

Kroppsuppfattning hos personer med anorexia nervosa och bulimia nervosa

- en narrativ litteraturstudie

Linnéa Eriksson
Sara Svanholm

Luleå tekniska universitet

C- uppsats
Sjukgymnastik
Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Sjukgymnastik

Luleå Tekniska Universitet
Institutionen för Hälsovetenskap
Sjukgymnastprogrammet 180hp

**Kroppsuppfattning hos personer med anorexia nervosa
och bulimia nervosa
– en narrativ litteraturstudie**

**Body image in patients with anorexia nervosa and bulimia
nervosa
- a qualitative study**

Linnéa Eriksson
Sara Svanholm

Examensarbete i sjukgymnastik
S0001H, VT 2008
Handledare: Universitetsadjunkt Tommy Calner
Examinator: Professor Gunvor Gard

Abstrakt

Bakgrund: Varje år drabbas ca 1 % av alla tonårsflickor och unga kvinnor i Sverige av anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Begreppet kroppsuppfattning syftar till hur en person upplever sin kropp och innehåller tre delar: perceptuella aspekter, subjektiva aspekter samt affektiva upplevelser. Vid både anorexia nervosa och bulimia nervosa är kroppsuppfattningen påverkad i samtliga avseenden. **Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka hur personer med anorexia nervosa och bulimia nervosa uppfattar sin kropp. **Material och Metod:** En narrativ litteraturstudie där sju självbiografier skrivna av personer med anorexia nervosa och/eller bulimia nervosa analyserades utifrån tematisk innehållsanalys. Alla informanter inkluderade i studien var kvinnor. **Resultat:** Studien resulterade i tre kategorier som beskriver hur personer med anorexia nervosa och bulimia nervosa uppfattar sin kropp. De olika kategorierna var "kroppsupplevelser", "förnekande" och "det ouppnåeliga målet". **Konklusion:** Denna studie resulterade i tre kategorier; "kroppsupplevelser", "förnekande" och "det ouppnåeliga målet", vilka speglar upplevelsen av kroppen hos personer med anorexia nervosa och/eller bulimia nervosa. Resultatet visar på att personer med anorexia nervosa och bulimia nervosa har en mycket negativ syn på sin kropp och beskrivningarna hos alla informanterna oberoende av ätstörning liknar varandra. Inom varje kategori fanns alla tre delar av kroppsuppfattningen representerade.

Nyckelord: Kroppsuppfattning, anorexia nervosa, bulimia nervosa, narrativ litteraturstudie, kvalitativ litteraturstudie, kroppsbild.

ABSTRAKT	2
RISKFAKTORER	4
KROPPSUPPFATTNING	5
BEHANDLING	7
SYFTE	8
MATERIAL OCH METOD	9
STUDIEFÖRFATTARE	9
OBEROENDE GRANSKARE.....	9
STUDIEDESIGN	9
DATAINSAMLING	10
ANALYS AV DATA	11
ETISKA ASPEKTER	12
RESULTAT	13
1) KROPPSUPPLEVELSER	13
1a) <i>Stress och ångest</i>	14
1b) <i>Kroppens form</i>	14
1c) <i>Kroppen som fångelse</i>	15
2) FÖRNEKANDE.....	16
3) DET OUPPNÅELIGA MÅLET	18
3a) <i>Snyggare kropp</i>	18
3b) <i>Viktnedgångens betydelse</i>	19
SAMMANFATTANDE RESULTAT	19
DISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	20
DISKUSSION UTIFRÅN BEGREPP OCH TEORIER	23
METODDISKUSSION.....	25
KONKLUSION	27
TILLKÄNNAGIVANDE	28
REFERENSLISTA	29
BILAGA 1	33
BILAGA 2	35

Varje år drabbas ca 1 % av alla tonårsflickor och unga kvinnor i Sverige av anorexia nervosa (anorexi) eller bulimia nervosa (bulimi). Prevalensen i Sverige för anorexi var år 2002 0,2-0,4 % och för bulimi 1-2 %. Av de personer som drabbas av en ätstörning är ca 10 % pojkar eller män (Clinton & Norring, 2002). Dokumenterade fall av anorexi har funnits sedan slutet på 1600-talet och diagnosen fick sitt namn i slutet på 1800-talet. Diagnosen anorexi innefattade då alla former av undernäring (Bruch, 1962).

Enligt diagnoskriterierna i DSM-IV ska en person med anorexia nervosa inte vilja hålla kroppsvikten över 85 % av den förväntade normalvikten. Personen ska även ha en intensiv rädsla för att gå upp i vikt. Det krävs att personen har en störd kroppsupplevelse avseende vikt och form samt att självkänslan är påverkad antingen av kroppsvikten eller genom att förneka allvaret av den låga vikt personen har. Om personen är kvinna och i menstruerande ålder skall menstruationen ha uteblivit minst tre efter varandra följande gånger (Clinton & Norring, 2002; First, Frances & Pincus 2004).

Bulimia nervosa kännetecknas enligt diagnoskriterierna i DSM-IV av omväxlande perioder med hetsätning och "olämpligt kompensatoriskt beteende" som t.ex. självsvält, självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel. Med hetsätning menas att en person äter en större mängd mat under en given tid jämfört vad de flesta andra skulle göra under samma omständigheter. För att det ska klassas som bulimi ska dessa beteenden finnas minst 2 gånger i veckan under minst tre månader, samt att självkänslan ska vara överdrivet påverkad av kroppsform och vikt (Clinton & Norring, 2002; First et al. 2004).

Riskfaktorer

Ätstörningar har ofta en komplex bakgrund och ett flertal faktorer påverkar insjuknande och rehabilitering. Faktorer som visats öka risken för utvecklande av anorexi respektive bulimi är impulsivitet och perfektionism (Cassin & von Ranson, 2005; Hopkinson & Lock, 2004). En studie av Cassin och von Ranson (2005) visar att personer med tvångstankar har större risk att få anorexi, men inte bulimi. Kroppsuppfattningen anses vara påverkbar av påtryckningar från massmedia, familj, vänner och andra människor i omgivningen. Den anses ha direkt koppling till självförtroendet och anses vara en riskfaktor för utvecklandet av ätstörningar vilket ger en försämrad prognos vid rehabilitering av ätstörningen (Bergstrom, Neighbors & Lewis, 2004; Björck, Clinton, Sohlberg & Norring, 2007; Shroff & Thompson, 2006; Stice & Shaw, 2002).

Smolak, Murnen och Ruble (2000) redovisar i sin sammanställning, om sambandet mellan kvinnliga idrottare och ätstörningar, att inget går att fastställa angående idrott som riskfaktor för ätstörningar. Däremot visar den tillsammans med ett flertal andra studier att prevalensen av ätstörningar, inte enbart anorexi och bulimi, är större hos idrottande kvinnor än icke-idrottande (Forsberg & Lock, 2006; Hopkinson & Lock, 2004; Smolak et al., 2000; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2007; Sundgot-Borgen, Torstveit & Skårderud, 2004; Torstveit, Rosenvinge & Sundgot-Borgen, 2008). Beals och Hill (2006) redovisade i sin studie att 25 % av alla idrottande personer hade någon form av ätstörning. Idrottare har i studier visats vara mer tillfredställda med sin kropp jämfört med icke-idrottare. Detta anses bero på att idrottare ser på kroppen mer funktionellt än icke-idrottare (Forsberg & Lock, 2006; Smolak et al., 2000). Flertalet studier tar upp sambandet mellan idrottare och perfektionism. Dessa studier pekar på att den ökade prevalensen av ätstörningar inom idrott mest troligt inte beror på själva idrotten utan kan bero på att idrottare som grupp är av liknande personlighetstyper med perfektionism som ett av personlighetsdragen (Forsberg & Lock, 2006; Hopkinson & Lock, 2004; Smolak et al., 2000). Där jämförelser gjorts mellan idrotter och prevalens av ätstörningar visar resultaten på att det inte finns någon skillnad i förekomst mellan olika idrotter (Beals & Hill, 2006; Hopkinson & Lock, 2004; Smolak et al., 2000).

Enligt en sammanställning av Schmidt (2003) finns ett samband mellan övervikt hos barn samt en tidig menstruationsdebut och utvecklandet av bulimi. I sin sammanställning tar Schmidt (2003) även upp att risken att drabbas ökas om ätstörningar finns i släkten. Clinton och Norring (2002) redovisar resultatet från en studie som visade på att flickor i tonåren som bantar löper åtta gånger större risk att utveckla en ätstörning än de som inte bantar. Vidare beskriver Clinton och Norring (2002) att sambandet mellan trauma under uppväxten och utveckling av ätstörningar senare i livet inte är helt fastställt.

Kroppsuppfattning

Det finns en mängd olika definitioner på vad kroppsuppfattning är. Enligt Lundvik Gyllensten (2005) syftar begreppet kroppsuppfattning till hur en person upplever sin kropp. I begreppet ingår (1) perceptuella aspekter, vilket avser upplevelsen av kroppens storlek och form, (2) subjektiva aspekter, vilket avser kognitiva uppfattningen av kroppen samt den (3) affektiva upplevelsen, d.v.s. tillfredsställelsen med kroppen. Sammanfattningsvis kan sägas att

kroppsuppfattning är den inre bild av kroppen vi har och hur den ser ut för oss (Lundvik Gyllensten, 2005). Enligt Schilder (2000) är kroppsuppfattning den bild av vår egen kropp som vi formar i vårt medvetande. Den påverkas alltså av våra känslor, önskningar och interaktion med andra i omvärlden.

Vid både anorexi och bulimi är kroppsuppfattningen påverkad (Wallin, 2000). Att störd kroppsuppfattning är en central del av anorexi identifierades redan 1962 (Bruch, 1962). Anorektiker har ofta en positivare attityd till kroppen jämfört med bulimiker (Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf & Jantschek, 2007; Probst, 1997), vilket kan bero på att anorektikern förnekar sina problem eller är tillfälligt nöjd med sin smala kropp (Probst, 1997). Även Torstveit et al. (2008) bekräftar i sin studie att personer med bulimi upplever mer missnöje med kroppen jämfört med anorektiker. Deras teori angående orsaken till detta är att bulimiker ofta har större andel kroppsfett jämfört med anorektiker (Torstveit et al., 2008). Enligt Benninghoven, Jürgens, Mohr, Heberlein, Kunzendorf och Jantschek (2006) upplever bulimikerna större missnöje med sin kropp än anorektiker innan behandling, däremot svarar bulimiker bättre på behandling än anorektiker.

Enligt Benninghoven et al. (2007) varierar kroppsuppfattningen mellan personer med anorexi och bulimi. Personer med anorexi överskattar sin kroppsstorlek betydligt mer än personer med bulimi. Båda grupperna skattar dock sin kropp större än vad den är. Vad gäller anorektikers skattning av kroppsstorlek finns motsägande resultat. Flera studier har visat att personer med anorexi överskattar sin kroppsstorlek men det finns även studier som har visat att de underskattar kroppsstorleken (Skrzypek, Wehmeier & Remschmidt, 2001; Wallin, 2000). I en sammanställning av Farrell, Lee och Shafran (2005) redovisades att 25 studier visade på att anorektiker överskattar sin kroppsstorlek. Vidare visade 19 stycken på samma fenomen hos bulimiker. 12 studier visade inte någon skillnad i resultat vid skattning hos anorektiker och en frisk kontrollgrupp. Samma sammanställning redovisar även en studie gjord på överviktiga patienter och deras skattning av kroppsstorlek efter en måltid. Denna studie kom fram till att i likhet med personer med bulimi så överskattar de sin kroppsstorlek mer efter en måltid. Detta blir extra tydligt efter en måltid innehållande många kalorier. Även humöret har visats påverka skattningen och nedstämdhet ökar överskattningen (Farrell et al., 2005).

Studier har visat att i behandling av personer med ätstörning spelar personens uppfattning om sig själv en stor roll. En studie visar på ett samband mellan stort ätbeteende hos kvinnor och hur de tror män vill att de ska se ut. De med mer stort ätbeteende trodde att männen ville att de skulle vara smalare än vad de med normalt ätbeteende trodde (Bergstrom et al., 2004).

Kroppen används som uttrycksmedel för våra känslor, handlingar och tankar. Personer med ätstörningar kan ha sämre kontakt med sina känslor jämfört med friska människor (Råstam, Gillberg, Gillberg & Johansson, 1997). Enligt Probst, Vandereycken, Van Coppenolle och Pieters (1998) har den affektiva delen, det vill säga tillfredsställelsen med kroppen, stor betydelse gällande vilken storlek personen anser att kroppen har. De personer som i studien överskattade sin storlek var också de personer som var mest missnöjd med sin kropp (Probst et al., 1998). Upplevelsen av att vara fet är vanligt förekommande hos alla kvinnor; anorektiker, bantare och icke-bantande kvinnor. Anorektiker känner sig dock fetare, mer påverkade och hade mer negativa känslor kring det (Cooper, Deepak, Grocutt & Bailey, 2007). Tillfredsställelsen med kroppen är lätt påverkbar, även för friska personer. En studie visade att kvinnor, efter att ha tittat på en bild på en smal kvinna, upplevde en nedsatt tillfredsställelse med sin kropp (Bergstrom et al., 2004).

Enligt Skrzypek et al. (2001) går inget generellt att säga om hur personer med ätstörningar upplever sin kropp. Då störd kroppsuppfattning förekommer går inte endast att säga att en viss del är påverkad eftersom de tre delarna perceptuella, subjektiva och affektiva alla påverkar varandra. Till exempel beror inte perceptuella delen bara av sensorisk stimuli utan påverkas även av kognition och känslor (Farrell et al., 2005).

Behandling

Första insatsen vid behandling av anorexi bör ha fokus på viktuppgång men hur detta ska uppnås på bästa sätt är i dagsläget oklart. Medicinering har inte setts ha någon effekt (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway & Lohr, 2007). För att behandlingen ska bli så effektiv som möjligt bör den vara multimodal, det vill säga innehålla behandlingsinsatser från olika yrkeskategorier inom vården (Williams, Goodie & Motsinger, 2008). Vid behandling av bulimi finns viss bevisad effekt för användning av antidepressiv medicin (Mitchell, Agras & Wonderlich, 2007). Kognitiv beteendeterapi är en annan behandlingsmetod som visats ha god effekt vid behandling av personer med bulimi. Den behandling som används vid bulimi med

mest vetenskapligt stöd är multimodal behandling (Shapiro, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr & Bulik, 2007). Kroppsinriktad behandling är nödvändig för att normalisera den förvrängda kroppsuppfattningen hos både anorektiker och bulimiker. Kroppsinriktad träning kan bland annat innebära bland annat kroppskännedomsträning, avspänning, rörelseträning eller närvaroträning. Målet med behandlingen är att påverka alla delar av kroppsuppfattningen, det vill säga subjektiva, perceptuella och affektiva. Denna träning sker främst hos sjukgymnaster och handlar inte enbart om rörelser utan även om beröring och upplevelser av kroppen, till exempel upplevelser i kroppen genom bollmassage (Clinton & Norring, 2002; Drosy, 2004; Probst et al., 1998).

Då en störd kroppsuppfattning är en stor del i båda dessa sjukdomar är sjukgymnasters roll i rehabiliteringen av ätstörningar av stor vikt (Clinton & Norring, 2002). Författarna anser därför att det är viktigt för sjukgymnaster att få en förståelse för hur personer med ätstörningar uppfattar sin kropp och har därför valt att göra c-uppsatsen inom området. Att ha kunskap om hur personer med olika typer av ätstörningar uppfattar sin kropp kan vara viktigt för oss som sjukgymnaster att veta eftersom vi som yrkeskategori kan möta dessa personer oavsett vilken arbetsplats vi arbetar på. Dessa patienter finns både inom primärvården och inom slutenvården. För att kunna bemöta och behandla en person med ätstörning krävs kunskap om kroppsuppfattning och dess betydelse för dessa personer.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur personer med anorexia nervosa och bulimia nervosa uppfattar sin kropp.

Material och metod

Studieförfattare

Författarna till denna studie är två kvinnliga sjukgymnaststudenter vid Luleå Tekniska Universitet med erfarenheter av patienter med ätstörningsproblematik från två veckors verksamhetsförlagd utbildning inom psykiatri. På sjukgymnastprogrammet ingår de obligatoriska kurserna en och en halv högskolepoäng Medicinsk Vetenskap – psykiatri där ämnet ätstörningar ingår. Det ingår även tre högskolepoäng sjukgymnastik inom psykiatri och psykosomatik som behandlar ämnet kroppsuppfattning och olika tillstånd då denna kan vara störd samt bedömnings- och behandlingsmetoder. Utöver detta hade författarna ingen övrig erfarenhet eller kunskap inom området innan studiestart.

Oberoende granskare

Två oberoende personer tillfrågades muntligt om deltagande i studien. Syftet var att dessa personer skulle läsa delar av självbiografierna och kategorisera innehållet oberoende av författarnas kategorisering. För att kontrollera att författarna gjort en kategorisering och rubricering med relevanta citat som på ett bra sätt beskrev materialet analyserades materialet av de oberoende personerna (Burnard, 1991).

För att få andra synvinklar av materialet valdes två personer utan förkunskap inom området ut. Den ena oberoende personen var en kvinna, 49 år, arbetande inom äldreomsorgen utan erfarenhet inom området kroppsuppfattning och/eller ätstörningar. Den andra oberoende personen var en kvinna, 20 år, kriminologistuderande utan tidigare erfarenhet inom området. Innan granskning fick personerna ta del av bakgrunden i detta arbete innefattande definition av kroppsuppfattning.

Studiedesign

Utifrån syftet valdes en kvalitativ metod för datainsamling. Kvalitativ metod är en metod där syftet är att öka förståelsen för ett fenomen i ett givet sammanhang, till exempel kroppsuppfattning under en ätstörning. En narrativ studie innebär att berättelser analyseras för att besvara syfte och frågeställningar (Friberg, 2006). Datainsamlingen genomfördes genom analys av självbiografier skrivna av personer med anorexi och/eller bulimi med fokus på

kroppsuppfattning och dess tre komponenter enligt Lundvik Gyllensten (2005). Syftet med analysen var att systematiskt kartlägga rubriker och kategorier som återfanns i materialet. Materialet i denna studie analyserades genom tematisk innehållsanalys enligt Burnard (1991).

Datainsamling

Material söktes vid Luleå Universitetsbibliotek samt Luleå Stadsbibliotek (se Tabell 1). Sökningen skedde mellan 2008-01-14 och 2008-01-18. Böcker som inkluderades var självbiografier skrivna av personer med anorexi och/eller bulimi, som fanns att tillgå på svenska och innehöll material om kroppsuppfattning utifrån tidigare nämnda definitioner. Böcker exkluderades om de inte uppfyllde alla inklusionskriterier. Totalt granskades nio böcker, varav sju uppfyllde inklusionskriterierna för denna studie (se Tabell 2). De två böcker som exkluderades innehöll ingen beskrivning av kroppsuppfattning.

Tabell 1. Sökord och träffar vid litteratursökning

Bibliotek	Sökord	Träffar	Relevanta	Inkluderade
Universitetsbiblioteket	Ätstörning	88	6 (Daher Larsson, Nordlund, Apostolides, Strandberg, Karlsson, MacLeod)	5 (Nordlund, Apostolides, Strandberg, Karlsson, MacLeod)
	Anorexi	126	4 (Nordlund, Apostolides, Strandberg, MacLeod)	4 (Nordlund, Apostolides, Strandberg, MacLeod)
	Bulimi	19	3 (Sjögren, Karlsson, Apostolides)	3 (Sjögren, Karlsson, Apostolides)
Stadsbiblioteket	Ätstörning	4	0	0
	Anorexi	35	3 (Daher Larsson, MacLeod, Strandberg)	2 (MacLeod, Strandberg)
	Bulimi	16	5 (Nederberg, Apostolides, Karlsson, Igelström, Sjögren)	4 (Apostolides, Karlsson, Igelström, Sjögren)

De inkluderade böckerna (se Tabell 2) var alla skrivna av kvinnor i åldrarna 14 till 47 år som hade en sjukdomsperiod i sin ätstörning mellan 2 till 25 år. Kvinnorna är från Sverige, USA

och Storbritannien med olika sysselsättning såsom skola och arbete. De hade även olika ekonomisk bakgrund och olika ekonomiska förutsättningar vid behandling. Två av kvinnorna var aktiva elitidrottare och offentliga personer under sjukdomsperioden. Tre av självbiografierna handlar om personer med anorexi, tre om personer med bulimi och en handlar om en person som hade både anorexi och bulimi. För mer information om varje inkluderad självbiografi, se bilaga 1.

Tabell 2. Inkluderade böcker

Inkluderade böcker	Författare	Årtal	Förlag
Den inre hungern	Apostolides, Marianne	2000	Kentaur
Simmar-Emma	Igelström, Emma	2006	Forum
Bulimi: ett privat helvete	Karlsson, Eva	1998	Aros Fix
Mitt liv – min svält	MacLeod, Sheila	1982	Hammarström & Åberg
Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi	Nordlund, Tina	2006	Big Bok
Fri från bulimi	Sjögren, Irene	2001	Natur & Kultur
När mörkret kom	Strandberg, Lina	2000	Författarhuset

Analys av data

Analysen skedde utifrån Burnard (1991), se bilaga 2. Datainsamling skedde genom att självbiografierna först lästes översiktligt av båda författarna med samtidig anteckning av idéer angående kategorier och rubriker. Självbiografierna lästes sedan en gång till av båda författarna med mål om att få en fördjupad uppfattning av materialet. Då självbiografierna lästes en tredje gång togs så många rubriker angående kroppsuppfattning som möjligt ut för att kunna beskriva materialet på ett heltäckande sätt. Detta steg i analysen kallas öppen kodning (se Tabell 3). Dessa rubriker, totalt 238 stycken, slogs ihop till mer övergripande kategorier där så var möjligt. En ny lista med kategorier och rubriker sammanställdes och dubletter sorterades bort. Efter sorteringen återstod totalt 119 rubriker som delades in i tre kategorier. Därefter lästes delar av självbiografierna av två oberoende personer som gjorde en egen kategorisering och rubricering som sedan jämfördes med författarnas. Detta för att fastställa att rubrikerna och kategorierna beskrev materialet på ett heltäckande sätt. Därefter lästes självbiografierna ytterligare en gång för att säkerställa att hela materialet täckts in i de

kategorier och rubriker som tidigare plockats ut. I nästa steg i analysen lästes böckerna än en gång för att identifiera citat som belyser de rubriker och kategorier som plockats ut. Varje citat plockades sedan ut och samlades ihop enligt rubrikerna och klistrades in under passande kategori (se Tabell 3). Sammanställningen med citat, rubriker och kategorier lämnades därefter till två oberoende personer som läste och kontrollerade hur de utplockade citaten var kategoriserade. Detta för att kontrollera att de utplockade citaten passade in under vald rubrik och kategori. Därefter påbörjades rapportskrivningen med sammanställningen av de kategorier som författarna kommit fram till. Kategorier, rubriker och citat presenteras med en kategori i taget. Dessa belyses med vetenskapliga referenser (Burnard, 1991). Kategorierna är latenta, det vill säga beskriver den underliggande meningen i materialet (Graneheim & Lundman, 2003).

Tabell 3. Exempel på kodning av materialet

Rubrik	Citat	Underkategori	Kategori
Känner mig större och tyngre... Kände mig fet...	"Jag kände mig inte som 35, 36 kilo. Jag kände mig mycket större och tyngre. Jag kände mig fet."	Kroppens form	Kroppsupplevelse
Målet snyggare kropp...	"Jag hade en hemlig plan nu också, men den här gången var målet att få en snyggare kropp med slanka muskler och lite fett; en sådan som kvinnliga kvinnor har."	Snyggare kropp	Det ouppnåeliga målet
Stänga av alla känslor...	"Ofta kände jag meningslöshet. Ibland stängdes alla känslor av helt och hållet. Jag blev helt tom, kunde varken gråta eller skratta. På något vis var det lättare att vara likgiltig. Visserligen var det otäckt att inte känna någonting, men ändå var det skönt att slippa det som	-	Förnekande

Etiska aspekter

Att undersöka kroppsuppfattning och hur den är påverkad vid anorexi och bulimi kan leda till att etiska konsekvenser uppstår. Detta i form av att informanterna kan känna sig avvikande från mängden då störd kroppsuppfattning ingår som diagnoskriterium vid anorexi och bulimi. Författarna valde därför att inte själva intervjua personer med ätstörning utan istället analysera redan skrivet material i form av självbiografier skrivna av personer med ätstörning. I dessa böcker har informanterna själva valt att dela med sig av bland annat sin uppfattning av kroppen, vilket leder till att risken för etiska konsekvenser minimerats då informanterna själva har formulerat sina upplevelser och godkänt publicering av dem.

Resultat

Studien resulterade i tre olika kategorier som beskriver kroppsuppfattning hos personer med anorexi och bulimi. Dessa kategorier är "1) kroppsupplevelser", "2) förnekande" och "3) det ouppnåeliga målet". Inom två av kategorierna finns underkategorier för att ytterligare tydliggöra resultatet. Underkategorierna för "1) kroppsupplevelser" är "1a) stress och ångest", "1b) kroppens form" och "1c) kroppen som fångelse". Alla dessa underkategorier beskriver olika former av kroppsupplevelser som informanterna upplevde. Underkategorierna till kategorin "3) det ouppnåeliga målet" är "3a) viktningens betydelse" och "3b) snyggare kropp". De innehåller informanternas beskrivningar av sina mål under ätstörningen och hur de upplevde att lyckas och/eller misslyckas med dem. Alla dessa kategorier fanns representerade i olika stor grad hos alla informanter inkluderade i studien. Den mest omfattande kategorin är "kroppsupplevelser" som innehåller flest rubriker och citat från informanterna. Den minst omfattande kategorin är "det ouppnåeliga målet". Sammanfattande för resultatet är att informanternas beskrivningar av kroppen präglades av ett negativt synsätt på sin kropp med få positiva inslag.

1) Kroppsupplevelser

Denna kategori beskriver de känslor i kroppen som informanterna upplever i form av krypkänslor i kroppen, känsla av olust, överkliga händelser i kroppen, stel och spänd kropp och svårigheter att andas. Gemensamt för alla informanter var att de alla upplevde kroppen på olika sätt. Känslan av att kroppen inte är en sammanhängande enhet förekommer som en beskrivning på den stress och ångest informanterna känner. Denna känsla bör ej förväxlas

med känslan av att kropp och insida ej är en sammanhängande enhet utan bör betraktas mer som en fysisk känsla i kroppen av att dess delar inte hör samman och är svåra att koordinera. En av informanterna beskrev det så här:

”Jag såg mig själv utifrån, samtidigt som jag var hypermedveten om varje del av min kropp. Benen var tunga, armarna alldeles för lätta, hela kroppen bestod av tio delar som inte kunde koordineras i en hel.” (Informant 6)

1a) Stress och ångest

Informanterna beskrev att de upplever stress och ångest i kroppen framförallt när de ställs inför situationer som är nya eller då de kan bli upptäckta i sin sjukdom. En annan situation då detta uppstår är vanligen i samband med födointag, både normalt intag, vid hetsätning och vid näringstillförsel med tvångsmatning via sond. I samband med födointag beskrevs dels att känslorna stängs av helt och att personerna inte känner någonting från sin kropp under födointaget. Informanterna beskrev också känslan av att vara tjock, att ha ätit för mycket samt beskrivningar av ångest och obehagskänsla i kroppen under födointaget. Informanterna beskrev att då de ätit kaloririk mat upplever de starkare och intensivare känslor, ibland ångest. Hos många av kvinnorna kommer då tankarna om hur de blir tjockare. En vanligt förekommande beskrivning var upplevelsen av en svällande kropp. Så här beskrev en av kvinnorna ångesten i samband med födointag:

”Samma upplevelser av en svällande kropp som infann sig vid sondmatningen fanns även där när jag åt, samma intensiva ångest attackerade mig.” (Informant 2)

1b) Kroppens form

I kategorin ingår dels den vanligaste beskrivningen, att kvinnorna hatar sin kropps form och har stora komplex för sin kropp. De beskriver också upplevelse av vantrivsel i kroppen. Så här skrev en av kvinnorna angående synen på sig själv:

”Mitt självförtroende var i botten och tyckte jag var världens fulaste och tjockaste tjej och hittade hela tiden fel på mig själv. Jag kunde sitta i timmar och titta mig i spegel och tycka jag såg ut som en häxa.” (Informant 5)

Genomgående för alla informanterna var att magen spelar en viktig roll vad gäller kroppens form och utseende. Denna ses ofta som *"en fettklump"* eller *"en dallrande geléklump"*. En av kvinnorna beskrev mättnad och känslorna kring det så här:

"Att äta mig ordentligt mätt och behålla maten är jättejobbigt. Det är en så obehaglig känsla att vara mätt och ha en mage som putar. Men jag måste lära mig stå ut med det."
(Informant 4)

Även upplevelsen av att vara fet är något som återkommer vid upprepade tillfällen. Trots viktnedgång upplevde informanterna fortfarande att de hade *"putande mage"*, att *"allt på kroppen var fett"*. Så här beskrev en av informanterna det:

"Jag tittade i spegeln, tyckte mig se hur kroppen på något sätt blivit slappare. Visst kunde jag ordna en plattare mage, smalare armar, smalare ben?" (Informant 6)

Denna beskrivning av att kroppen blivit slappare återfanns hos flera av informanterna. Upplevelsen av att inte se kroppen som en sammanhängande enhet gällande kroppsform beskrevs av alla informanter. Informanterna beskrev att denna upplevelse sammanfattar deras upplevelse av sig själva. De har svårt att se sig själv och sin person sammankopplad med kroppen. En av informanterna skrev i sin självbiografi:

"Jag tittade i spegeln och jag såg slappa armar, feta höfter, en rund mage. Jag såg mig själv bit för bit utan att kunna se sambanden. Jag såg inte en form sammansatt av kurvor och raka linjer, mjuk vävnad och starka muskler. Jag såg inte mig. Min kroppsuppfattning reflekterade min uppfattning om mig själv: Jag hatade min kropp eftersom jag hatade mig själv. Jag ifrågasatte min kropp eftersom jag tvivlade på mig själv, och jag var arg på min kropp eftersom jag var arg på mig själv. Hat, tvivel, ilska. Det var vad jag såg i spegeln." (Informant 1)

1c) Kroppen som fängelse

Denna kategori beskriver också hur informanterna upplever av att kroppen inte är deras. Flera av informanterna berättade i sin självbiografi hur de kände sig instängda i sin egen kropp. De

skrev att de har svårt att se kroppen och insidan som en sammankopplad enhet utan ser kroppen som något fristående från det som finns inuti. Kroppen fungerade som ett skal där personen inuti är instängd. De beskrev vidare att de har svårt att identifiera sig med kroppen eftersom denne i deras ögon liknade en "fettklump". Informanterna upplevde att de var instängda i en för liten kropp och flera beskrev en önskan om att få lämna kroppen som inte var deras. En av informanterna beskrev under sin rehabilitering:

"Det var oerhört svårt för mig att acceptera kroppen, som i mina ögon mer och mer liknade en fettklump. Ju mer vågen visade desto sämre blev självförtroendet desto starkare blev ångesten. Jag kände mig orättvist behandlad – varför måste jag se ut såhär när alla andra fick vara smala? Jag vantrivdes i mig själv, i min kropp och tyckte det syntes mycket väl att jag gick upp i vikt." (Informant 2)

Sammanfattningsvis kan sägas att informanterna hade en negativ syn på sin kroppsform och kroppsupplevelser genom upplevelser av daller, fett, slapphet, stress och ångest. De upplevde inte heller att deras kropp var en sammanhängande enhet och beskrev vantrivsel i den. Självförakt fanns tydligt beskrivet av alla informanterna.

2) Förnekande

Denna kategori beskriver informanternas förmåga att förneka kroppens känslor och signaler. Gemensamt för alla informanter var att de alla ville förneka kroppens signaler, inte bara signalerna in till kroppen utan även de signaler de sände till andra. De förklarade det som att kroppens signaler var något negativt som helst bör undvikas. Detta för att inte behöva känna hunger av att inte äta, inte behöva frysa på grund av liten mängd underhudsfett. En av informanterna skrev:

"Men i och med att sjukdomen fortskred, blev det allt svårare att förneka kylan. Jag tog på mig extra lager av kläder och drog ner tröjarmarna för att dölja mina vita avdomnade fingrar. Jag intalade mig att jag inte frös, att jag inte kände någonting, att jag hade 'stängt av mina nerver'. Köld var en egenskap hos min kropp – något irriterande som dock numera kontrollerades helt av mig – och inte en egenskap hos mitt jag." (Informant 7)

Informanterna beskrev att det är lättare att intala sig att inte känna något för att slippa ta i tu med känslorna. De förklarade att kroppen var något komplext och svårt att förstå sig på. De såg det därför som lättare att förneka känslorna för att slippa koppla dem till en jobbig situation, till exempel vid födointag eller då de ställs inför nya utmaningar som de ej känner sig säkra på att klara av. Genom att förneka kroppens signaler behövde de inte handla utefter dessa genom att till exempel äta när kroppen signalerar hunger. Så här beskrev en av informanterna det:

”Jag kände inte längre min kropp – lyssnade inte till den, fick inte längre impulser utifrån vilka jag agerade” (Informant 5)

Genom att förneka känslorna från omgivningen såg informanterna det som att de stängde av alla krav från omgivningen och alla krav de hade på sig själva. De behövde inte känna misslyckande då de ätit en ordentlig måltid, eller känna hunger av att de inte ätit. Detta var ett beteende som de beskrev som nödvändigt för att klara av vardagen. Samma gäller de signaler som kroppen sänder ut till omgivningen. I stället för att visa att de mådde dåligt stängde de av känslorna och kopplade på en fasad för att omgivningen inte skulle se deras verkliga jag.

Jag valde att stänga av min kropps sensuella signaler – längtan att njuta av mat och beröring och en kurvig kropp. I och med detta stängde jag också av de signaler min kropp sände till andra människor.” (Informant 1)

Ett flertal beskrivningar fanns där informanterna försökte förneka sina känslor och signaler men inte lyckats helt. Dessa beskrivningar förekommer i samtliga självbiografier och återkommer frekvent under deras sjukdomstid. Ofta skedde detta då känslorna eller signalerna var för intensiva och betydelsefulla för att kunna ignoreras. Så här beskrev en av informanterna upplevelsen:

”Trots den inre monologen kunde jag inte helt tränga bort mina känslor när jag låg där i sängen. Jag blev arg på mig själv för att jag började gråta. Jag ville stänga av alla känslor – få slut på känslan av ensamhet och tafatthet. Jag pressade ihop käkarna hårt, strök med handen över revbenen och fantiserade om kalorier och vikt.” (Informant 1)

En annan aspekt på denna kategori är förnekandet av viktnedgång och dess inverkan på kroppsformen. Informanterna upplevde inte kroppen som den verkligen såg ut, utan kände sig tjocka och feta. Flera av informanterna beskrev att de hade svårt att förstå hur omgivningen kunde tycka att de var smala när kroppen enligt dem var tjock.

"Så, kaoset hade alltså ett namn, tänkte jag. Kaoset som skapade all förvirring, alla rastlösa timmar, all ångest, hade ett namn - anorexia nervosa. Men så konstigt, han måste ha missuppfattat det... Anorektiker är ju magra, sorgsna människor med svart i ögonen. Anorektiker är definitivt inga fettklumpar i alla fall. Jag kan inte vara en anorektiker." (Informant 2)

Sammanfattningsvis innehåller denna kategori beskrivningar av informanternas upplevelse av känslor i kroppen sammankopplade med deras ätstörning samt försöken till att förneka och ignorera dem.

3) Det ouppnåeliga målet

Denna kategori beskriver informanternas mål under sjukdomstiden samt vad det har för betydelse för dem. Gemensamt för alla informanter var att de var missnöjda med sin kropp och de hade som mål att åtgärda det. Detta fanns beskrivet av alla informanterna som inkluderats i studien.

3a) Snyggare kropp

Informanterna beskrev en strävan efter att hela tiden bli smalare och de beskrev sig själva som feta, fula och dallrande. Informanternas mål var att få en snyggare kropp. Att vara vacker beskrevs av informanterna som att vara smal med lite fett på kroppen och de ansåg att kvinnor borde se ut så. Så här beskrev en av kvinnorna sina tankar angående en snyggare kropp:

"Jag hade en hemlig plan nu också, men den här gången var målet att få en snyggare kropp med slanka muskler och lite fett; en sådan som kvinnliga kvinnor har." (Informant 6)

Av informanterna beskrevs även hur målen hela tiden förändras. Det spelade ingen roll hur mycket kvinnorna gått ner i vikt, målet försköts hela tiden och de ville gå ner ännu mer i vikt. Trots viktnedgång var de inte nöjda. En av kvinnorna beskrev det så här:

”Jag var glad för varje hekto jag gick ner, men jag var inte nöjd med mitt utseende. Vid den här tiden när jag var som mest uppjagad såg jag spegelbilden av min utmärglade kropp och såg en stor mage i stället för utstående revben. Titta! Den sticker ut! Vilken bula! Den hänger fram som en stor klump! Det spelade ingen roll hur mycket jag gick ner i vikt, jag hade fortfarande en mage, det fanns fortfarande en del av mig som inte var hård och platt, och jag måste fortsätta banta.” (Informant 1)

3b) Viktnedgångens betydelse

Vidare innehåller kategorin beskrivningar om vad vikttnedgången har för betydelse, rent känslomässigt, för informanterna under sjukdomstiden. Den innehåller beskrivningar om vad vikttnedgången associeras med. Många av kvinnorna skrev att bara de går ner i vikt så blir de vackra, lyckliga, populära och framgångsrika. Bara de blev smala så skulle de få allt. En av kvinnorna skrev följande i sin dagbok:

”Förstår du nu att det inte är bra att äta. Alla gillar dig. Du är hjälte. Några kilo till bara, sen har du allt. Framgångsrik och smal... Smalare gör dig snabbare. Mer guld, mindre mat... Fler kommer att tycka om dig.” (Informant 3)

Det beskrevs även hur vikttnedgången i sig fått kvinnorna att känna sig. Det beskrevs att vikttnedgång gav energi, en viss tillfredsställelse för stunden samt ökad motivation för vidare vikttnedgång. En av kvinnorna beskrev den första vikttnedgången så här:

”De första kilon som jag blev av med den våren gav en enorm kick. Jag kunde träna hur mycket som helst och kände mig väldigt stark och lätt.” (Informant 6)

Sammanfattningsvis innehåller denna kategori beskrivningar av informanternas målsättning angående kroppen. Den innehåller även upplevelser av viktnedgång och betydelser av denna.

Sammanfattande resultat

Sammanfattningsvis resulterade denna studie i tre kategorier som tar upp de upplevelser, beskrivningar av kroppen och kroppsuppfattning som informanterna beskrev. Inom varje kategori finns alla informanter representerade med ett flertal citat. Inga positiva beskrivningar av kroppen har kunnat identifieras. En av informanterna beskrev detta i sin berättelse:

"Jag kände hur allt är fett på kroppen, och jag tänker dumma tankar om mig själv för att jag har ätit. Framkallar stressen. Jag oroar mig över framtiden, ser bara problemen. Jag är sjuk, jag orkar inte jobba, jag orkar inte ha skoj, jag gråter, jag är värdelös. Varför ska jag leva? Det är som att vara instängd i en för liten kropp, som om det som finns innanför skinnet är större än skinnet. Jag vill krypa ur min kropp och försvinna. Skrubba den med svinto invändigt. Rena den. Öppna upp bröstkorgen så jag kan andas och få kontakt mellan kropp och huvud." (Informant 6)

I detta citat finns alla kategorier representerade skilda från varandra. Detta fenomen var något som återfanns upprepade gånger i informanternas beskrivningar.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur personer med anorexi och bulimi uppfattar sin kropp.

Denna studie resulterade i tre stycken kategorier, "förnekande", "kroppsupplevelser" och "det outhärliga målet". Inom var och en av dessa kategorier finns alla informanterna representerade. Resultatet visar även på liknande beskrivningar av kroppsuppfattningen hos alla informanterna. Beskrivningar som upplevelser av svällande, dallrande kroppar var de vanligaste beskrivningarna. Genomgående för alla informanter var att de hade en mycket

negativ syn på sin kropp och därmed en förvrängd kroppsuppfattning. Inga positiva beskrivningar eller associationer till kroppen kunde identifieras i materialet.

Den första kategorin, "*kroppsupplevelser*", innehöll beskrivningar om olika känslor och fysiska upplevelser som informanterna gått igenom i samband med sin ätstörning. Känslor som kryp i kroppen och känsla av olust var vanligt förekommande i informanternas beskrivningar. Dessa upplevelser hos informanterna förstärktes ofta vid födointag och då de ställdes inför nya och svåra utmaningar.

En av de vanligaste förekommande beskrivningarna av kroppsform hos informanterna var beskrivningar av dallrande och svällande kroppar samt upplevelser av att vara fet och tjock. Ett flertal studier visar på att personer med anorexi både kan överskatta och underskatta sin kroppsstorlek (Skrzypek et al., 2001; Wallin, 2000). Detta kunde dock inte bekräftas genom denna studie då alla informanterna överskattade sin kroppsstorlek.

Författarna anser att det måste vara påfrestande att känna så mycket stress, ångest och andra olustiga känslor i kroppen. Det kan vara därför som anorektiker och bulimiker lär sig förneka kroppens signaler. Anorektiker kan ha sämre kontakt med sina känslor (Råstam et al., 1997) och författarna till denna studie anser att detta kan vara nödvändigt för att de ska klara av vardagen då det är mycket påfrestande för kroppen att känna stress, ångest och andra olustiga känslor.

I andra kategorin, "*förnekande*", ingick beskrivningar där informanterna på något sätt förnekade känslor och signaler i kroppen. Detta gällde framförallt hunger, temperatur samt oförmågan att känna kroppen utifrån form. Att personer med anorexi har svårt att komma i kontakt med sina känslor finns beskrivet i en studie av Råstam et al. (1997). Detta stämmer överens med resultatet i denna studie. Informanterna beskrev vid ett flertal tillfällen att de upplevde att situationer blev jobbiga då känslor i kroppen blev extra tydliga eftersom de hade svårt att identifiera vad känslorna betydde och hur de skulle hantera dem. De hade då svårt att fortsätta förneka och ignorera dem och de blev överväldigade av de känslor som nämnts i föregående kategori. Författarna anser att detta kan vara en viktig anledning till att personer med anorexi och bulimi inte har någon sjukdomsinsikt. Om informanterna har svårt att förstå sina känslor samt att tolka kroppens signaler blir det i stort sett omöjligt att förstå när

någonting är fel. Kroppen används i normala fall som ett medel att uttrycka känslor och tankar till omgivningen (Råstam et al., 1997). När en person stänger av dessa signaler och inte sänder ut sina känslor till omgivningen blir det svårare för personer runt omkring att uppfatta hur personen mår. På detta sätt, det vill säga genom att inte sända ut signaler till omgivningen, lyckades alla informanterna att hålla sin sjukdom hemlig under lång tid, allt från några månader upp till 20 år.

Författarna anser att förnekandet kan vara den del som människorna runt en person med ätstörning kan ha störst problem att förstå, framför allt där personerna inte inser att de är smala och sjuka. Enligt Schilder (2000) är kroppsuppfattning den bild av vår egen kropp som vi formar i vårt medvetande. Detta betyder att den bild av kroppen som anorektikern/bulimikern har är den sanna för dem och är rätt ur deras synvinkel. Därför anser författarna att det är en viktig del i behandlingen att bekräfta och tro på personen samtidigt som information ges angående kroppsuppfattning och hur denna blir störd vid en ätstörning. Informanterna i denna studie beskrev situationer då de förnekade sanningen framförallt när de konfronterades med sin sjukdom, till exempel i samband med behandling, eller vid konfrontation med oroliga personer i dess omgivning runt omkring. Fenomenet är dock närvarande även resten av sjukdomstiden med olika uttryck så som känslor av svullnad och ökad kroppsstorlek i samband med måltider. Detta problem med att förneka sanningen anser författarna är ett stort hinder för personer med anorexi och bulimi då detta försvårar och förlångsammnar behandlingen. Multimodal behandling har visats vara den mest effektiva behandlingsformen vid anorexi och bulimi (Shapiro et al., 2007). Författarna anser att det finns flera fördelar med denna typ av behandling då kroppsuppfattningen är påverkad eftersom de olika aspekterna av den kan beröras på olika sätt av olika yrkeskategorier. Kroppsinriktad behandling är en nödvändig del av behandlingen för att normalisera den förvrängda kroppsuppfattningen hos både anorektiker och bulimiker (Clinton & Norring, 2002; Dropsy 2004; Probst et al., 1998). Då anorektikern eller bulimikern förnekar sina problem tror författarna att denna typ av behandling är viktig för att ge anorektikern nya sätt att se på kroppen vilket kan underlätta i tillfrisknandet.

Den tredje kategorin i denna studie, *"ouppnåeliga målet"* innehöll informanternas beskrivningar av deras mål och vad det skulle innebära om de uppnådde det. Genomgående

för alla informanter var att deras mål var att bli smala eftersom detta skulle göra dem populära, lyckliga, framgångsrika och vackra. Enligt en studie av Bergstrom et al. (2004) tror kvinnor med stort ätbeteende att män ville att de skulle vara smalare än vad männen egentligen ville att de skulle vara. Studien visade även på att ju mer stort ätbeteende, desto mer förvrängd bild hade kvinnorna av hur smala män vill att de ska vara. Detta fenomen kunde även ses i denna studie då kvinnorna, trots viktnedgång, ville bli smalare och smalare för att detta skulle göra dem mer lyckliga, mer framgångsrika och attraktiva hos det motsatta könet. Flera av informanterna beskrev även att de hade svårt att acceptera att andra personer i deras omgivning upplevde dem som smala och till och med magra och kunde inte förstå hur någon kunde tycka om deras kropp. Detta gjorde det svårt för informanterna att närma sig någon för ett förhållande då de kände sig obekväma med sig själva. Beskrivningarna av att ha en dröm om att vara smal och lycklig återkom vid ett flertal tillfällen under informanternas sjukdomstid. Ibland användes detta även som ett argument till viktnedgång genom att argumentera att om de bara gick ner några kilo till så skulle allt lösa sig och bli bra.

Diskussion utifrån begrepp och teorier

Enligt Lundvik Gyllensten (2005) ingår tre delar i begreppet kroppsuppfattning; perceptuella aspekter, subjektiva aspekter och affektiva upplevelser (Lundvik Gyllensten, 2005). Farrell et al. (2005) redovisar i sin studie att när kroppsuppfattningen hos en person är störd påverkas alla tre delar. Detta visar även denna studie. Det förekommer dock flest beskrivningar inom de perceptuella och affektiva aspekterna. I denna studie kan även samband mellan aspekterna av kroppsuppfattning ses i många av de citat som materialet består av. Det är sällan bara en aspekt som beskrivs, utan mer en helhet och kombinationer av aspekterna. Till exempel så beskriver informanterna sina kroppar som feta och dallrande och att de därför inte gillar den och då helt enkelt inte låter sig kännas vid den, de förnekar signalerna som kroppen ger ifrån sig. Författarna anser att störd kroppsuppfattning vid både anorexi och bulimi uttrycks relativt lika mellan informanterna i denna studie och att den negativa inställningen till kroppen och framför allt till kroppsformen är dominerande i båda fallen. Den negativa inställningen och attityden visar sig dels i att informanterna hade mycket svårt att tycka om sin kropp, men även genom att informanterna hade svårt att se hur utsidan och personen inuti kunde hänga ihop då kroppen inte motsvarade den person de ville vara, och hur de ville se ut.

Enligt ett flertal studier har anorektiker oftare en positivare attityd till kroppen jämfört med bulimiker (Benninghoven et al., 2006; Benninghoven et al., 2007; Probst, 1997; Torstveit et al., 2008). Det finns olika teorier om varför det är så. En teori beskriver att en trolig orsak kan vara att bulimiker ofta har mer kroppsfett än anorektiker vilket också leder till att de är mer missnöjda med kroppen (Torstveit et al., 2008). Enligt Probst (1997) beror detta på att anorektikerna förnekar sina problem mer än bulimikerna och därför har svårt att vara nöjda med kroppen. Författarna anser att det nog inte bara finns en bakomliggande orsak till detta utan att flera orsaker troligtvis samverkar. Informanterna i denna studie beskrev alla missnöje med kroppen. Inget generellt går att säga om att bulimikerna upplevde sig mer missnöjda, med kroppen däremot kunde ett ökat missnöje bland bulimiker i samband med matsituationer. I resultatet av denna studie kunde dock inga skillnader mellan de olika diagnoserna urskiljas.

Perfektionism har visats vara en riskfaktor för ätstörningar (Cassin & von Ranson, 2005; Hopkinson & Lock, 2004). Genomgående för resultatet i denna studie var att informanterna hade detta personlighetsdrag både när det gäller prestationer och situationer de ställdes inför, men även när det gäller deras kropp och utseende. Som tidigare nämnts ansåg informanterna att de ville vara smalare, vilket skulle betyda att de blev lyckliga. Eftersom de inte blev nöjda om de inte uppnådde sina mål var de mycket motiverade att gå ner i vikt och ansåg att detta var mycket viktigt.

Två av informanterna i denna studie var kvinnor som idrottade på elitnivå under sin sjukdomsperiod. Studier visar på att inget generellt går att säga om idrott som riskfaktor till ätstörningar, men mycket tyder på att det inte är idrotten i sig som leder till en ätstörning, utan andra faktorer så som press från omgivning till exempel tränare. Personlighet så som till exempel perfektionism har också visats vara en riskfaktor till ätstörningar som setts inom idrotten (Bergstrom et al., 2004; Björck et al., 2007; Forsberg & Lock, 2006; Shroff & Thompson, 2006; Smolak et al., 2000; Stice & Shaw, 2002). Detta stämmer överens med de resultat vi funnit i vår studie då påtryckningar från till exempel tränare varit en orsak till att informanterna börjat banta för att gå ner i vikt i hopp om att bli ännu bättre idrottare om deras kroppar blev lättare.

Tidigare forskning visar på att de personer som är mest missnöjda med sin kropp är de personer som överskattar sin kroppsstorlek mest (Probst et al., 1998). Detta kan anses stämma

överens med denna studies resultat då informanterna beskriver mer och mer missnöje med kroppen trots att de närmade sig sitt mål att vara smala. De ställde även högre och högre krav på kroppen och dess utseende ju mer de gick ner i vikt. Missnöje med kroppen användes av informanterna i denna studie även för att ge uttryck för det missnöje de hade med sig själva som personer. De upplevde det svårt att koppla ihop personen på insidan med den kropp de levde i.

Farrell et al. (2005) redovisade att ett flertal studier visar på att anorektiker och bulimiker överskattar sin kroppsstorlek jämfört med friska kontrollpersoner. Informanterna i denna studie bekräftar detta. De överskattade alla sin kroppsstorlek och kände sig tjocka trots att de var mycket smala. Det finns dock studier som visar på att det inte finns någon skillnad vad gäller skattning av kroppsstorleken mellan personer med anorexi och bulimi jämfört med friska kontrollpersoner (Farrell et al., 2005). Författarna till denna studie anser att det är troligt att personer med anorexi över eller underskattar sin kroppsstorlek då störd kroppsuppfattning ingår som ett kriterium till diagnosen (Clinton & Norring 2002; First et al., 2004). Denna felskattning behöver dock ej vara av betydande storlek.

Resultatet av denna studie går inte att generalisera men visar på att upplevelser gällande kroppsuppfattning hos personer med anorexi och bulimi beskrivs på liknande sätt. Därmed kan denna studie, trots det ringa antalet informanter, ge en ökad förståelse för dessa personers upplevelser av kroppen i samband med en ätstörning. Resultatet kan vara till nytta inte bara för sjukgymnaster, utan för alla som arbetar eller på annat sätt berörs av ätstörningar. I denna studie har författarna strukturerat upp och kategoriserat de olika beskrivningarna av kroppsuppfattning för att tydliggöra dess problematik. Detta kan vara till nytta vid behandling eller vid kontakt med personer drabbade av ätstörningar. Författarna anser att genom en ökad förståelse av hur personer med anorexi och bulimi upplever kroppen ökar förutsättningarna för en bra rehabilitering för dessa personer.

Resultatet av denna studie ger beskrivningar av på vilket sätt personer med anorexi och/eller bulimi beskriver sin kropp. Då denna studie är relativt liten och inga tidigare studier som beskriver hur personer med ätstörningar uppfattar sin kropp kunnat identifieras, skulle fler studier som liknar denna men som inkluderar fler informanter behöva göras för att bekräfta resultatet.

Metoddiskussion

Analysen i denna studie gjordes med tematisk innehållsanalys utifrån Burnard (1991). Metoden valdes för att författarna ansåg den vara lämplig utifrån studiens syfte. Författarna ansåg att analysera självbiografier, skrivna av personer med anorexi och/eller bulimi, skulle ge bra material för denna studie. Övriga urvalskriterier i studien ansågs vara nödvändiga för att få bästa möjliga urval. Då detta är ett examensarbete på 15 högskolepoäng finns vissa begränsningar gällande resurser. På grund av detta kunde inte fler än sju självbiografier inkluderas i studien.

Fördelar med denna analysmetod var att den var tydligt uppdelad i ett flertal steg där författarna tydligt kunde se vad som skulle göras. Negativt är att de olika stegen gick in i varandra och överlappar varandra. En svårighet som författarna till en början stötte på då de läste materialet var att eftersom det var självbiografier som granskades fanns stora partier i materialet som var irrelevant i förhållande till författarnas syfte, vilket gjorde att det för författarna hade varit enklare att direkt plocka ut citat och partier av intresse för att besvara författarnas syfte. Författarna valde dock att inte frånga Burnard (1991) utan följde de olika stegen.

Rent resultatmässigt var en av fördelarna med att använda självbiografier för datainsamling, till skillnad från vid intervjuer, att beskrivningarna av kroppsuppfattning redan var bearbetade, reflekterade över och beskrivna på det sätt som informanterna själva valt. Det torde innebära att citaten, kategorier och rubriker verkligen täcker det informanterna anser ha varit viktigt för dem under ätstörningen. Detta i sin tur ökar möjligheten att resultatet i denna studie består av informanternas viktigaste upplevelser angående kroppsuppfattning. Självbiografierna som granskades i denna studie är publicerade inom ett spann av 24 år, vilket torde, utifrån studiens resultat, visa på att förvrängd kroppsuppfattning sett likadan ut under nästan ett kvarts sekel.

Burnard (1991) använder ett antal begrepp i sin artikel som kan vara svåra att tolka och det var därför viktigt att författarna satte sig in i metoden ordentligt för att undvika feltolkning. Det var viktigt att hålla isär begreppen: tema, rubrik, kategori och citat. För att inte misstolka

detta försäkrade sig författarna om att de förstått de olika begreppen rätt genom att läsa metoden oberoende av varandra och sedan diskutera för att säkerställa att de förstått begreppen.

Författarna har som redan tidigare nämnt viss erfarenhet inom kroppsuppfattning och psykiatri sedan tidigare. Detta påverkar synen på materialet och författarna är medvetna om det och därför används två oberoende personer för att få andra synvinklar på materialet. Detta för att öka studiens trovärdighet. De två oberoende granskningspersonerna valdes ut genom att muntligen tillfråga personer utan tidigare kunskap och erfarenhet om ätstörningar eller kroppsuppfattning. Det finns både för och nackdelar med att välja personer utan denna erfarenhet. Den största fördelen är att dessa personer inte går in i studien med förutfattade meningar om vilket resultat de väntas finna och därigenom missar bitar som är av relevans. Eftersom kroppsuppfattningens olika delar är svåra att dela upp då de påverkar varandra fanns det också svårigheter med kodningen av studiens material då samma tendens uppstod där, det vill säga svårigheter att få kategorierna helt skilda från varandra. Då alla delar hänger ihop på något sätt med en röd tråd har författarna försökt lösa detta genom stora kategorier med underkategorier. En annan fördel som uppstod genom att välja personer utan erfarenhet var att författarna försäkrade sig om att de hade täckt in hela materialet och att kategorierna var begripliga och överskådliga även för en oberoende person. Detta framförallt vid andra granskningen som gjordes av de två oberoende personerna då dessa granskade författarnas kategorisering, rubricering och de citat som plockats ut. En nackdel kan vara att eftersom kroppsuppfattning är något komplext och svårt att förstå sig på finns risk att de oberoende granskningspersonerna får svårt att förstå den exakta definitionen och därigenom missar delar i materialet. För att detta inte skulle uppstå valde författarna till denna studie att låta de oberoende granskningspersonerna ta del av de definitioner av kroppsuppfattning som författarna utgick ifrån. På detta sätt fick de oberoende personerna en bättre förståelse av vad kroppsuppfattning är och vilka delar som ingår. När författarnas och de oberoende personernas kategorier jämfördes sågs inga större skillnader. Vid andra granskningen hade de oberoende personerna inget att invända på vad gäller kategorier, rubriker och citat.

Denna analys- och studieform skulle kunna användas i vidare studier inom både ätstörningar och kroppsuppfattning men också inom många andra områden där fokuset ligger på personers upplevelse i specifika situationer och/eller sammanhang.

Konklusion

Denna studie resulterade i 3 kategorier; ”kroppsupplevelser”, ”förnekande” och ”det ouppnåeliga målet”, vilka speglar upplevelsen av kroppen hos personer med anorexi och/eller bulimi. Resultatet visade på att personer med anorexi och bulimi hade en mycket negativ syn på sin kropp och beskrivningarna hos alla informanterna oberoende av ätstörning liknade varandra. Inom varje kategori fanns alla tre delar av kroppsuppfattningen representerade.

Tillkännagivande

Författarna vill tacka Tommy Calner för god handledning vid utformning och genomförande av denna studie. Författarna vill även tacka de oberoende granskningspersonerna för att de frivilligt ställde upp att medverka till att förbättra denna studie. Ett stort tack även till handledare vid psykiatri på Sundsvalls sjukhus och Universitetssjukhuset i Linköping för tips och hjälp med relevanta referenser.

Referenslista

- Beals, K.A., & Hill, A.K. (2006). The prevalence of Disordered Eating, Menstrual Dysfunction, and Low Bone Mineral Density among US Collegiate Athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. Vol:16. 1-23.
- Benninghoven, D., Jürgens, E., Mohr, A., Heberlein, I., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2006). Different Changes of Body-Images in Patients with Anorexia or Bulimia Nervosa During Inpatient Psychosomatic Treatment. *European Eating Disorders Review*. Vol:14. 88-96.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., Jantschek, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*. Vol:48. 118– 123.
- Bergstrom, R.L., Neighbors, C., & Lewis, M.A. (2004). Do men find “body” women attractive?: Consequences of misperceiving opposite sex perceptions of attractive body image. *Body Image*. Vol:1. 183-191.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (2007). Negative self-image and outcome in eating disorders: results at 3-year follow-up. *Eating Behaviours*. Vol:8(3). 398-406.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*. Vol:24(2). 187-194.
- Bulik, C., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., & Lohr, K. (2007). Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*. Vol:40. 310-320.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. Vol:11. 461-466.
- Cassin, S.E., & von Ranson, K.M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology* Vol:25. 895–916.

Clinton, D., & Norring, C. (2002). Ätstörningar - bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Falköping: Natur och Kultur.

Cooper, M.J., Deepak, K., Grocutt, E., & Bailey, E. (2007). The Experience of 'Feeling Fat' in Women With Anorexia Nervosa, Dieting and Non-Dieting Women: An Exploratory Study. *European Eating Disorders Review*. Vol:15. 366-372.

Dropsy, J. (2004). *Den harmoniska kroppen : en osynlig övning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Farrell, C., Lee, M., & Shafran, R. (2005). Assessment of Body Size Estimation: A Review. *European Eating Disorders Review*. Vol:13. 75-88.

First, M., Frances, A. & Pincus, H. (2004). *The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR guidebook* (4th ed.). American psychiatric publishing inc: Washington DC.

Forsberg, S., & Lock J. (2006). The relationship between perfectionism, eating disorders and athletes A review. *Minerva Pediatrica*. Vol:58(6). 525-536.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. Vol:24. 105-112.

Hopkinson, R.A., & Lock, J. (2004). Athletics, perfectionism and disordered eating. *Eatings and weight disorder*. Vol:9. 99-106.

Lundvik Gyllensten, A. (2005). Kroppen, kroppsupplevelser och kroppsorienterade interventioner. I B. Brent, L. Hansson (Red.). *Att leva med funktionshinder* (pp. 295-306). Lund: Studentlitteratur.

Mitchell, J., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of Bulimia Nervosa: Where Are We and Where Are We Going?. *International journal of Eating Disorders*. Vol:40. 95-101.

Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Kortenberg: University Center Sint Josef.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1998). Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol:44(3-4). 451-456.

Råstam, M., Gillberg C., Gillberg I.C., & Johansson M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa – a controlled study using 20-item Toronto alexithymia scale. *Acta Psychiatrica*. Vol:95. 385-388.

Schilder, P. (2000). *The image and the appearance of human body*. Upplaga 3. Rutledge. London.

Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21st century - New answers to old questions. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol:12. 30-37.

Shapiro, J., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., Lohr K., & Bulik, C., (2007). Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*. Vol:40. 321-336.

Shroff, H., & Thompson, J.K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*. Vol:3. 17-23.

Skrzypek, S., Wehmeier, P.M., & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol:10. 215–221.

Smolak, L., Murnen, S.K., & Ruble, A.E. (2000). Female Athletes and Eating Problems: A Meta-Analysis. *International Journal Eating Disorders*. Vol:27. 371-380.

Stice, E., & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol:53. 985-993.

Sundgot-Borgen, J., & Torsteneit, M.K. (2007). The female football player, disordered eating, menstrual function and bone health. *British Journal of Sports Medicine*. Vol:41. 68-72.

Sundgot-Borgen, J., Torsteneit, M.K., & Skårderud, F. (2004). Spiseforstyrrelser i idretten. *Tidskrift for Den norske legeförening*. Vol:16. 2126-2129.

Torstveit, M.K., Rosenvinge, J.H., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian Journal of medicine and science in sports*. Vol:18. 108-118.

Wallin, U. (2000). *Anorexia Nervosa in adolescence course treatment and family function*. Akademisk avhandling. Lunds Universitet.

Williams, P., Goodie, J., & Motsinger, C. (2008). Treating Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physician*. Vol:77(2). 187-195.

Bilaga 1

När Mörkret Kom – en bok om anorexia

Lina Strandberg (2000) Författarhuset: Västerås

Lina var 14 år och gick i högstadiet då hon drabbades av anorexi, fem år senare skrev hon sin självbiografi. Anorexin utlöstes efter en stor viktnedgång efter en ryggoperation och hon blev bättre först några år senare efter flera rehabiliteringsperioder på sjukhus, med bildterapi och mental träning.

Simmar-Emma: Min kamp mot bulimin

Emma Igelström (2006) Forum: Stockholm

Emma är en av Sveriges mest framgångsrika simmare. Under sin karriär hann hon slå flera världsrekord och vinna otaliga guld. Hon led också av bulimi och all hennes tid och energi gick åt till de negativa tankar hon hade om sig själv och sin kropp. Bulimin utvecklades när Emma var i 14-årsåldern då hon slog igenom i Sverigeeliten och den varade till hon slutade simma i tidiga 20-årsåldern. Under den tiden hann hon sluta skolan, gå igenom några relationer och leva som proffssimmare utan att någon insåg hur sjuk hon verkligen var. Boken är skriven tillsammans med journalisten Carina Olofsson.

Den Inre Hungern – En ung kvinnas kamp mot anorexi och bulimi

Marianne Apostolides (2000) Kentaur: Tygelsjö

Marianne var 13 år när hon drabbades av anorexi. Hon är uppvuxen i övre medelklassen i USA och det var då hon började high school som hon drabbades av anorexi. Då hon efter år av anorexi inte längre kan hålla den strikta dieten går anorexin i stället över till bulimi. Under high school, universitet och början av sin yrkeskarriär, sammanlagt ett decennium, lever hon med en ätstörning.

Mitt liv min svält – En ung kvinnas väg genom anorexia nervosa: en berättelse om att överleva

Sheila Macleod (1982) Hammarström & Åberg: Enskede

Författaren till denna bok är en kvinna bosatt på en liten isolerad ö i Skottland. Hon började svälta sig själv i 16-årsåldern då hon dels hade svårt att identifiera sig själv och dels kände sig utanför familjen då hon studerade på en internatskola i London. Utan behandling tillfrisknade hon något år senare, men har efter det haft två större återfall.

Genom helvetet

Tina Nordlund (2006) Big Bok: Älvsjö

Den här boken handlar om Tina och hennes karriär som fotbollsspelare. Hon insjuknade i anorexi i 20-årsåldern i samband med sitt stora genombrott. Hon har vunnit Guldbollen och ansågs vara Sveriges bästa fotbollsspelare. Hon hade bra vänner, men lyckades dölja sjukdomen relativt väl fram till hon var ungefär 25 år. Boken är skriven tillsammans med journalisten Simon Bank.

Bulimi – Ett privat helvete

Eva Karlsson (1998) Aros Fix: Västerås

En bok om insjuknandet, sjukdomsbilden och tillfrisknandet i världens ensammaste sjukdom. Författaren till denna bok insjuknade i bulimi under tonåren men uppger att händelser under uppväxten bidragit starkt till att hennes sjukdom bröt ut. Då hon blev sjuk jobbade hon på en affär. Hennes sjukdomsperiod varade i ungefär 20 år.

Fri från bulimi

Irene Sjögren (2001) Natur & Kultur: Stockholm

Boken är författad tillsammans med psykologen och psykoterapeuten Gunborg Palme. Författaren till denna bok insjuknade i 20 årsåldern i bulimi och hennes sjukdomsperiod varade under mer än 25 år. Under dessa år höll hon denna hemlig för alla i sin omgivning utom för sin son. Hon arbetar på kontor men är sjukskriven därifrån till viss del under sin sjukdomsperiod.

Bilaga 2

Tabell 4. Översikt dataanalys enligt Burnard (1991)

Analyssteg	Beskrivning
Steg 1	Böckerna läses översiktligt och anteckningar med initiala teorier och idéer skrivs ner.
Steg 2	Böckerna läses grundligt och ingående med mål om fördjupning. Anteckningar tas angående teman i materialet.
Steg 3	Böckerna läses ytterligare en gång och så många kategorier som möjligt tas ut för att beskriva materialet, så kallad öppen kodning.
Steg 4	Listan på kategorier slås ihop till mer övergripande teman där så är möjligt.
Steg 5	Nya listan med teman och kategorier går igenom och kategorier som liknar varandra tas bort, så att inga dubletter finns.
Steg 6	Materialet lämnas till oberoende person/personer för genomgång vad gäller kategoriseringen.
Steg 7	Böckerna läses än en gång utifrån listan på teman och kategorier för att säkerställa att hela materialet täcks in.
Steg 8	Varje bok läses var för sig och markeringar görs för att identifiera citat som belyser de teman och kategorier materialet består av. Varje kategori har en färg för att särskilja dem. Detta kallas kodning.
Steg 9	Varje kodad del i materialet plockas ut och samlas ihop enligt kategorierna.
Steg 10	De utplockade delarna klistras ihop under passande tema och kategori.
Steg 11	Sammanställningen från steg 10 lämnas till utomstående person för granskning att de utplockade citaten är rätt kategoriserat.
Steg 12	Allt material sparas lättillgängligt.
Steg 13	Skrivprocessen. Teman, kategorier och citat presenteras med ett tema i taget.
Steg 14	Eventuella referenser läggs till för att belysa materialet.