1998).

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är studier med kvalitativ ansats en lämplig metod till intervjustudier, och enligt Dalhberg (1997) kan biografiska böcker ses som substitut till intervjuer, då böcker kan förmedla en ingående och beskrivande livshistoria. Analysmetoden i föreliggande studie består av fem steg enligt Graneheim och Lundman (2004).

I steg ett lästes de fyra böckerna ett flertal gånger var för sig för att dels skapa en överblick över textinnehållet, dels för att få en fördjupad förståelse för författarens upplevelser. Under denna läsning var det väsentligt att försöka hålla sig neutral inför texten och låta förförståelsen förbises.

I steg två plockades meningsenheter från textmassan, vilka var relevanta till föreliggande studies syfte, ut i enskildhet. En meningsenhet är flera sammansatta meningar som gemensamt skapar ett centralt budskap och besvarar syftet. De utplockade meningsenheterna jämfördes och diskuterades. I de fall olika meningar plockats ut, eller olika tolkning av meningarna förelåg, diskuterades dessa till samstämmighet rådde. Exempel på en meningsenhet var följande: *"Jag visste att jag inte skulle duga. Så delvis var det jag själv som skapade min ensamhet. En tjock mur mellan mig och omgivningen, jag kände mig inte delaktig i de andras verklighet. Och jag trodde inte att jag någonsin skulle få känna att jag passade in någonstans, att få känna samhörighet med andra människor."* (Strandberg, 2000, s. 32).

I steg tre kondenserades meningsenheterna vilket innebar att meningsenheten kortades ner utan att det faktiska innehållet gick förlorat exempelvis: *Jag visste att jag inte skulle duga så jag skapade själv min ensamhet. Jag kände mig inte delaktig i omgivningens verklighet. Trodde inte att jag skulle få känna samhörighet och passa in någonstans.*

I steg fyra kodades det kondenserade textmaterialet. Detta innebar att de bärande begreppen plockades ut och skapade en enskild mening som kunde se ut så här: *Jag visste att jag inte skulle duga och trodde inte att jag skulle få känna samhörighet och få passa in någonstans.*

I steg fem skapades kategorier som kunde bestå av ett enskilt ord eller en mening som representerade innehållet i meningsenheten, vilket i ovanstående exempel blev: *Ett liv i ensamhet*. Kategorierna kan sedan falla ut i naturliga underkategorier exempelvis *Utanförskap* (se Bilaga 1). För att öka läsförståelsen under resultatet fick de bildade kategorierna bilda rubriker.

RESULTAT

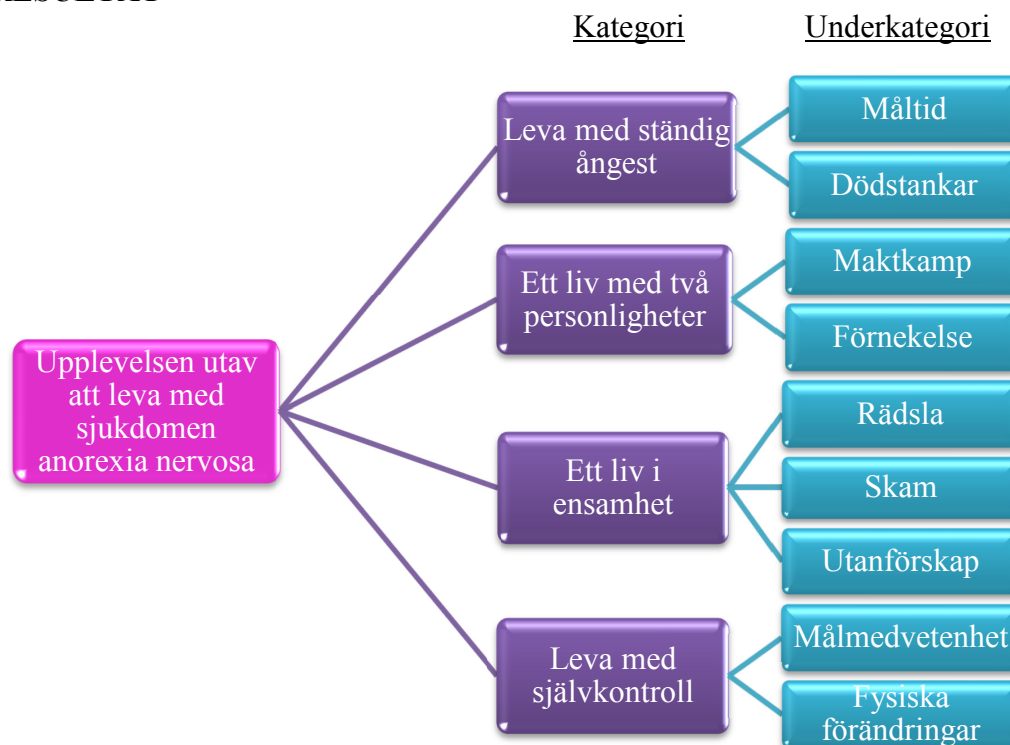


Fig.1 Bildade kategorier och underkategorier utifrån syftet

Vid genomläsningen framkom upplevelsen av ensamhet. Kvinnorna bar en ständig ångest och rädsla över att vara ensamma samt att någon i deras närhet skulle vända dem ryggen. De bar på en längtan efter att få uppleva trygghet, den trygghet de hade känt som barn. Kvinnorna förnekade stundtals sin sjukdom.

Leva med ständig ångest

Samtliga kvinnor upplevde ständig ångest. Det framkom att vissa kvinnor upplevde ångest då de åt eller inte fick utföra fysisk aktivitet. Kvinnorna kände ångest i samtliga situationer när mat var inblandad och längtade efter en frihet i en värld där de inte var feta. Samtidigt som de hade ett intresse för mat exempelvis matlagning kände de en ångest och ett förakt inför måltiden. Maten blev ett sätt att belöna eller straffa sig själv, mat var något som skulle förtjänas att inta. Kvinnorna hade ångest inför måltiderna, under måltiderna samt efter måltiderna. Någon kvinna upplevde att måltiden kunde medföra en smärta i själen, samtidigt som den utgjorde en rädsla över att gå upp i vikt. När ångesten växte kunde kvinnorna framkalla kräkningar för att på något vis få utlopp för sin ångest. Genom att få ut maten från kroppen med hjälp av kräkning eller laxeringsmedel upplevde en av kvinnorna en renlighet och en trygghet över att inte gå upp i vikt. Ibland blev ångesten så stark att några av kvinnorna skadade sig själva och utvecklade ett självskadebeteende. Självskadebeteendet kunde även vara ett rop på hjälp, ett sätt att försöka få omgivningen att förstå ångesten de bar på samt deras lidande. Till slut nådde ångesten den nivån att känslan av att inte orka leva längre infann sig. Dödstankarna grundades inte av en längtan efter döden utan en längtan efter en livsvärld fri från ångest, en längtan efter frihet och trygghet.

”Jag ville inte dö! Den riktiga Sofia ville inte lämna livet bakom sig, arton år gammal. Den riktiga Sofia grät på natten när ingen såg, för hon var så rädd att det svarta skulle bära bort henne för alltid.” (Åkerman, 2005, s.21).

Kvinnornas livsvärld bestod mestadels av ett lidande då ångesten var konstant. Kvinnorna hade ångest över att bli lämnade, att omgivningen skulle vända dem ryggen då personer i deras närhet inte längre orkade med dem och deras sjukdom. Kvinnorna bar en ångest över att känna sig ensamma, att ingen varken förstod dem eller deras sjukdom.

Ett liv med två personligheter

Kvinnorna upplevde i sin sjukdom att det fanns en inre maktkamp mellan en ond och en god personlighet. Den onda personligheten speglade sjukdomen anorexia nervosa och var ofta den som hade övertaget, denna sida gjorde att de inte kände igen sig själva. Den goda personligheten speglade deras gamla inre jag, förnuftet. Kvinnorna upplevde att de befann sig i ett gränsland mellan dessa två personligheter. Kvinnorna upplevde maktlöshet övre den inre kampen och att de hade svårigheter att motstå den onda personligheten. Två av kvinnorna hade även gett den onda personligheten ett namn, Trassel och Lucifer.

”Jag undrade verkligen om det fanns någon makt i världen som kunde ge mig kraft att slå ner Lucifer” (Åkerman, 2005, s. 46).

För att kvinnorna skulle orka bära sjukdomen tvingades de att bära en falsk fasad utåt, men även inåt. Kvinnorna stålsatte sig själva och tillät sig inte att känna känslor, då de flesta känslor bidrog till deras lidande såsom rädsla och ångest. Känslorna var ibland så starka att de inte orkade känna efter för att överhuvudtaget orka med att leva. Kvinnorna lärde sig att bemästra sjukdomen genom att sätta upp en fasad och inte släppa in omvärlden, detta gjordes för att skydda sig själva då omvärlden ändå inte skulle förstå. Ibland föll denna fasad och känslorna blev mer än vad kvinnorna orkade bära. Kvinnorna upplevde sig ofta vilsna och ifrågasatte vem de egentligen var. I sitt sjukdomslidande kunde några av kvinnorna finna en trygghet och en identifiering i sin sjukdomsdiagnos. Det förekom att kvinnorna lutade sig mot sjukdomsdiagnosen och gömde sig bakom sjukdomen för att slippa visa sitt inre. Kvinnorna pendlade mellan en medvetenhet och förnekelse till deras sjukdom. När kvinnorna var införstådda med att de var sjuka så kämpade de mot den onda sidan som försökte övertala dem att de inte var sjuka. Den onda personligheten var så pass dominant att den inte gick att motstå. Även efter sjukdomsperioden gjorde denna personlighet att kvinnorna hade svårt att relatera till sig själva, de hade svårt att förstå att det var de själva som hade varit sjuka i sjukdomen.

”Dör! Jag rycker till. Vem står människan och pratar om egentligen? Inte kan det väl vara mig hon menar! Jag väger ju inte lite. Jag är ju inte sjuk. Allt känns så överkligt.” (Dahlberg, 2000, s. 21).

Ett liv i ensamhet

Kvinnorna levde i en livsvärld där de kände sig misslyckade och ensamma. Kvinnorna hade svårt att tro att någon annan skulle kunna tycka om dem, vilket bidrog till att kvinnorna drog sig undan ännu mer, vilket i sin tur resulterade i en ökad ensamhetskänsla.

”Ibland kände jag mig oerhört ensam, trots att de som fanns omkring mig gjorde sitt bästa för att hjälpa. De fanns alltid där för mig, men det fanns inte någon som riktigt förstod mig, som förstod hur jag tänkte och kände, som förstod hur det var att vara fast i Trassels klor. Ingen förstod hur det var att ha ett kaos inom sig. Jag klandrade inte någon för det, eftersom jag visste att det var omöjligt för dem att förstå, när inte ens jag själv gjorde det. Men ensamheten kändes lika svår ändå.” (Strandberg, 2000, s. 32).

På grund av sjukdomen upplevde kvinnorna att de levde i en egen värld, att de inte var som alla andra, vilket medförde att de drog sig undan omgivningen av rädsla för att inte passa in. Kvinnorna bar en längtan efter att få passa in och vara som alla andra. Kvinnorna upplevde att ingen förstod dem och detta medförde att de bar på en önskan om att smärtan de kände i själen skulle synas utanpå så att människorna i omgivningen skulle förstå deras lidande. Kvinnorna kände sig missförstådda och bar ständigt därför på en känsla av skam. Denna skam medförde att kvinnorna ofta kände sig ensamma och utanför. Kvinnorna var rädda för att förlora de vänner de hade samt för att förlora familjen som stod dem närmast. Kvinnorna bar en rädsla för att familjen inte längre skulle orka med dem och deras sjukdom. Kvinnorna upplevde att de var dåliga döttrar och att familjen därför skulle vända dem ryggen och inte längre finnas där för dem. Kvinnorna skämdes över sin sjukdom och deras hemska tankar som ständigt cirkulerade i deras huvud. Kvinnorna var rädda för vad andra tyckte. Kvinnorna vågade inte prata om sina tankar med någon eftersom att de hade en känsla av att de då skulle uppfattas som psykiskt sjuka. Hur skulle andra kunna förstå när de inte själva kunde förstå. Det medförde att kvinnorna kände sig ensamma och ensamheten skrämde dem.

Kvinnorna upplevde rädsla över att släppa in någon annan i deras liv då kvinnorna visste hur besvikna de skulle bli om de sedan förlorade bekantskapen och återigen blev påmind om deras ensamhet. Det skulle resultera i en ännu starkare känsla av att vara misslyckad och ensam, därför undvek kvinnorna att släppa in nya människor i sitt liv.

Leva med självkontroll

Kvinnorna hade kontrollbehov som ofta visade sig genom självkontroll. Kvinnorna hade höga målsättningar vad det gällde viktminskning och motion. Målsättningarna och kontrollbehovet kunde även gälla skolresultat och fritidsaktiviteter. Kvinnorna var envisa och målmedvetna och var beredda på att göra vad som helst för att nå sitt mål. Kvinnorna tillät sig att endast inta ett visst antal kalorier om dagen och de hade full koll på hur många kalorier varje matbit innehöll. Kvinnornas dagar bestod oftast av att ständigt kontrollera kaloriintag i förhållande till deras kalorigörbrukning. Det låga kaloriintaget medförde orkeslöshet samt koncentrationssvårigheter. Då kvinnorna stundtals saknade sjukdomsinsikt var de övertygade om att orkeslösheten inte kunde relateras till det låga kaloriintaget utan såg istället andra orsakssamband som t.ex. dålig sömn. Kvinnorna strävade efter att nå full kontroll över sina kroppar. Då kvinnorna jämförde sig med andra kvinnor som de ansåg var smalare än de själva skapades prestationsångest som även kunde medföra avundsjuka. Avundsjukan triggade kvinnorna till ytterligare viktnedgång, vilket stärkte deras självkontroll. På så vis skapades förutsättningar för att ytterligare kunna gå ner något kilo.

”Konkurrensen är hård och den anorektiska demonen svävar över rummen. Den anorektiska avundsjukan och den anorektiska normen. Gör flickorna sjukare med sina krav på att vara sjuk för att räknas. Det här är en elitavdelning, säger demonen i rummet. Det här en avdelning för de riktigt sjuka, säger personalen på stormötet. De duktigaste ätstörningspatienterna finns här. Konkurrerar. Jag är mer ben än du.”
(Samuelson 2004, s. 35).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa yngre kvinnors upplevelser av att leva med sjukdomen anorexia nervosa. I föreliggande studie användes biografier. Enligt van Manen (1990) kan biografier ses som ett alternativ till intervjuer. Biografier bidrar till att skapa en förståelse för

en annan människas livsvärld, då förutsättningarna och tidsramen inte håller för empiriska studier. Nackdelen med biografier skulle kunna vara att det endast finns tillgång till det skrivna textmaterialet vilket kan ses som en begränsning jämfört med en empirisk intervjustudie där det finns möjlighet till en fördjupad förståelse t.ex. genom följdfrågor. I biografier missas även ansiktsuttryck, kroppsrörelser samt hummande, som skulle kunna vara av värde för en fördjupad förståelse.

För att få fram textmaterial i form av biografier valdes Blekinge Tekniska Högskolas bibliotekskatalog, detta upplevdes som en bra bibliotekskatalog då den innehöll relevant litteratur förhållande till andra bibliotekskataloger. Hade annan sökplats används skulle antagligen fler träffar påträffats. Det skulle däremot vara svårare att få tag på denna litteratur snabbt och smidigt, därför ansågs Blekinge Tekniska Högskolas bibliotekskatalog överväga detta.

Svenska språket valdes som inklusionskriterie för att inte missa väsentliga upplevelser på grund av språkförbistringar. Hade fler språk inkluderats hade sökresultatet kunnat ge ett större utbud av böcker och på så vis kunnat styrka resultatet ytterligare. Ett annat inklusionskriterie var att författarna skulle vara bosatta i Sverige, eftersom att olika länder har olika kulturer och därför skulle kanske upplevelsen kunna påverkas. Årtalsbegränsning till år 2000 och framåt valdes som inklusionskriterie för att få så nutida uppgifter som möjligt då samhället enligt Wahlström (1996) ser annorlunda ut idag än det gjorde förr, vilket kan påverka den totala upplevelsen av att leva med sjukdomen anorexia nervosa. Frågan är hur pass samhället och kulturen egentligen påverkar upplevelsen av att leva med sjukdomen anorexia nervosa då upplevelsen borde vara den samma rent själsligt. Ett inklusionskriterie var att författaren inte fick ha fler sjukdomar än anorexia nervosa, då detta skulle kunna resultera i svårigheter att tolka vilka upplevelser som egentligen berodde på sjukdomen anorexia nervosa. Inklusionskriteriet anses inte riktigt uppfyllts då det visade sig att de flesta kvinnorna i föreliggande studie utvecklade ett självskaumbeteende, vilket skulle kunna jämföras med annan sjukdom. Inklusionskriterierna anses ha fyllt sin funktion eftersom att de hjälpte till att avgränsa tillgången av biografier till en hanterbar mängd.

I bedömningen granskades det även om biografierna var skrivna ur ett personperspektiv där författarna beskrev sina upplevelser av sitt tillstånd samt att biografierna var skrivna av kvinnor i åldrarna 16-25 år. I studien valdes att endast inkludera kvinnor i åldrarna 16-25 år då sjukdomen anorexia nervosa enligt Commins (2011) är vanligast hos yngre kvinnor. Då det inte finns någon kvalitetsgranskningsmall för biografier så lades det ner tid på mail och telefonkontakt för att få fram om det var kvinnorna själva som hade skrivit böckerna. Dock går det aldrig att bli hundra procent säker. Om det har funnits en medförfattare kan detta ha påverkat föreliggande studies resultat, eftersom det går att ifrågasätta om en medförfattare kan återberätta en annan människas upplevelser.

I studien användes en manifest innehållsanalys vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att det tydliga och uppenbara i en text plockas ut utan att använda egna tolkningar och värderingar. Manifest innehållsanalys användes för att försöka fånga kvinnornas upplevelser utan egna tolkningar. Hade egna tolkningar använts hade resultatet kunnat se annorlunda ut då enligt Dahlberg m fl (2003) varje individ har sin egen livsvärld. Det upplevdes som en svårighet att helt utesluta egna tolkningar då detta emellanåt görs omedvetet, vilket skulle kunna ha påverkat resultatet i föreliggande studie. Det ansågs därför viktigt att läsa böckerna flera gånger för att enbart se det faktiska innehållet och inte det dolda budskapet.

I studien användes en kvalitativ ansats för att få en djupare förståelse för kvinnornas upplevelse. Det kan ses som en nackdel att studien endast består av fyra kvinnors upplevelser utav sin sjukdom, vilket kan ses som en begränsning eftersom dessa fyra kvinnors upplevelser möjligtvis inte kan representera alla kvinnors upplevelser av att leva med sjukdomen anorexia nervosa. Det positiva med att använda sig av en kvalitativ ansats är att det skapas en fördjupad förståelse av hur det är att leva med sjukdomen, vilket inte hade framkommit med en kvantitativ ansats.

De utvalda böckerna lästes upprepande gånger för att få en ökad förståelse för författarens upplevelser. Meningsenheter som svarade mot syftet plockades ut var för sig för att sedan jämföras och diskuteras huruvida de verkligen svarade mot syftet. I föreliggande studie ansågs det vara en fördel att den utfördes av två personer som kunde diskutera böckernas innehåll. Då det uppstod meningsskillnader om kvinnornas upplevelser orsakades dessa av att egna tolkningar vägts in och böckerna fick åter granskas för att se det faktiska innehållet. Hade studien utförts ensam kunde egna tolkningar vävts in omedvetet utan att det uppdagats. De utvalda meningsenheterna resulterade så småningom i fyra kategorier. De kodade meningsenheterna hade inga skarpa gränser utan flöt emellanåt in i varandra vilket kunde resultera i svårigheter att se vilken kategori de egentligen skulle tillhöra då de stundvis upplevdes tillhöra mer än en kategori. De oklara gränserna mellan kategorierna medförde att det kunde behövas gå tillbaka till meningsenheterna för att få en klarare bild av sammanhanget och på så vis blev det mer uppenbart vilken kategori koden skulle tillhöra. Kategorierna föll däremot mer naturligt ut i åtta stycken underkategorier som alla svarade till studiens syfte. Då det stundvis upplevdes att de kodade meningsenheterna kunde tillhöra flera kategorier är frågan om analysen egentligen var fullständig. Om det funnits tid hade det varit intressant att genomföra analysen en gång till med en ny erfarenhet och förståelse för analysförfarandet för att se om resultatet blivit detsamma.

Böckerna *Zebraflickan* och *I himlen får jag äta* upplevdes förmedla upplevelser som gav en förståelse för kvinnornas upplevelser. Båda böckerna ansågs lättlästa och tydliga, därför upplevdes det inte som ett problem att utföra en manifest innehållsanalys på dessa två böcker. Vid första läsningen av *När mörkret kom* ansågs det svårt att bortse från ett latent budskap, men efter att boken lästs ett flertal gånger upplevdes boken mer lättläst, vilket hjälpte till att urskilja det manifesta innehållet. Boken *Ludenben* var svårläst. När boken lästes fanns det vissa svårigheter att se det uppenbara i texten och det kunde därför vara svårt att bortse från ett latent budskap då författarinnan i boken ofta skrev i gåtor. Trots att boken var svårläst valdes boken att användas då den motsvarade studiens inklusionskriterier.

Forskningsunderlaget till föreliggande studie ansågs vara rimligt till den tidsram som fanns att tillgå. Fler böcker hade kunnat styrka ett mer trovärdigt resultat men frågan är om det hade funnits tid att analysera fler böcker då böckerna bör läsas flera gånger för att verkligen fånga det faktiska innehållet.

Arbetsprocessen anses ha flutit på utan större problem. Genom att vara två personer kunde dessa två komplettera varandra när oklarheter uppstod.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att kvinnorna upplevde ett förakt till mat samt ångest då de åt eller inte fick utföra fysisk aktivitet. Maten kunde även ses som ett sätt att belöna eller bestraffa sig själv, då mat skulle förtjänas att äta. Button och Warren (2001) menar att sjukdomen anorexia

nervosa präglas av extrem viktnedgång. Vikten kontrolleras genom att äta lite och träna överdrivet (a.a). En ständig fokusering på mat gör att kvinnorna slipper fokusera på andra problem (Button & Warren, 2001; Fox, Larkin & Leung, 2011). Button och Warren (2001) menar vidare att sjukdomen inte bara handlar om att inte äta och vara smal utan det är även ett tecken på vad som egentligen händer mentalt, en ständig ångest.

Resultatet visade att samtliga kvinnor upplevde en ständig ångest, lidande och ett nedsatt välbefinnande vilket ledde till en förändrad livsvärld då de insjuknade i sjukdomen anorexia nervosa. Ibland var ångesten och lidandet så starkt att tankar om döden uppstod. Dödstankarna handlade egentligen inte om en längtan efter döden, utan om ett sätt att få känna frihet och slippa lidandet. Dahlberg m fl (2003) påtalar att sjukdom medför en förändrad livsvärld eftersom människan drabbas av ett lidande såsom ångest och rädsla. Skånerud (2007) påtalar att kvinnorna upplever ångest samt att de oftast bär på en önskan om att inte vara födda, och att de inte förtjänar att leva samt att de inte står ut med sig själva. När känslorna blir för starka kan detta medföra att kvinnorna ibland skadar sig själva vilket i vissa fall kan innebära att de försöker ta sitt liv, inte för att de vill dö utan för att slippa smärtan i själen. Fox och Leung (2008) menar att de som lider av sjukdomen anorexia nervosa har ett nedsatt välbefinnande och ett ökat lidande i jämförelse med andra personer. Fox och Leung påtalar vikten av att förstå att allt lidande är individuellt och inte kan jämföras, vilket skulle kunna stå i jämförelse med Dahlberg m fl (2003) som även menar att lidandet är individuellt och att det är bara individen som själv lever i livsvärlden som kan uppleva lidandet.

Resultatet visade att kvinnorna upplevde att de levde i ett gränsland, en inre maktkamp mellan en ond och en god personlighet. Den onda personligheten representerade sjukdomen anorexia nervosa. Kvinnorna upplevde en maktlöshet över den onda personligheten och att de hade svårt att stå emot denna. Fox m fl (2011) poängterar att många kvinnor hör en inre röst som de har svårt att stå emot. Det skulle kunna jämföras med Higbed och Fox (2010) som menar att personer med sjukdomen anorexia nervosa upplever att de förlorar sig själva till sjukdomen. Dahlberg m fl (2003) skriver att människan har tillgång till världen genom sin kropp och Merleau-Ponty (1999) går ännu längre genom att påstå att människan inte har en kropp utan är sin kropp.

Det framkom i resultatet att kvinnorna upplevde en trygghet i sitt sjukdomslidande och en identifiering i sin sjukdomsdiagnos. Dahlberg, m fl (2003) menar att många säger sig känna en trygghet när en diagnos är ställd, då personen får något att stödja sig mot. Higbed och Fox (2010) skriver om en upplevd trygghet och en identifiering med sin diagnos, en trygghet som de gärna vill behålla. Vidare beskriver Higbed och Fox att kvinnorna upplever en rädsla över att tillfriskna, en rädsla för att förlora all uppmärksamhet och kärlek som sjukdomen medförde från de närmaste. Även Fox m fl (2011) menar att sjukdomen i sig även kan utgöra en trygghet eftersom att vissa kvinnor anser att sjukdomen är det enda de någonsin har varit bra på. Dahlberg m fl (2003) menar att en person som utsätts för en händelse som skapar livslidande i framförallt unga år, som exempelvis vid utbrott av sjukdomen anorexia nervosa, kan detta medföra en avsaknad av den trygghet som behövs för välbefinnande.

Det framkom i resultatet att kvinnorna för att orka bära sjukdomen tvingades att bära en falsk fasad såväl utåt som inåt, detta för att känslorna de bar på var för jobbiga att hantera. Den falska fasaden bidrog till att kvinnorna pendlade mellan en medvetenhet och en förnekelse av sin sjukdom. Higbed och Fox (2010) samt Skånerud (2007) menar att det är i ett tidigt stadium av sjukdomen som medvetenhet saknas och att medvetenheten kommer först då det inte längre går att förneka sjukdomen. Trots att kvinnorna har en medvetenhet om sin sjukdom så kan de stundvis förneka sin sjukdom då de jämför sig med andra kvinnor i samma

situation. Vidare skriver Skånerud (2007) att förnekelsen även kan vara ett sätt för kvinnorna att förhindra att de måste ändra sitt beteende. Kvinnornas förnekelse kanske även kan relateras till att de kan skämmas över att få en psykiatrisk diagnos. Button och Warren (2001) menar däremot att det ofta finns en medvetenhet hos kvinnorna att de tidigare haft en ätstörningssjukdom, men att de har svårigheter att acceptera en nuvarande diagnos och kommer därför med bortförklaringar och förnekelse. Button och Warren menar vidare att de kvinnor som totalt förnekar sin sjukdom oftast är de som inte har insjuknat genom bantning, utan där orsaken till insjuknandet oftast är en traumatisk händelse som de varit utsatta för.

I resultatet framkom att kvinnorna efter tillfrisknandet hade svårt att relatera till sin sjukdom då de upplevde det som om det inte var de som varit sjuka utan någon annan. Higbed och Fox (2010) påtalar att personer med sjukdomen anorexia nervosa oftast inte känner igen sin personlighet under sjukdomstiden men däremot när de har tillfrisknat från sjukdomen, vilket skulle kunna styrka resultatet i föreliggande studie. Dahlberg m fl (2003) menar att under sjukdom bärs ett sjukdomslidande som leder till en annan upplevelse av sin livsvärld, vilket skulle kunna vara en förklaring till varför kvinnorna inte känner igen sin personlighet under sjukdomstiden.

I resultatet framkom att kvinnorna bar på en ensamhetskänsla och kände sig utanför. Kvinnorna hade svårt att tro att någon annan skulle kunna tycka om dem eller kunna förstå dem och deras sjukdom. För kvinnorna resulterade detta i att de drog sig undan deras omgivning vilket medförde en högre grad av ensamhet. Likaså menar Dahlberg m fl (2003) att med en sjukdom följer känslor som ofta bärs ensam då ingen annan kan förstå och dela ett sjukdomslidande.

Resultatet visade att kvinnorna bar en rädsla för vad andra skulle tycka om dem och deras sjukdom. Kvinnorna bar en skam över att bära en psykisk sjukdom och bar en önskan om att smärtan de kände i själen skulle synas utanpå, så att andra människor skulle kunna förstå deras sjukdomslidande. Skånerud (2007) poängterar att kvinnor med sjukdomen anorexia nervosa ofta upplever en skam över att bära en psykisk sjukdom. Kvinnor känner skam över att uppfattas som misslyckade och bär en rädsla för vad andra tycker.

Resultatet visade på att kvinnorna hade ett kontrollbehov samt en självdisciplin för att uppnå sina höga målsättningar. Resultatet visade även på att denna självkontroll medförde att kvinnorna fick psykiska förändringar såsom orkeslöshet och koncentrationssvårigheter. Kvinnorna fick även fysiska förändringar på grund av det låga kaloriintaget som självkontrollen medförde. Kvinnorna hade dock oftast någon annan förklaring till de fysiska och psykiska symtomen, exempelvis att yrseln berodde på dålig sömn. Skånerud (2007) menar att ett anorektiskt beteende är en kamp samtidigt som det är en psykologisk kontroll. Kvinnorna kan under de första åren av sjukdomsperioden uppleva en stolthet och en tillfredsställelse i deras självkontroll. Däremot skulle resultatet i föreliggande studie kunna ifrågasättas då Patching och Lawler (2009) hävdar att sjukdomsinsikt kommer först då kvinnorna får fysiska och psykiska symtom såsom hjärtklappning, kallsvettningar eller att de svimmar, vilket kan medföra att de blir rädda och tror att de ska dö. Dahlberg m fl (2003) menar att en förändrad fysisk kropp resulterar i en förändrad livsvärld, vilket kanske skulle kunna betyda att kvinnorna borde vara medvetna om deras sjukdom då deras livsvärld är förändrad.

SLUTSATS

I föreliggande studie framkom det att kvinnornas fokus låg på känslor av ensamhet och utanförskap då de upplevde att ingen förstod dem. Kvinnorna upplevde en ständig ångest, en ångest som medförde tankar kring döden. Inte för att de ville dö utan för att de ville slippa känna smärtan de bar inom sig, en smärta som ingen kunde förstå.

Det finns en hel del tidigare forskning inom ämnesområdet, men tyvärr inte så mycket forskning om behandlingsalternativ. Idag finns det väldigt få behandlingshem för kvinnor med anorexia nervosa vilket tyvärr medför att många kvinnor behandlas inom psykiatrisk vård. Frågan är om det kan vara en bra miljö att tillfriskna i då kvinnor upplever ett behov av trygghet vilket kan vara förenat med vissa svårigheter att uppleva på en psykiatrisk vårdavdelning. Det skulle därför vara av intresse att utföra en studie som behandlar olika behandlingsalternativ och stödåtgärder som är fokuserade på kvinnans upplevelser av sin sjukdom anorexia nervosa.

REFERENSLISTA

- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Button, E., & Warren, R. (2001). Living with anorexia nervosa: The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review*, 9, 74-96.
- Chabrol, H. (1991). *Vad vet jag om anorexi och bulimi*. Furulund: Alhambra.
- Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316.
- Commbs, A. (2011). Case study: Treating eating disorders in the community. *British Journal of School Nursing*, 6, (6), 284-288.
- Dahlberg, C. (2000). *I himlen får jag äta*. Skellefteå: Ord & visor förlag.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen – En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Federici, A., & Kaplan, A. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10.
- Findahl, O., & Höijer, B. (1981). *Test och innehållsanalys – En översikt av några analysstrategier*. Stockholm: SR.
- Fox, A., Larkin, M., & Leung, N. (2011). The personal meaning of eating disorder symptoms. *Journal of Health Psychology*, 16, 116-125.
- Fox, A., & Leung, N. (2008). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa – a preliminary investigation. *European Eating Disorders Review*, 17, 24-30.
- Glant, H. (2000). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar – handbok för behandlare, skolpersonal, föräldrar och vänner*. Stockholm: Natur och kultur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, (2), 105-112.
- Higbed, L., & Fox, J. (2010). Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 307-325.
- Jönsson, P. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1354-1361.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice. (4 uppl.)*. St. Louis: Mosby.
- Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16, (1), 10-21.
- Pellmer, K., & Wramner, B. (2009). *Grundläggande folkhälsovetenskap (2 uppl.)*. Stockholm: Liber.
- Samuelson, K. (2004). *Ludenben*. Lund: Bokförlaget augusti.
- Schwartz, BI., Mansbach, JM., Marion, JG., Katzman, DK., & Forman, SF. (2008). Variations in admission practices for adolescents with anorexia nervosa: a North American sample. *Journal of Adolescent Health*, 43, (5), 425-431.
- Skånerud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: A Qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 15, 81-97.
- Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom*. Västerås: Författarhuset.
- Surgenor, L., Maguire, S., Russell, J., & Touyz, S. (2007). Self-liking and self-competence: Relationship to symptoms of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15, 139-145.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Troop, N., & Bifulco, A. (2002). Childhood social arena and cognitive sets in eating disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 205-211.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: The Althouse Press.
- van Ommen, J., L Meerwijk, E., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2801-2808.
- Wahlström, B. (1996). *En förändrad värld – En guide till det nya industrisamhället*. Malmö: Liber-Hermods.
- Williams, S., & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintrainer's perspective. *Psychology and Health*, 25, (5), 551-567.
- Åkerman, S. (2005). *Zebra flickan*. Västerås: Författarhuset.

BILAGA 1 Meningsenheter

Sid 1(3)

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"Varje måltid är ett krig – ett krig mot människorna runt omkring mig som försöker få mig att äta, men även mot det gena längtansfyllda känslorna som egentligen inte önskar något högre än att få stoppa frestelserna i munnen. En söndagseftermiddag ger jag vika för frestelsen. Jag har ätit halva fläskkotletten av middagen och ångesten gnager som en orm i mitt inre." (Dahlberg, 2000, s. 32)	Varje måltid är ett krig. Ger vika för frestelsen och ångesten gnager i mitt inre.	Intagen måltid resulterar i ångest	Måltiden	Leva med ständig ångest
"Mina tankar var de sjukaste, jävligaste, mest korkade, hemskaste, mest skräckinjagande tankar någon bara kan föreställa sig. De var oförklarliga och hängde inte ihop alls. En del av mig tyckte att jag segrat än en gång, tyckte att jag hade lyckats bra med balansgången mellan livet och döden. En annan del av mig skrek av rädsla och panik, för den här delen visste att det skulle hända igen." Åkerman, 2005, s. 21)	Mina tankar var sjuka och hemska. De var oförklarliga och hängde inte ihop. En del av mig tyckte att jag lyckats bra med balansgången mellan livet och döden. En annan del av mig skrek av rädsla och panik.	En del av mig vill leva en annan del av mig vill dö.	Dödstankar	Leva med ständig ångest

BILAGA 1 Meningsenheter

Sid 2(3)

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"De förstod nog inte hur djupt inuti mig problemet satt och hur skulle de kunna förstå det? Jag skrattade ju fortfarande så glatt, och jag ritade ju så fina teckningar av regnbågar, moln och små söta barn." (Åkerman, 2005, s. 17)	De förstod inte hur djupt inuti mig problemet satt. Jag skrattar ju fortfarande så glatt.	De förstod inte, jag skrattade ju fortfarande.	Förnekelse	Ett liv med två personligheter
"Lucifer åt av allt lyckligt jag hade i mig, och han växte i samma takt som jag krympte. Han hängde tyngre och tyngre runt halsen och det blev allt svårare att andas." (Åkerman, 2005, s. 64)	Lucifer växte i samma takt som jag krympte. Det blev tyngre och tyngre och allt svårare att andas.	Lucifer växte och jag krympte, det blev svårare att stå emot.	Maktkamp	Ett liv med två personligheter
"Rädslan som vana, som vanesak. Den kommer om ett per hjärtslag till, fler inslag av skräck i dagen. Jag är så rädd för att leva, och jag kan inte säga hur eller varför. Jag är rädd att bli åsidosatt. Det är därför vännerna ringer andra vänner. Skräckgud. Jag har egen skräckgud. Herr Panik mellankolik. Landet är labyrint. Jag är rädd för att möta det som finns i gångarna, som leder ut ur kubiken. Så jag stannar kvar i mitten, innanför allt och alla andra." (Samuelson, 2004, 14)	Jag är så rädd för att leva. Rädd för att bli åsidosatt, det är därför vännerna ringer andra vänner. Jag är rädd för det som finns i gångarna så jag stannar kvar i mitten innanför allt och alla.	Jag är så rädd så jag stannar i mitten innanför allt och alla.	Rädsla	Ett liv i ensamhet

BILAGA 1 Meningsenheter

Sid 3(3)

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"Men varenda bantningsperiod under högstadietiden började jag då jag kände mig utanför på något sätt. Om jag blev smal skulle jag säkert inte känna mig utanför mer. Och när jag inte kände mig utanför längre trodde jag ofta att det berodde på att jag blivit smalare. En enkel självklar logik." (Dahlberg, 2000, s. 14)	Varje bantningsperiod började jag då jag kände mig utanför. Om jag blev smal skulle jag inte känna mig utanför. När jag inte kände mig utanför hade jag säkert blivit smalare.	Om jag blev smal skulle jag inte känna mig utanför.	Utanförskap	Ett liv i ensamhet
"Mina krav gjorde att jag presterade toppresultat och därmed trodde jag också att man alltid förväntade sig det av mig. Detta skapade en ond cirkel och mina krav på att vara perfekt ökade hela tiden." (Strandberg, 2000, s. 11)	Mina krav gjorde att jag presterade toppresultat, vilket skapade en ond cirkel. Kraven på att vara perfekt ökade.	Kraven ledde till toppresultat	Målmedvetenhet	Leva med självkontroll
"Nästa morgon får man ingen kontakt med mig vid väckningen. Hjärtat slår oregelbundet och kroppstemperaturen och blodtrycket sjunker. En ambulans kommer till Björkhaga och kör mig till akuten." (Strandberg, 2000, s. 63)	Ingen kontakt vid väckning. Hjärtat slår oregelbundet och kroppstemperaturen och blodtrycket sjunker. Körs i ambulans till akuten.	Hjärtat slår oregelbundet och kroppstemperaturen och blodtrycket sjunker.	Fysiska förändringar	Leva med självkontroll

www.bth.se

BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA

Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00