



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

”JAG BRUKAR SÄGA ATT JAG HAR VARIT I HELVETET OCH BEHÖVER INTE VARA RÄDD FÖR NÅGONTING”

– UPPLEVELSER HOS ANHÖRIGA TILL
PERSONER MED ÄTSTÖRNINGAR

LINDA BAHARI
KIM LÖFQVIST

”JAG BRUKAR SÄGA ATT JAG HAR VARIT I HELVETET OCH BEHÖVER INTE VARA RÄDD FÖR NÅGONTING”

– UPPLEVELSER HOS ANHÖRIGA TILL PERSONER MED ÄTSTÖRNINGAR

LINDA BAHARI
KIM LÖFQVIST

Bahari, L & Löfqvist, K. “Jag brukar säga att jag varit i helvetet och behöver inte vara rädd för någonting”. Upplevelser hos anhöriga till personer med ätstörningar. *C-uppsats. Socialt arbete: examensarbete, 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för socialt arbete, 2017.

När en person drabbas av ätstörningar påverkas oundvikligen den sociala kontexten; inte minst hens familj och andra anhöriga. Innebörden i hur det är att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa, såsom ätstörningar, är fortfarande ett relativt outforskat ämne. Syftet med föreliggande studie är att skildra upplevelser hos anhöriga till personer med ätstörningar. Vidare undersöks hur medberoende kan ta sig uttryck hos de anhöriga, och deras stödbehov identifieras.

Åtta anhöriga till personer med ätstörningar intervjuades, och olika anhörigperspektiv åskådliggjordes då de hade olika positioner inom sina respektive familjer. Intervjupersonernas utsagor utgör studiens empiriska material. Intervjuerna var kvalitativa och semistrukturerade i syfte att fånga de anhörigas subjektiva perspektiv. Det empiriska materialet analyserades med hjälp av två teoretiska utgångspunkter; systemteori och medberoendebegreppet, samt relevant tidigare forskning.

Resultatet belyser det faktum att anhörigskap till en person med ätstörningar innebär påfrestningar och stort lidande. Ätstörningen påverkar utan tvekan hela familjesystemet på olika sätt, och medberoende ges uttryck i olika strategier. Gällande anhörigstöd visar resultatet att det finns behov av olika former av stöd, eftersom anhöriga är en heterogen grupp med varierande behov.

Nyckelord: anhörigstöd, kvalitativ forskning, medberoende, systemteori, psykisk ohälsa, semistrukturerade intervjuer, ätstörningar

“I USUALLY SAY THAT I’VE BEEN THROUGH HELL AND AM NOT AFRAID OF ANYTHING”

- EXPERIENCES BY RELATIVES OF INDIVIDUALS WITH EATING DISORDERS

LINDA BAHARI
KIM LÖFQVIST

Bahari, L & Löfqvist, K. “I usually say that I’ve been through hell and am not afraid of anything”. Experience by relatives of individuals with eating disorders. *Degree project in social work, 15 credits*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of social work, 2017.

An individual suffering from eating disorders will inevitably affect his or her social context; especially relatives within in the context of the family. The signification of being a relative of a person with mental illness, such as eating disorders, is still a relatively unnoticed topic. The purpose of this study is to describe and illustrate the experiences of being a relative of a family member suffering from eating disorders. Furthermore the aim is to examine how co-dependency can be expressed by the relative. Additionally the specific support needs in terms of being a relative is to be identified.

Eight relatives of a family member with an eating disorder were interviewed, each providing us with a different perspective, as they had various positions within their families. Their statements constitute the empirical material of this study. The interviews were qualitative and semi-structured in order to capture the world as it is understood by their individual point of view. The analysis of the empirical material was based on two theories; systemic theory and concepts of co-dependency, as well as relevant previous research.

The result highlights that being a relative of a family member with an eating disorder can be very stressful, and involves a great deal of suffering. The eating disorder affects the whole family-system in various ways, and co-dependency manifests in different strategies. Regarding relative support the result shows that various approaches are needed, as all relatives are different and hence have different needs.

Keywords: co-dependency, eating disorders, mental illness, qualitative research, relative support, semi-structured interviews, systemic theory

Vi vill rikta ett stort tack till intervjupersonerna som så generöst och öppenjärtigt delat med sig av sina erfarenheter och reflektioner. Tack även till handledare Åsa Alftberg för klarsynthet och behjälpliga råd.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	6
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Syfte	7
1.3 Frågeställningar	7
1.4 Avgränsningar.....	7
2. ÄTSTÖRNINGAR.....	7
2.1 Diagnoser	7
2.2 Utbredning och orsaker till ätstörningar.....	8
2.3 Behandling	10
3. TIDIGARE FORSKNING	10
3.1 Att vara anhörig till en person med psykisk sjukdom	10
3.2 Tidigare forskning om medberoende	12
4. METOD	13
4.1 Kvalitativ forskningsmetod	13
4.2 Etiska överväganden	14
4.3 Genomförande, urval och bearbetning av material	14
4.4 Forskarnas roll och källkritik	15
5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	16
5.1 Systemteori	16
5.1.2 Gränser, strukturer och anpassning inom familjesystemet	17
5.1.3 Roller inom och utanför familjesystemet.....	18
5.2 Medberoende	18
6. RESULTAT OCH ANALYS	20
6.1 Påverkan	21
6.1.2 Påverkan på den anhöriga.....	21
6.1.3 Påverkan på familjen.....	25
6.2 Strategier	30
6.3 Stöd	34
7. SLUTSATSER OCH REFLEKTIONER	37
8. REFERENSER.....	40
Litteratur.....	40
Offentliga tryck	42
Internetkällor.....	42
Bilaga 1: INFORMATIONSBREV.....	44
Bilaga 2: INTERVJUGUIDE.....	45

1. INLEDNING

Under hösten 2014 sände Sveriges Television programmet "Djävulsdansen" som handlar om att vara anhörig till närstående¹ med missbruksproblem. Det var de anhörigas perspektiv som särskilt lyftes fram, och det medberoendetillstånd som kan uppkomma om man lever nära en sådan stark företeelse. Medberoende är ett begrepp som lyfter fram hur det kan vara att leva nära en person med missbruksproblematik, andra destruktiva handlingar eller beroenden. Som en följd av detta kan de anhöriga själva hamna i tillstånd som i sig självt kan beskrivas som en sjukdom, eller ett sjukdomsliknande tillstånd med sociala, psykologiska eller fysiska symptom (Börjesson et al., 2013:235ff; Palmblad, 2013:10ff).

Under 2016 sändes programmets andra säsong, som handlade om att leva nära en person med psykisk ohälsa. Programmet tog återigen särskilt upp den anhöriges situation, upplevelser och medberoende, i perspektivet som partner, barn och förälder till en drabbad. Ett avsnitt handlade om att vara förälder till ett barn som drabbats av ätstörningar, vilket fångade vårt intresse.

Att vara anhörig kan vara en påfrestande situation och anhöriga är en grupp som riskerar att själva drabbas av ohälsa (Johansson, 2010:56; Winqvist, 2010:74f). Hur det är att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa är ett relativt ouppmärksammat ämne i Sverige idag (Johansson, 2010:72), och forskning kring att vara anhörig till personer som drabbats av ätstörningar är närmast obefintlig. Detta blev en katalysator för oss att vidare utforska anhörigskap och medberoende i relation till ätstörningar.

1.1 Problemformulering

Familjen har i de flesta samhällen ofta svarat för vård, skydd och försörjning av barn, sjuka, funktionshindrade och äldre. I ett svenskt socialpolitiskt historiskt perspektiv spelade familjen under förra seklet dock en undanskymd roll i denna aspekt, eftersom vår välfärdsmodell lade huvudansvaret för vård och omsorg på staten. Hälso- och sjukvården flyttade således från hemmen och in på institutioner. Sedan 1990-talet har trenden vänt, och det är återigen familjen och andra anhöriga som vårdar och stöttar sina närstående. Samhällets insatser väntas dessutom mer och mer bli ett komplement till det stöd och den vård de anhöriga står för (Johansson, 2010:10ff). Denna utveckling har sammanfallit med de neoliberala socialpolitiska förändringar som bidragit till att den offentliga sektorn tar allt mindre ansvar inom vård och omsorg. Därmed har anhörigas roll och funktion fått en ökad betydelse i dessa sammanhang, vilket har gjort att anhöriga som grupp i samhället har synliggjorts och uppvärderats (Johansson, 2010:12ff).

Kommunerna har en lagstadgad skyldighet att erbjuda anhöriga stöd, enligt socialtjänstlagen 5 kap. 10§ som säger att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Socialtjänsten ska utifrån detta aktivt jobba för att ta reda på vilket stöd anhöriga kan tänkas behöva (Matheny, 2013:18f). I Sveriges kommuner är det sedan satsningen på ett mer utvecklat anhörigstöd från 1990-talet inte ovanligt att en person med specialistkunskap, en så kallad anhörigkonsulent eller anhörigstödjare, fungerar som en samordnare för kommunens anhörigstöd (Johansson, 2010:12; Winqvist,

¹ I föreliggande uppsats använder vi lagens definitioner för begreppen anhörig och närstående. Med anhörig menas den person som vårdar och stödjer. Den närstående är den som tar emot omsorg och stöd (Matheny, 2013:11).

2014:23). Utbudet av anhörigstöd varierar idag från kommun till kommun, och bygger på vad den enskilda kommunen ansett vara viktigt snarare än på en helhetsbild som baseras på forskning och undersökningar (Johansson, 2010:61). Det finns alltså otillräcklig kunskap om situationen för anhöriga till personer med ätstörningar, och vilket stöd de kan tänkas vara i behov av. Som blivande socionomer känns det angeläget att försöka fylla ut den kunskapslucka som föreligger inom socialtjänstens anhörigstöd för målgruppen i dagsläget. Med avstamp i vår nyfikenhet ämnar vi med föreliggande studie att skildra anhörigas upplevelser av att leva nära en person med ätstörningar, hur medberoende kan yttra sig hos dem samt hur deras stödbehov ser ut.

1.2 Syfte

Uppsatsen syfte är att skildra anhörigas upplevelser av att ha en familjemedlem som drabbats ätstörningar, undersöka hur medberoende kan ta sig uttryck hos de anhöriga samt identifiera deras stödbehov.

1.3 Frågeställningar

1. Hur påverkas en familj av att en familjemedlem drabbas av en ätstörning?
2. Hur kan medberoende ta sig uttryck hos de anhöriga till en familjemedlem med ätstörningar?
3. Vilket behov av stöd anser de anhöriga sig ha haft under tiden då deras familjemedlem var sjuk?

1.4 Avgränsningar

Den främsta begränsningen i föreliggande studie är det omfång och den tidsrymd ett examensarbete på C-nivå skrivs inom. Studien hade fått ett annat omfång med ett större urval intervjupersoner, samt längre och mer djupgående intervjuer. Med utgångspunkt i detta eftersöktes sex till åtta vuxna personer, företrädesvis med spridning i ålder och kön, med erfarenhet av att vara anhörig till en familjemedlem med ätstörning. Den sjukdomsdrabbade personen skulle ha varit frisk i minst två år.

2. ÄTSTÖRNINGAR

I detta kapitel kommer vi att beskriva och diskutera ätstörningsdiagnoser, deras uppkomst, utbredning och behandling.

2.1 Diagnoser

Själva begreppet ätstörningar definieras sällan och har ingen vedertagen definition (Clinton & Norring, 2014:27). Istället fungerar termen oftast som ett samlingsnamn för de sjukdomsdiagnoser som beskrivs i version fem av diagnossystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), som ges ut av American Psychiatric Association.

DSM-klassificeringen av ätstörningar har förändrats väsentligt sedan första versionen från 1980 (se exempelvis Clinton & Norring, 2014:28ff), och DSM-5 har sammanfört ”födorelaterade symptom” (som oftast ses hos spädbarn och barn) med “ätstörningar” (som ofta ses hos ungdomar och vuxna). Systemet är således åldersövergripande. Det har även skett förändringar i kriterierna för anorexia nervosa och bulimia nervosa, och man har försökt minska antalet personer som tidigare klassificerades som “ätstörning utan närmare specifikation” (UNS). Istället för UNS används numera “andra specificerade ätstörningar” (AnS) och

”ospecificerad ätstörning” för personer som bedöms vara drabbad av en ätstörning som inte går att specificera. De syndrom som ibland kallas ortorexi eller ortorexia nervosa, vilket dock aldrig varit en psykiatrisk diagnos, kan anses inrymmas under klassificeringen ”överdriven träning och strikt kosthållning”. Begreppet ortorexia nervosa myntades 1996, och forskas på idag som ett fenomen i sig självt. Det definieras i forskningen som ett tillstånd av ohälsosamma och besatta vanor och förhållningssätt till mat och ätande. I nuläget anses det inte vara en unik ätstörning med egen diagnos, vilket dock diskuteras med oenighet (Håman, 2016:17–25; Rössner, 2004; Bratman & Dunn, 2016).

DSM-5 tas i bruk i den svenska ätstörningsvården under 2016, och manualen klassificerar följande kategorier av ätstörningar: ”anorexia nervosa”, ”bulimia nervosa”, ”hetsättningsstörning”, ”undvikande/restriktiv ätstörning”, ”andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom” (AnS), ”ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom” samt ”överdriven träning och strikt kosthållning”.

DSM-5 tar alltså upp den mest omfattande klassificeringen gällande ätstörningar sedan dess första version för drygt 30 år sedan, vilket kan tolkas som att kunskapsläget har blivit mer nyanserat. Det anses dock fortfarande finnas otillfredsställelse gällande förekomst och utbredning. Detta kan bero på att kriterierna för ätstörningar inte är entydiga, och att de förändrats över tid. Under lång tid var anorexi i fokus för medicinvetenskapen, och inte förrän 1979 introducerades bulimia nervosa som ett medicinskt begrepp. I dagens DSM-5 finns långt fler diagnoser än dessa två, och även ospecificerade ätstörningar nyanseras. Eftersom bulimi och ospecificerade ätstörningar inkluderats i psykiatriska klassificeringssystem långt senare än anorexi finns det således betydligt färre epidemiologiska data, såsom utbredning, orsaker och förlopp, kring de sjukdomarna (Andersen, 1995:177ff; Engström, 2014:43ff).

2.2 Utbredning och orsaker till ätstörningar

För att förstå varför en person drabbas av en ätstörning räcker inte endast ett perspektiv, utan snarare samspelar biologiska, psykologiska och sociala processer. Clinton, Engström och Norring menar att man kan diskutera uppkomsten av ätstörningar antingen utifrån specifika orsakssamband, såsom sociokulturella, biologiska faktorer eller utifrån hur olika faktorer inverkat vid olika tidpunkter i den drabbades liv. I det senare fallet urskiljs predisponerande faktorer, utlösande faktorer och vidmakthållande faktorer utifrån en kronologisk utvecklingsprocess. Predisposition handlar om att individen kan anses ha en viss sårbarhet för att utveckla just denna typ av problem, såsom genetiskt arv, tidig personlighetsutveckling eller familjemönster. Utlösande faktorer handlar om händelser som sätter igång den process som leder till ätstörningsdebut, såsom bantning eller viktnedgång. Till slut utgör de vidmakthållande faktorerna det som gör att ätstörningen bibehålls, såsom svält, kräkningar eller hetsätning. Dessa faktorer samspelar sedan med sociokulturella, biologiska och psykologiska faktorer över en längre tid, vilket gör det svårt att finna enkla svar på ätstörningars uppkomst hos en individ (2014:67ff). Parallella diagnoser, så kallad samsjuklighet, är inte heller ovanligt där patienten också uppfyller kriterier för andra psykiatriska diagnoser såsom depression, ångest, tvångsmässighet, missbruk eller personlighetsstörning. Detta komplicerar sjukdomsbilden ytterligare (Brewerton & Baker Dennis, 2014; Clinton & Norring, 2014:32f).

En ätstörning debuterar oftast under senare tonåren (16-19 år), men en tidigare sjukdomsdebut är inte ovanlig. Även senare debuter, upp i medelåldern, förekommer. Oftast har debuten en självsvältande karaktär för att sedan övergå i

ett hetsättningsbeteende. Senare kan symptomen bli mer ospecificerade (tidigare "ätstörning utan närmare specifikation", UNS) (Clinton & Norring, 2014:31). Studier har ofta haft fokus på anorexi och sjukdomen har dessutom betraktats som något nästan uteslutande flickor och unga kvinnor drabbas av. Idag har det allt mer uppmärksamats att även pojkar och män drabbas; cirka 8 procent av de drabbade anses vara pojkar och män. Risken att drabbas av anorexi anges till 1 procent hos tonårsflickor och ungefär 0,1 procent hos tonårspojkar. Bulimi och hetsätning har mindre könsskillnader och är sannolikt 3-5 gånger vanligare (Andersen, 1995: 177ff; Kunskapscentrum för ätstörningar KÄTS www.atstorningar.se).

Även i ett medicinhistoriskt perspektiv är det just flickors sjuklighet, och främst självsvalt, som varit i fokus. De beskrivna symptomen påminner om dagens ätstörningsdiagnoser, såsom avmagring, menstruationsrubbningsproblem, problem med kroppsuppfattningen, värk, nedstämdhet och sömnproblem. Benämningarna på sådana symptombilder har dock varierat över tid. Under 1500-talet användes begreppet *morbus virgineus* ("jungfruns sjukdom") för att beteckna symptom som blekhet, aversion mot föda och menstruationsbortfall. Under 1700-talet beskrivs liknande symptom hos flickor, och under 1800-talet diagnostiserades flickor med bleksot eller kloros (Bell, 1985; Larsson, 2003:47; Thurfjell, 2003:133f).

Den första medicinska beskrivningen av det vi idag kallar anorexi gjordes år 1694, då tillståndet ansågs vara en form av psykisk störning. Först år 1873 fick anorexia nervosa ett genombrott som diagnos där avmagring, rastlöshet och brist på sjukdomsinsikt var karaktäriserande drag. Sedan dess har det gradvis skett en förändring i bilden av sjukdomen, där man sedan 1960-talet alltmer betonat patientens önskan att bli smal. Man menar generellt att sjukdomen kretsar kring en stark rädsla för viktuppgång, försök att begränsa ätandet och att patientens självkänsla är kopplad till vikt och kroppsform (Clinton & Norring, 2014:20ff).

Feministiska och genusvetenskapliga analyser diskuterar samhällets skuld i att människor drabbas av ätstörningar, och framför allt hur kvinnor socialiseras till att kontrollera och disciplinera sina kroppar. Istället för att analysera ätstörningar som ett individuellt problem som ska åtgärdas på det individuella planet, läggs här alltså vikt vid samhälls- och könsperspektiv. Generellt menar man att när kvinnor, efter industrialiseringen och framåt, fått större rörelsefrihet och till synes större makt, måste deras ökade inflytande på något sätt motverkas eller balanseras, eftersom patriarkala strukturer fortfarande råder (Orbach, 2016; Wolf, 2015). Det finns en tydlig koppling mellan en ökning av anorexia och bulimi och hur kvinnoidealet förändrats sedan 1960- och 1970-talet. Kroppen i allmänhet, och den kvinnliga kroppen i synnerhet, anses vara under ständigt socialt tryck att kontrolleras, disciplineras och förbättras (Arthurs & Grimshaw, 1999). Feministiska analyser menar att maktfördelningen mellan kvinnor och män bibehållits när den yttre kontrollen av kvinnor ersatts med en inre kontroll där kvinnor socialiseras till att förbättra och kontrollera sig själva och sina kroppar (Larsson, 2003:60ff).

Gällande uppkomsten av ätstörningar visar litteraturen att det är ytterst svårt att sätta exakt finger på vad som orsakar sjukdomarna, eftersom det är så många faktorer som spelar in och samverkar. Det är en heterogen grupp av människor som drabbas där svaren får sökas i olika skärningspunkter mellan biologiska, psykologiska, kulturella och strukturella faktorer. Ätstörningar är således komplicerade fenomen där en stor uppsättning faktorer, på olika nivåer och av olika karaktär, interagerar och leder till en varierad bild. När samspelet mellan olika faktorer belyses accentueras också sociokulturella faktorer där kroppen inte

enbart anses bestå av biologiska och psykologiska förutsättningar utan också gestaltar strukturella villkor.

2.3 Behandling

Ätstörningar utgör allvarliga sjukdomstillstånd som förknippas med hög dödlighet, och det är således viktigt att den drabbade får behandling (Clinton & Norring 2014:57ff; Smith & Cook-Cottone, 2011:323). Olika former av behandling används inom öppenvården, vilket troligtvis är den vanligaste plattformen för behandling av ätstörningar idag. Ofta kombineras antidepressiva läkemedel med någon form av individuell eller familjefokuserad terapi. Slutenvårdsbehandling är aktuellt vid svåra fall av framför allt anorexia nervosa och bulimia nervosa (Clinton & Norring, 2014:61ff). Familjebehandling för anorexia nervosa utfördes för första gången under 1970-talet med syfte att understödja hela familjesystemet utifrån funktion och beteende. Att involvera hela familjen har visat ge förbättrad kommunikation och bättre förståelse inom familjen, även om det krävs fler jämförande studier för att kunna utvärdera effektiviteten i familjebehandling för ätstörningar (Smith & Cook-Cottone, 2011:324ff). Kroppsinriktad behandling, där man med utgångspunkt i rörelseträning, avspänningsövningar, kropps- och dansterapi samt utbildning om kroppen söker normalisera kroppsuppfattningen har visat goda resultat (Thörnberg, 2014:137ff).

Problematiken med behandling av ätstörningar ligger i att olika behandlingar passar olika väl för olika patienter, men det är omöjligt att på förhand säkra en prognos. Dessutom är det svårt att dra slutsatser om behandlingsresultat, eftersom hur man definierar tillfrisknande kan avgöra vilket resultat man får fram. Många får återfall, även om de ansetts vara "fullständigt återställda" efter behandling. Denna komplexa sjukdomsbild, som dessutom kan återuppstå över tid, gör ätstörningar till svårbehandlade sjukdomar där fysiska, psykiska och sociala konsekvenser kan finnas kvar långt efter att symptomen förbättrats (Clinton & Norring, 2014:55, 61ff, 244ff).

3. TIDIGARE FORSKNING

Här presenteras tidigare forskning som har relevans för vår studie. Forskning som gäller anhöriga till personer med ätstörningar är i dagsläget bristfällig, i det närmaste obefintlig. Både internationell och svensk forskning om anhörigskap avhandlar huvudsakligen hur det är att vara anhöriga till äldre, eller personer med psykiska och fysiska sjukdomar; till exempel schizofreni, alzheimer och olika funktionsnedsättningar. Som tidigare nämnts klassificeras ätstörningar enligt DSM-5 som en psykiatrisk sjukdom. Eftersom kunskapsläget är så pass utforskat gällande anhöriga till personer med ätstörningar kommer vi i följande avsnitt istället att redogöra för forskning som gjorts om anhöriga till personer med olika psykiska sjukdomar.

3.1 Att vara anhörig till en person med psykisk sjukdom

Som en del i en longitudinell studie gällande kvalitén inom den svenska psykiatriska sjukvården genomförde Östman et al. (2000) två undersökande intervjustudier. Deltagarna var anhöriga till personer med psykisk sjukdom. En grupp anhöriga intervjuades år 1986, och en annan grupp elva år senare, år 1997. Dessa intervjuer avsåg undersöka hälsotillstånd, delaktighet och påfrestningar hos anhöriga till både tvångs- och frivilligt inlagda psykiskt sjuka patienter. De

syftade även till att identifiera behovet av anhörigstöd (2000:191). Majoriteten av de anhöriga som intervjuades var föräldrar till patienter över 18 år. Östman et al. ville även ta reda på hur de anhörigas eventuella behov av stöd hanterats av sjukvården.

Resultat från båda undersökningarna visade att en hög andel av de anhöriga kände att de behövde eget stöd, ett stöd som dock inte kunde tillgodoses av den psykiatriska sjukvården. En stor del av de anhöriga uppgav också att de var i behov av annan samhällelig service och sjukvård kopplat till påfrestningar inom familjen. Det största behovet av personligt stöd återfanns hos de anhöriga som uppgett att de själva led av psykisk ohälsa; det var också de som i större grad upplevde påfrestningar och låg delaktighet gällande den sjukdomsdrabbade (Östman et al., 2000).

Angående tidsaspekten påpekas att en rad strukturella och juridiska förändringar ägt rum inom den psykiatriska sjukvården under de elva år som passerat mellan år 1986 och 1997. Detta till trots visar de olika undersökningarna på slående lika resultat. Antalet anhöriga som upplevt sig ha ett behov av eget stöd var större i undersökningen 1997. Det kan eventuellt förklaras med det marknads- och konsumentfokus som allt mer brett ut sig under denna tidsperiod. Forskarna menar att de anhöriga kan ha fått ökad kunskap om sina "medborgerliga rättigheter" till särskilt stöd, men också en djupare förståelse gällande det komplexa i att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa (2000:198). Sammantaget indikerar resultaten att de anhörigas upplevelser av påfrestningar inte minskat trots förändringar inom den psykiatriska sjukvården, och ökad generell kunskap om psykisk ohälsa. Östman et al. hävdar att anhörigstöd borde erbjudas rutinmässigt, och inte bara vid särskild efterfrågan, eftersom ett väl fungerande socialt nätverk är av stor betydelse för den sjukdomsdrabbade personens hälsotillstånd (Östman et al., 2000:199).

Ewertzon et al. poängterar i *Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation* (2010) vikten av att involvera familjemedlemmar när en person drabbas av psykisk sjukdom. De beskriver hur det sociala nätverket runt den sjuke ofta krymper, och att familjemedlemmar är de som vanligtvis stannar kvar. Familjens sociala, praktiska och känslomässiga stöd framställs som avgörande i tillfrisknandeprocessen. Alla familjemedlemmar har dock inte resurser eller möjlighet att vara en del av ett stödjande sammanhang, vilket gör anhörigas involvering till en komplex fråga. Ewertzon et al. vill emellertid titta på anhöriga familjemedlemmars grad av delaktighet i den sjukes vård. De använder begreppet aliering (känslan av främlingskap) för att undersöka hur anhöriga till personer med psykisk sjukdom upplever bemötandet inom psykiatrin. Ewertzon et al. menar att de anhörigas delaktighet kan begränsas på grund av dåligt bemötande av de professionella inom vården. Om de anhöriga känner sig dåligt bemötta kan det följaktligen leda till en känsla av aliering och maktlöshet (Ewertzon et al., 2010:422f).

Undersökningen omfattade 70 anhöriga familjemedlemmar till personer med psykisk sjukdom. Resultaten visade att genomsnittet av de anhöriga upplevt negativt bemötande inom den psykiatriska vården. Ett betydande antal upplevde inte heller att de gjordes tillräckligt delaktiga i den sjukes vårdplan. Resultaten indikerade även en sammantagen känsla av maktlöshet hos de anhöriga. Ewertzon et al. understryker att kunskap gällande de anhörigas negativa upplevelser i vårdssammanhang behöver spridas inom hälso- och sjukvården för att belysa vilken effekt de professionella kan ha på anhöriga (Ewertzon, 2010:429ff)

Gavios et al. (2006) har genomfört en kvalitativ studie i syfte att utveckla en anhörigstödande modell: "Mental health professional support" (MHP). Stödet riktar sig främst till familjer där en familjemedlem lider av schizofreni; en psykisk sjukdom som fortfarande stigmatiseras. Man har intervjuat tolv familjemedlemmar varav vissa familjer tagit del av MHP-modellen, och andra inte (2006:102f). De anhöriga beskriver att det känns som en kris- och chockartad upplevelse att leva nära en person med psykisk sjukdom. De uttryckte ett behov av professionellt stöd, eftersom deras livssituation var så pass förändrad och kantades av stress och oro. Studiens resultat visade även att de familjer som inte tagit del av MHP-modellen förblev i ett krisliknande stadium längre. De som tagit del av anhörigstöd i form av MHP verkade däremot återhämta sig fortare. Gavios et al. poängterar att hela familjen påverkas när en person drabbas av psykisk sjukdom, och att det därför är viktigt att skifta fokus från det individuella planet till ett mer holistiskt perspektiv som innefattar stöd till hela familjen (2006:107).

Genom tidigare forskning om anhörigskap står det således klart att en sjukdomsdrabbad person kan påverka sina anhörigas hälsotillstånd på olika sätt. I föreliggande studie använder vi begreppet medberoende för att undersöka innebörden av att leva som anhörig till en person med ätstörningar. Kommande avsnitt behandlar därför tidigare forskning gällande medberoende.

3.2 Tidigare forskning om medberoende

I litteratur och forskning om medberoende kopplas begreppet främst till personer som lever nära en missbrukare. Att leva nära andra destruktiva beteenden beskrivs emellertid också kunna leda till medberoende (Hellsten, 1998). Om en person är sjuk i en ätstörning innebär det utan tvekan ett destruktivt handlingsmönster.

O'Gorman (1993) skriver att allt fler, främst kvinnor men även män, börjat identifiera sig som medberoende utan att ha en närstående med missbruksproblematik. Vidare beskriver hon medberoende som en form av inlärd hjälplöshet, och ett destruktivt relationsbeteende som kan gå i arv från en generation till en annan. O'Gorman menar att en avgörande faktor vid behandling av medberoende personer är just vetskapen om att det är ett inlärt beteende (1993:200f). Författaren anser vidare att definitionen av medberoende som en sjukdom leder till ökad stigmatisering, och förespråkar därför resonemanget om inlärd hjälplöshet. Genom att se sitt medberoende som ett inlärt beteende har man större möjlighet att istället lära sig nya beteenden för att på så sätt komma ur sitt medberoende. Medberoende personer behöver alltså lära sig att ta hand om sig själv i första hand, och inte se sig som huvudansvariga för närståendes välmående (1993:210).

Knudson & Terell (2012) har gjort en undersökande studie om medberoende, och understryker det faktum att begreppet är mångbottnat. Författarna beskriver hur en medberoende person kan karaktäriseras genom ett visst behov av att kontrollera och känna ett överdrivet ansvar för en närstående. Intentionen är att rädda denne från ett särskilt destruktivt beteende eller sjukdom. Detta kan leda till dysfunktionella relationsmönster, samt att den medberoende tappar fokus på sig själv och sitt välbefinnande. Många forskare anser att barn som vuxit upp med missbruk i familjen har lättare för att utveckla medberoende i vuxen ålder (Knudson & Terell, 2012:245). Knudson & Terell ämnar dock förklara uppkomsten av medberoende hos vuxna personer utan att göra kopplingen till missbruksproblem. De driver tesen att ett medberoende hos en vuxen person kan härledas till att personen som barn växte upp i ett dysfunktionellt familjesystem med föräldrar i konflikt. Barn som ofta upplever konflikt mellan sina föräldrar kan utveckla en känsla av att behöva ta ansvar för att lösa konflikterna. Knudson &

Terell menar att detta ansvarstagande kring andra personers välmående kan komma att utvecklas till ett medberoende (2012:250). De undersöker korrelationen mellan att vara medberoende i vuxen ålder och att ha upplevt föräldrarnas konflikt i barndomen (ibid: 254). Genom en anonym enkätundersökning undersöktes 223 studenter vid Universitetet i North Dakota. Resultatet visade att det fanns ett signifikant statistiskt samband mellan att som barn ha upplevt föräldrarnas konflikt och att sedan bli medberoende i vuxen ålder. Det är alltså inte uteslutande missbruksproblematik som går att förknippa med medberoende. Knudson & Terell anser att det bör forskas ytterligare om vilka andra faktorer som kan ligga till grund för ett medberoende (2012:255f).

Marks et al. (2012) forskar om medberoende, och skriver om Composite Codependency Scale (CCS), som är ett mättningsverktyg framtaget för att identifiera framträdande och gemensamma faktorer hos medberoende personer. I syftet att undersöka tillförlitligheten testade man CCS på 301 deltagare, varav en del var medlemmar i Codependents Anonymous (en stödgrupp för medberoende). Genom undersökningen utkristalliserades tre olika faktorer; självupppoffring, förträngning av egna känslor och ett behov av mellanmännisklig kontroll. Det fanns också signifikanta samband mellan medberoende och depression, ångest, stress samt familjär dysfunktion (2012:119). Även om mätinstrumentet CCS visade på hög reliabilitet och validitet, menar Marks et al. att vidare forskning om samband mellan medberoende och ovan nämnda faktorer är nödvändigt (ibid: 125).

4. METOD

Följande kapitel avser redogöra för val av metod, tillvägagångssätt gällande insamling och bearbetning av empiriskt material, urval, våra roller som forskare, etiska överväganden samt källkritik.

4.1 Kvalitativ forskningsmetod

Kvalitativ forskning förknippas ofta med att söka djupare förståelse kring särskilda sociala fenomen eller idéer, inte sällan med fenomenologi och subjektivism som utgångspunkt. Subjektivism i detta sammanhang kan förklaras med att forskningsfältets aktörer står i fokus; deras handlingar, tankar och aktiviteter. En interaktion mellan forskare och aktör är mer eller mindre en förutsättning för att forskaren ska kunna förstå, och få tillgång till aktörens värld. Vidare innebär ett subjektivt förhållningssätt att forskaren måste beakta individuella aktörers perspektiv, och deras bild av verkligheten (Asper, 2011:29ff). Valet att anlägga en kvalitativ ansats grundar sig på studiens syfte och frågeställningar, som primärt karaktäriseras av ett beskrivande forskningsintresse. Vi vill skildra anhörigas tankar, känslor och upplevelser av att ha en anhörig med ätstörningar, samt definiera eventuella stödbehov inom målgruppen. En sådan, så kallad "kvalitativ inställning", i genomförandet av en studie kännetecknas av att fenomen beskrivs innan de teoretiseras, och människors tänkande, uppfattningar och handlande inom ramen för deras egen kontext är primär (Alvesson & Skoldberg, 2008:17; Kvale & Brinkmann, 2009:28).

Vårt val föll vidare på kvalitativa samtalsintervjuer, som "försöker fånga in världen såsom den förstås av informanternas synvinkel och tolkar innebörden i deras beskrivningar" (Kvale & Brinkmann, 2009:17ff). Begreppet "livsvärld" är centralt inom fenomenologin och syftar till informantens egen vardagsvärld, och anpassning till sin livssituation, som undersöks utan att på förhand tolkas av vetenskapliga förklaringar och utredningar. Genom att ta del av, och analysera

upplevelser och "livsvärldar" vill vi således åskådliggöra innebörden av att vara anhörig till person med ätstörning. Ett sådant fenomenologiskt förhållningssätt är sedan länge utbrett inom kvalitativ forskning; att förstå ett fenomen genom subjektiva erfarenheter (Alvesson & Sköldbberg, 2008: 166-168; Kvale & Brinkmann, 2009: 42ff). I vårt fall innebär interaktion med målgruppen att vi genomförde semistrukturerade samtalsintervjuer med personer som har erfarenheter av att vara anhörig till ett en familjemedlem med ätstörningar. Genom dessa samtal skildrar vi intervjupersonernas subjektiva upplevelser.

4.2 Etiska överväganden

Vi ansökte om en etisk prövning hos Etikrådet vid Fakulteten för hälsa och samhälle, eftersom vårt ämnes karaktär kan upplevas känsligt då det berör intervjupersonernas psykiska hälsa enligt personuppgiftslagen § 13. Ett informationsbrev (se bilaga 1) författades för att beskriva studien, dess syfte och utformning. Vi sökte vuxna personer över 18 år. Vidare skulle den sjukdomsdrabbade familjemedlemmen ha varit frisk i minst två år.

Den etiska prövningen godkändes (HS2015 löp nr 12, 2016-11-18) och omgående därefter sökte vi personer att intervjua. Gällande etiska aspekter utgick vi ifrån Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) som omfattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Varje intervjuperson delgavs information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Denna information förmedlades både genom informationsbrevet, såväl som muntligt vid intervjuernas början. Vi klargjorde även att intervjupersonerna kunde neka att svara på frågor när som helst under intervjun. Samtliga deltagare gav sitt samtycke till att delta i studien. Konfidentialitet uppnåddes genom att inspelningen av varje intervju raderades direkt efter transkribering, och genom anonymisering av namn, platser och andra omständigheter som riskerar att röja identitet. Vi informerade vidare om att ingen obehörig skulle få ta del av materialet, och att det skulle förvaras så att det bara var åtkomligt för oss författare. Utifrån nyttjandekravet försäkrades det även att intervjupersonernas utsagor endast skulle användas i föreliggande studie, som efter färdigställande och examination publiceras på Malmö Högskolas hemsida. Genom att förhålla oss till dessa principer på ovan beskrivet sätt uppfylldes kraven gällande information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande.

4.3 Genomförande, urval och bearbetning av material

Vi sökte intervjupersoner genom det sociala nätverket Facebook, där vi publicerade ett offentligt inlägg med kort information om studien, kontaktuppgifter, och informationsbrevet som bilaga. Vårt eftersträlvade urval bestod av vuxna personer över 18 år med en spridning avseende kön och relation till den närstående. Den närstående skulle ha varit frisk i minst två år.

Intresserade personer uppmanades att kontakta oss för vidare information och intervju. Inlägget delades av personer i våra respektive nätverk, och därefter hörde presumtiva intervjupersoner av sig via Facebooks meddelandefunktion eller mail. Vi befarade att det skulle vara svårt att hitta intervjupersoner, eftersom ämnet kan upplevas känsligt och personligt att prata om. Dessutom hade vi en begränsad tidsram för att genomföra intervjuerna. Det visade sig emellertid att intresset var stort, och i slutändan fick vi säga neka de sista personerna som hörde av sig om intresse att delta. Av de tio personer som tog kontakt intervjuades totalt åtta personer, varav två är män. En person är barn, fyra personer är syskon, och tre är föräldrar till en familjemedlem som varit sjuk i ätstörningar. Efter att samtycke

getts till att delta i studien bokades tider för intervjuer. Varje enskild intervjuperson presenteras mer utförligt i ett separat avsnitt i resultat- och analyskapitlet.

Fyra personer intervjuades över telefon på grund av geografiskt avstånd eller andra omständigheter. Att intervjua över telefon riskerar att bidra med ett sämre utfall eftersom man förlorar det intervjupersonen förmedlar med sitt kroppsspråk och att det kan vara svårt att få fram rika och detaljerade beskrivningar (Rosengren & Arvidson, 2002:141; Kvale och Brinkmann 2009:165). Kvale och Brinkmann pekar dock på att det kan vara lättare att samtala över telefon om intima aspekter av människors liv, där fysisk närvaro snarare kan ses som en störningskälla (2009:165). I linje med detta visade det sig att samtliga telefonintervjuer gav upphov till djuplodande resonemang och värdefull kunskap.

Resterande fyra personer träffade vi personligen. Tre av dem tog sig hem till en av oss för att bli intervjuade, och en intervjuperson besökte vi på hans arbetskontor. Samtalen tog mellan 29 och 51 minuter, och spelades in.

Eftersom ämnet berör känsliga uppgifter om personers hälsa enligt personuppgiftslagen § 13, har vi noga övervägt tillvägagångssätt och intervjufrågor. Vår intervjuguide (se bilaga 2) är semistrukturerad med 13 frågor, och indelad i tre olika teman baserat på Kvale & Brinkmanns resonemang (2009:120ff). Vi lämnade utrymme för följdfrågor i syfte att fördjupa och utveckla resonemang. Våra farhågor att intervjupersonerna skulle tycka det var jobbigt att prata med oss om känslomässiga erfarenheter bekräftades inte - tvärtom upplevde vi en stor öppenhet och vilja att dela med sig.

Det empiriska materialet transkriberades omgående efter intervjutillfället, och inspelningarna raderades. För att få en helhetsuppfattning läste vi igenom materialet några gånger, varpå gemensamma nämnare och teman började framträda. Vi gick igenom texten för att utkristallisera meningsskapande koder. En kod definierar den erfarenhet av situationer, känslor och upplevelser som beskrivs av intervjupersonen. Målet är att utveckla kategorier som fångar de erfarenheter som beskrivs. Vi genomförde både en begreppsstyrd och en datastyrd kodning. Den förra innebär att vi kodade materialet efter våra teoretiska utgångspunkter, och den senare att koder uppstod oplanerat genom att vi identifierade dem i materialet. Här lade vi teorierna åt sidan för att möjliggöra andra infallsvinklar än de som teorierna gett oss (Asper, 2011:168f; Kvale & Brinkmann 2009:218f).

Tre olika kategorier framträdde. Koderna infogades under kategorierna påverkan, strategier och stöd. Inom varje kategori ryms olika aspekter av intervjupersonernas berättelser. För att svara an på uppsatsens syfte analyserades materialet sedan utifrån de teoretiska utgångspunkterna systemteori och medberoendebegreppet.

4.4 Forskarnas roll och källkritik

Forskarens förmågor, kunskaper och färdigheter påverkar oundvikligen kunskapsproduktionen, men utgör också potentiella tolkningsmöjligheter (Kvale & Brinkmann, 2009: 98ff). Intervjupersonernas beskrivningar och föreställningar gällande vad som undersöks ska vara grundläggande för analysen, och forskaren bör därför reflektera över sin egen person och roll, för att medvetandegöra sina värderingar och ståndpunkter inom forskningsfältet (Asper, 2011:44f). Forskare har alltid sina egna referensramar i bagaget, och tolkar oundvikligen i enlighet med dessa. Tolkning är således alltid relativ, och aldrig absolut (Alvesson & Skoldberg, 2008:216f). Gällande oss som författare till föreliggande uppsats har vi förståelse från olika håll. En av oss har egen erfarenhet av ätstörningar medan

den andra har inblick i hur familjesystemterapi används praktiskt i familjebehandlande arbete från sin tid som socionomkandidat. Båda har erfarenhet av att vara anhörig till personer drabbade av ätstörningar.

Det är viktigt att vara medveten om att det kan finnas en inbillad ömsesidighet i intervjusituationen, när den i själva verket innebär en asymmetrisk maktrelation; det är en enkelriktad och instrumentell dialog där intervjuaren har tolkningsmonopol på det som sägs (Kvale & Brinkmann, 2009: 48ff). Vidare är det viktigt att upprätthålla en slags balansgång mellan vårt syfte att införskaffa specifik kunskap och samtidigt respektera intervjupersonernas integritet (ibid:32). En annan aspekt av intervjusituationen är den så kallade intervjuareffekten, som innebär att intervjupersonen förmedlar information utifrån vad hen förväntar sig att vi vill höra. Vi som forskare kan dessutom förvänta oss ett särskilt svar baserat på våra egna föreställningar om intervjupersonen och dennes situation (Rosengren & Arvidson, 2002:145).

Ytterligare en aspekt som bör lyftas fram är källkritik i relation till vårt val av metod. Kvalitativa studier kan ge kontextspecifik kunskap om den undersökta urvalsgruppen (Kvale & Brinkmann, 2009:280). Vi anser därmed att kvalitativa intervjuer har potential att berätta något om ett fenomen i dess vidare perspektiv, men samtidigt ska man givetvis vara försiktig med att dra generella slutsatser utifrån ett begränsat material. Intervjupersonernas utsagor är relativa och utgörs av deras egna tolkningar. De kan därmed inte betraktas som objektiva sanningar. Dessutom är vi medvetna om att våra egna tolkningar av intervjupersonernas utsagor är just våra tolkningar, och kanske inte överensstämmer med deras avsikt med det som sades. Vi kan helt enkelt ha missuppfattat deras avsikter. En sista källkritisk aspekt är att de valda teorierna ger vissa glasögon på materialet, som därmed formar kodning, kategorisering, analys och resultat.

5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

För att svara an på studiens syfte betraktar vi familjen som en helhet, där relationerna mellan familjemedlemmarna är i centrum, utifrån förståelsen att alla individer påverkar varandra inom familjen. Med utgångspunkt i detta tankesätt har vi valt att använda systemteori och medberoendebegreppet som analytiska verktyg, vilka presenteras i tur och ordning i nedan avsnitt.

5.1 Systemteori

Att ”tänka systemiskt” kan ses som en kontrast till dualism och rationalismens idéer kring orsak och verkan. Systemtänkandet är inte linjärt, och egentligen inte heller cirkulärt, utan kan förstås utifrån bilden av en spiraltrappa; den går runt, men är inte upprepande. Tyngdpunkten ligger på hur allt hänger samman, och på den ömsesidiga växelverkan mellan individen och världen runt omkring (Öquist, 2008:27f). För att förstå ett system krävs förmågan att kunna skifta fokus mellan systemets delar och dess helhet (Schjødt & Egeland, 1994:50).

Systemteori förklaras vidare av Schjødt & Egeland (1994:45) som en mångfacetterad samling teorier, varav generell systemteori är en, med starka kopplingar till det familjeterapeutiska fältet. Den gemensamma grunden för alla varianter av systemteori är idén att ett system, en helhet, består av en uppsättning subsystem med relationer emellan sig med en viss hierarkisk struktur. Relationerna är det som håller systemet samman. Att se på individer utifrån ett systemiskt förhållningssätt innebär att se strukturer och sammanhang bortom individen, och att titta på de system som individen befinner sig i. Systemet blir

således en helhet som är mer än bara summan av delarna (Lundsbye et al., 2010:80ff; Öquist, 2008:9).

I varje system finns subsystem, som befinner sig på en lägre nivå i förhållande till helheten (det överordnade systemet). Att titta på människokroppen utifrån ett systemteoretiskt perspektiv innebär att den består av subsystem i form av muskler, nerver, celler och så vidare. Kroppen utgör således helheten, och är därmed det överordnade systemet i sammanhanget. Uppsättning av kroppens olika subsystem bildar en unik individ, som i sin tur kan ingå i en familj – då blir individen istället ett subsystem, en del av helheten. Familjen blir då det överordnade systemet (Lundsbye et al., 2010:80f). Schjødt & Egeland poängterar även vikten av att inte behandla system som om de vore isolerade. De talar om suprasystem, och beskriver till exempel att en familj kan ingå i flera olika suprasystem samtidigt; såsom socioekonomisk klass, en släkt, ett grannskap eller religiös sekt (1994:49).

Lundsbye et al. förklarar att när familjen ses som ett system, och det uppstår ett problem eller en konflikt, utgår man från att problematiken primärt ligger *mellan* individerna istället för *inom* dem. Familjen utgör ett system där alla familjemedlemmar påverkar varandra, och där relationerna mellan dem har större betydelse än personliga egenskaper och attribut. Detta kan relateras till idéer gällande helhetssyn på olika problem som uppstår inom en familj, och det ovan nämnda uttrycket ”helheten är mer än summan av delarna”. En familjemedlem styrs elementärt av familjens struktur och beteenden, samtidigt som hen också påverkar de övriga i familjen med sitt agerande. Relationerna mellan familjemedlemmarna skapar således en specifik atmosfär, som sätter prägel på familjen som helhet. En enskild familjemedlems problem kan med ett systemteoretiskt perspektiv inte avskiljas från sin kontext – familjen – eftersom allt hänger samman (Lundsbye et al., 2010:81ff). Öquist menar att synen på problem utifrån ett systemiskt förhållningssätt är ekologisk i bemärkelsen att problemet betraktas som en del av ett socialt sammanhang. Sammanhanget är en förutsättning för att problemet ska uppkomma, men också för att en lösning ska bli möjlig (2008:31).

5.1.2 Gränser, strukturer och anpassning inom familjesystemet

Inom ett system finns som nämnts ovan olika delar (subsystem) som åtskiljs på olika sätt. I familjesystem är det familjemedlemmarna som utgör subsystem i form av parrelationer, åldersgrupperingar eller olika intressen. Ett subsystem kan också yttra sig rent funktionsmässigt, exempelvis ”omhändertagande” eller ”uppfostrande”. Varje enskild familjemedlem ingår i flera subsystem samtidigt, såsom att vara förälder, kvinna, uppfostrande, fru, syskon och så vidare på en och samma gång. För att uppnå ett fungerande system förklarar Lundsbye et al. att det krävs att ”gränslinjerna mellan subsystemen är klart och tydligt markerade, men tillräckligt öppna för att tillåta kommunikation och engagemang” (2010:95). Det ska alltså finnas klara gränser mellan till exempel föräldrasubsystemet och barnsubsystemet, då de beskrivs som ”orienterade mot varandra” (ibid:96). Om gränserna är otydliga blir familjens interaktionsmönster tilltrasslat. Då kan individualiteter suddas ut, och nödvändiga funktioner inom subsystem, såsom föräldrasubsystemets vägledande och ansvarstagande funktion, riskerar att utraderas. Schjødt & Egeland benämner otydliga gränser som ”diffusa” och beskriver även termen ”rigida gränser”. När gränserna mellan subsystemen är rigida, det vill säga stela, leder det till en avsaknad av samhörighetskänsla. Gränserna mellan subsystemen definierar således familjesystemets grad av funktion och dess rådande struktur (1994:52).

Schjødt & Egeland redogör vidare för en differentiering mellan systemets organisation och struktur. Organisationen kan bestå av: mamma, pappa, barn, mormor, husdjur – en slags klassificering som definierar systemet som en ”familj”. Strukturen är det som är unikt för det enskilda systemet. Ingen familj är den andre lik, det finns således inga familjesystem med identiska strukturer. I ett levande och socialt system förändras strukturen kontinuerligt. Individerna i en familj förändras över tid, både känslomässigt och fysiologiskt. Relationerna mellan familjemedlemmarna är också föränderliga, liksom förhållandet mellan familjesystemet och dess omgivning. För att bevara systemets organisation, det vill säga för att ”hålla ihop familjen”, måste systemet vara anpassningsbart. Strukturen måste vara ombytlig. Familjemedlemmar anpassar sig efter varandra, och relationerna mellan familjemedlemmarna kan komma att genomgå stora förändringar för att familjen som system inte ska falla sönder (1994:72).

5.1.3 Roller inom och utanför familjesystemet

Att leva i sociala system innebär att man som individ spelar olika roller utifrån krav, funktion, förväntningar och positionering. Lundsbye et al. (2010) beskriver hur det inom familjesystem finns ”formella” roller såsom mamma, pappa, dotter, svärmor och så vidare. Utöver formella roller existerar även ”förvärvade” roller. De uppstår till följd av ens eget och andras agerande, och samspelet där emellan. Det kan till exempel vara rollen som ”slarver”, ”perfektionist”, ”fixare”, ”tröstare” eller ”clown”. Ytterligare en dimension av roller är de som sträcker sig utanför familjesystemet, men som ändå påverkar familjens samspel såsom ”elev”, ”djurrättsaktivist”, ”fotbollsfantast” eller ”gängmedlem”. Precis som i klara och oklara gränser mellan olika subsystem är det en fördel när gränserna mellan en individs olika roller är tydligt definierade. När roller är oklart definierade kan ibland vara svårt att prioritera och navigera mellan dessa, vilket kan leda till rollkonflikter (2010:97f).

Ett destruktivt agerande kan utifrån systemteori förstås som en förvärvad roll; rollen som ”destruktiv”. Att förändra ett beteende eller avveckla en destruktiv roll kan dessutom inte alltid ske obehindrat, då omgivningens förväntningar kan vara djupt rotade i ens självbild.

Vi tar avstamp i förståelsen av hur familjen kan ses som ett system, där alla involverade personer påverkar varandra, och där familjemedlemmar intar både formella och förvärvade roller. För att ge ytterligare en dimension i förståelsen av anhörigas situation och upplevelser, i relation till när en familjemedlem drabbas av ätstörningar, lyfter vi även in begreppet medberoende som teoretisk utgångspunkt.

5.2 Medberoende

Begreppet medberoende är en översättning av engelskans co-dependency, och syftar på relationsproblem som kan uppstå som en följd av en närståendes destruktiva beroende av något slag. Det är vanligast att begreppet och tillståndet kopplas till alkohol- eller drogmisbruk, men har också allt mer kommit att uppmärksammas i relation till spel, sex, mat, shopping, träning och så vidare. Personen som är beroende påverkar sitt nätverk av människor så att de utvecklar drag, eller hamnar i tillstånd, som omväxlande beskrivs som en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd. Symptomen kan vara sociala, psykologiska och fysiska (Börjesson et al., 2013:235ff; Palmblad, 2013:10ff). I centrum för den medberoende är att hen möjliggör den närståendes beroende; olika sätt att underlätta för denne att fortsätta sitt skadliga levnadssätt. Ett annat symptom är ett överansvar som leder till ett slags ”jagsvaghet” (Palmblad, 2013:14).

I *Medberoende och moral - framväxten av en problemkategori* (2013) diskuteras och problematiseras medberoende som begrepp både i ett språkligt som i ett samhällsvetenskapligt perspektiv. Genom att belysa hur begreppet letat sig in, och etablerats, i det svenska språket speglar de en samhällsutveckling där samhällsdebatten allt mer fokuserar på anhörigas situation. De menar att medberoende kan ses som en slags kulturell konstruktion som samlar upp anhörigas erfarenheter, upplevelser och känslor. Detta kan givetvis vara positivt för den enskilde, som kan uppleva en lättnad i att få en förklaring till sin situation. Enligt författarna finns det dock en fara i att fenomenet behandlas som en primär diagnos när det inte finns en vedertagen klassificering. De pekar också på riskerna med att allt fler diagnoser i vårt samhälle patologiserar allt fler områden i våra liv (Palmlblad et al., 2013).

Det var när alkoholkonsumtionen ökade i Sverige som uppmärksamheten allt mer riktades mot alkoholisters anhöriga, framför allt hustrur till alkoholiserade män. Det väcktes ett intresse för familjer där mannen missbrukare alkohol, och hur kvinnan upprätthöll familjens strukturer och möjliggjorde sin mans destruktiva livsstil. Man pratade om "alkoholihustruns personlighet" vilket över tid lett fram till medberoende som begrepp (Lindfors, 2013:44ff; Morgan, 1991:721). Ordet medberoende dyker upp för första gången i svensk dagspress under 1990-talet, och under följande årtionden publiceras många populärvetenskapliga självhjälpsböcker i ämnet (se Palmlblad, 2013:111ff). Idag är det ett omstritt fenomen, där vissa menar att det finns stöd för dess vetenskapliga existens och att man bör utveckla det empiriskt och teoretiskt (Fuller & Warner, 2000), andra menar att man bör vara skeptisk till begreppet särskilt eftersom det saknas ordentligt vetenskapligt stöd (Faludi, 1991; Irwin, 1995). Det finns vidare en pågående debatt kring att kategorisera medberoende som en sjukdom. Cermak presenterade redan 1986 en rad kriterier för medberoende som han menade borde klassificeras som en sjukdom i DSM-systemet. Hans kriterier har inte fått stöd empiriskt, men debatten fortsätter huruvida medberoende bör sjukdomsklassas (Gerdner, 1999). Söderling (2002:10) menar att samhället behöver öka kunskaperna och förbättra hanteringen av problematiken, men håller inte med om att medberoende bör ses som en sjukdom utan snarare som ett "sjukdomsliknande tillstånd". Hellsten beskriver i *Flodhästen i vardagsrummet* (1998) vad som kan ske när barn växer upp i familjer där alkoholism förekommer, eller en annan stark företeelse som innebär utsatthet. Hans definition av medberoende lyder:

Medberoende är en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd som uppkommer då en människa lever nära en mycket stark företeelse och inte förmår bearbeta denna företeelse så att hon kan integrera den i sin personlighet utan anpassar sig till den (Hellsten, 1998:53).

Vidare består medberoendet av fem element enligt Hellsten; 1) en stark företeelse, 2) företeelsens närhet, 3) oförmåga att bearbeta företeelsen, 4) anpassning och 5) sjukdom eller sjukdomsliknande tillstånd (ibid).

Det finns alltså ingen enhetlig och vetenskapligt vedertagen definition av begreppet medberoende, och det utgör inte heller en formell diagnos. Termen har dock utvecklats till en förståelsemodell såsom Hellstens ovan, och i vissa fall en självständig problemkategori eller diagnos. Börjesson et al. menar att medberoende bör förstås som en "flytande signifikant"; ett begrepp vars innebörd skiftar med den kontext det används inom (2013:237ff).

I föreliggande studie används Hellstens definition som utgångspunkt, liksom våra vidare tankar kring medberoende. Vi tänker oss att medberoende kan illustreras med en skala där begreppet anpassning är i ena änden, och konfrontation i den andra. Anpassning, i sin ytterlighet, karaktäriseras av passivitet och följsamhet där den drabbade får utrymme att leva ut sin sjukdom utan att någon konfrontation sker gällande beteende, vanor, mående och så vidare. Andra änden av skalan präglas av konfrontation där ingen anpassning till den närståendes sjukdom tillåts överhuvudtaget. Mellan dessa två ytterligheter existerar en gråzon av stor variation.

Vi anser att systemteori och medberoendebegreppet är två fruktbara och kompletterande verktyg för att svara an på studiens syfte. Med systemteori betraktas familjen som ett sammanhängande system vars delar är beroende av, och påverkar, varandra. Medberoendebegreppet bidrar med ytterligare aspekter i hur individer kan påverkas på olika sätt av att leva nära starka företeelser, såsom att leva under samma tak som en person med ätstörningar. Dessa två perspektiv kan hjälpa oss att belysa anhörigas upplevelser och perspektiv på hur hela familjesystemet påverkas när en familjemedlem drabbas av ätstörningar. För att analysera empirin använder vi därför det systemiska tankesättet och några av dess nyckelbegrepp med relevans för studiens syfte, samt medberoendebegreppet som på ett explorativt sätt bidrar till att undersöka hur medberoende kan ta sig uttryck hos anhöriga till familjemedlemmar med ätstörningar.

6. RESULTAT OCH ANALYS

I detta kapitel analyseras det empiriska materialet utifrån våra teoretiska utgångspunkter samt relevant tidigare forskning. För att knyta an till studiens syfte har vi utformat tre olika kategorier; påverkan, strategier och stöd.

Det empiriska materialet baseras på de åtta intervjupersonernas utsagor. Dessa personer utgörs av anhöriga familjemedlemmar, i rollen som syskon (fyra personer), föräldrar (tre personer) eller barn (en person). Samtliga namn och vissa andra detaljer, såsom namn på städer och andra personer, är fingerade. Nedan följer en kort presentation:

- Emma, 34 år, berättar om hur det var att växa upp med en mamma som under en period hade ätstörningar. Det fanns dock aldrig någon ätstörningsdiagnos enligt Emma. Det har också funnits andra destruktiva beteende; såsom alkohol- och tablettmissbruk.
- Åsa, 57 år, berättar om när hon var barn och hennes äldre syster började banta, och hastigt gick ner 20 kg. Vad Åsa vet fanns det aldrig någon diagnos, och systemen eller familjen sökte heller inte någon professionell hjälp.
- Pernilla, 55 år, förmedlar sina upplevelser av att vara mamma till sin dotter som insjuknade i anorexia. Familjen tog kontakt med Barn och Ungdomspsykiatri (BUP), symptomen förvärrades dock och dottern blev till slut inlagd.
- Adam, 30 år, är son till Pernilla (ovan) och förmedlar sina erfarenheter om tiden när hans yngre syster insjuknade i anorexia.

- Maria, 57 år, beskriver sina upplevelser kring perioden då hennes yngsta barn var sjuk i anorexia. Maria sökte först hjälp via vårdcentralen, och dottern fick senare specialistvård på en ätstörningsenhet.
- Sara, 29 år, är dotter till Maria (ovan) och berättar om tiden då hennes yngre syster drabbades av anorexia.
- Britta, 62 år, berättar om tiden då hennes dotter drabbades av ätstörningar som sedan ledde till anorexia. Familjen fick hjälp hos BUP, och efter ett års väntan fick de specialiserad familjebehandling utformad för ätstörningsproblematik.
- Björn, 32 år, förmedlar två olika berättelser som anhörig. Dels som bror till sin äldre syster som insjuknade i anorexia, och dels senare som partner till en kvinna med ätstörningar.

6.1 Påverkan

Vi tar fasta på systemtänkandet som en slags spiral, där tyngdpunkten ligger på hur allt hänger samman utan att följa upprepande cirkulära mönster. Fokus ligger på den ömsesidiga växelverkan mellan den enskilda individen och världen runt omkring.

Denna kategori behandlar hur ätstörningssjukdomen påverkade de anhöriga själva, och deras reflektioner kring hur övriga familjemedlemmar och hur familjen som helhet påverkades. I analysen som följer börjar vi i spiralens mitt - den anhöriga själv - och flyttar oss sedan utåt i det omkringliggande systemet som utgörs av familjen.

6.1.2 Påverkan på den anhöriga

Emma växte upp i ett dyadiskt familjesystem som bestod av henne själv och hennes mamma. Under en period var en styvpappa med i bilden. Hon berättar hur mammans ätstörningar var som värst under tiden då Emma gick i låg- och mellanstadiet. Det har även funnits annan problematik hos mamman, såsom alkohol- och tablettmissbruk och psykisk ohälsa. Emma menar att mamman haft ett destruktivt beteende som visat sig på olika sätt, och att det kan vara svårt att bena ut hur just ätstörningarna påverkat Emma, till skillnad från allt annat. Hon berättar att mamman kräktes på toaletten under eller efter varje måltid. *“Det vanligaste var att det hände efter maten. Hon gick in och kräktes, så var det bra med det”,* säger hon. *“Jag kommer ihåg att jag tyckte det var jätteobehagligt. Jag hatade det”,* berättar hon vidare. När Emma reflekterar över hur detta påverkade henne säger hon vidare:

Som barn tyckte jag det var... under perioden när hon kräktes så var det ju obehagligt och jag fattade aldrig vad det handlade om. Saker man inte förstår blir ju skrämmande och obehagligt. Sedan tror jag det påverkade mig på så sätt att ätande aldrig har varit... vad ska jag säga... annars kanske man sätter sig ner tillsammans och äter och pratar om hur dagen har varit. Mat och matsituationen var ju inte så för mig. Det fanns ingen sådan stund tillsammans när man pratar med varandra. Sedan tror jag också att även när hon inte höll på att kräkas så har hon ju alltid velat gå ner i vikt. Det har nog också påverkat mig. Även om jag inte kunde sätta ord på det som liten, så

min egen självkänsla. Om hon inte duger som hon är, gör jag det då? Det har påverkat, även om jag inte kunde vara tydlig i det som liten. Men det finns en osäkerhet som förts över. Hennes osäkerhet. Det spelar ingen roll när man är liten hur mycket någon än säger att det inte spelar någon roll hur man ser ut. Om man inte lever efter det som vuxen och visar det så ser man igenom de orden.

När Emma resonerar kring begreppet medberoende menar hon att det förmodligen är oundvikligt att inte bli medberoende som barn, synnerligen när man som barn lever ensam med den drabbade. Hon berättar följande om hur hon mådde under den aktuella perioden:

Under hela lågstadiet fick jag ångestattacker, men vi pratade inte om det som ångest då. Jag har själv förstått i efterhand att det var det, inför varje måltid. Detta gjorde att jag började må illa inför varje måltid. Först kunde jag vara jättehungrig och mamma kunde laga den mat jag ville ha, men sedan när maten stod på bordet så fick jag panik, mådde illa och var inte sugen på mat längre. Det berodde ju säkert på en rädsla för vad måltiden kunde leda till.

Som citaten ovan visar har Emma påverkats på många sätt av att hennes mamma var sjuk under Emmas uppväxt. Som barn blev hon rädd och kände obehag, framför allt i de situationer när hennes mamma kräktes under en gemensam måltid. Emma fick dessutom ingen förklaring till mammans beteende. Det påverkade Emmas sätt att se på matstunder; det fanns ingen positiv association till de situationerna. Hennes självkänsla har också påverkats, hon talar om en osäkerhet som kommit av att mammans ord och handlingar inte gett samma budskap. Dessutom påvisar Emmas berättelse att mamman hade en så kallad samsjuklighet, såsom Brewerton & Baker Dennis (2014) samt Clinton & Norring (2014) uppmärksammar, där olika diagnoser eller missbruksproblematik samspelar. Detta gör dels sjukdomsbilden mer komplex, och dels försvårade det Emmas situation ytterligare.

Vi tolkar Emmas illamående och ångest i samband med måltider som ett element av medberoende enligt Hellsten (1998) - ett slags sjukdomsliknande tillstånd till följd av hennes oförmåga att bearbeta företeelsen. Ett barn som lever nära en väldigt stark företeelse kan ha särskilt svårt att värja sig. Eftersom Emma och hennes mamma aldrig pratade om mammans problem, blev företeelsen normaliserad för Emma. Mammans problematik återspeglades dock i Emmas mående, och när mamman slutade kräkas upphörde även Emmas sjukdomsliknande symptom.

När Björn under intervjun berättar om hur det är att vara anhörig säger han att "man blir väldigt hårt drabbad, både som familjemedlem och även i en relation. Det tar mycket stryk". Han säger att det framför allt fanns en enormt negativ påverkan på familjen under tiden då hans syster var sjuk. Björn själv tyckte främst att systemen var jobbiga, och att han inte kunde förstå sjukdomen. Som tonåring kunde han inte förstå hela situationen med att systemen satte stora krav på sig själv, och att hon kände krav utifrån samhället. Idag menar Björn att erfarenheterna gett honom insikter och förståelse; något som var till hjälp när han senare stöttade sin

partner under hennes sjukdomstid. Gällande hur hans förhållande till mat påverkats säger han följande:

Jag tror till viss del att jag har blivit lite rädd också för att bli för kontrollerande kring mat. Jag känner det idag också när jag ser någon väga sin mat... då ringer det varningsklockor. Det är ett kontrollbehov som kan vara skadligt. Jag har lyckats hålla en bra relation till mat.

Vi tolkar det som att Björn vänder erfarenheterna till något positivt i hans relation till andra människor, för att förstå en problematik han inte själv har. Han själv har inte påverkats i den bemärkelsen att han har fått en skadlig eller kontrollerande relation till mat, däremot vittnar han om en medvetenhet kring vilka risker det kan medföra.

Även Pernilla reflekterar över att de negativa erfarenheterna kan leda till en slags styrka. Hon liknar sin dotters sjukdomsperiod vid "ett helvete", och säger:

Det är ju smärtsamt. Efter den här perioden... människor som inte varit där kan inte förstå det, men jag brukar säga att jag varit i helvetet och behöver inte vara rädd för någonting. Det finns ingenting någon kan göra mig.

Maria säger att hon upplever ätstörningar som ett drogmissbruk. "Det handlade inte om att hon inte ville, utan om att hon inte kunde. Det var mycket som att det var hon och jag mot en fiende", säger hon. Pernilla berättar vidare att hon under hela perioden drevs av ilska. Hon var arg på den vård familjen erbjöds, vårdpersonalen och att sjukdomen överhuvudtaget drabbat dottern. Under samtalet med Pernilla menar även hon att anorexi är en missbrukssjukdom. Som förälder var hon tvungen inse och utgå ifrån att dottern manipulerade henne och ljög. Hon kände sig som "sjukdomens värsta fiende", vilket ledde till att dottern hatade henne, säger Pernilla. Ibland orkade hon stå emot de destruktiva sidorna hos dottern. Hon säger:

Jag tror att man är omänsklig om man inte på något sätt blir medberoende, för att... så klar över sig själv tror jag inte att någon människa är. Man blir så utsliten också, i det ligger ju också att man blir medberoende. För att man inte hela tiden orkar.

En annan aspekt av hur Pernilla påverkades handlar om tiden efter dottern friskförklarats. Hon berättar:

Det är ju DÅ de anhöriga kan börja må dåligt. Det har man ju inte haft riktigt tid till. Jag menar att må dåligt för sin egen skull. Som anhörig mår man ju jättedåligt under tiden för den andre personens skull. Man är frustrerad över läkare eller vad det nu kan vara. Den

där egna grejen kommer efteråt, så man är i otakt. Jag uppfattar det absolut som att jag inte blev frisk förrän flera år efter att min dotter var frisk [...] Hon blev ju frisk innan jag blev frisk.

Både Maria och Britta menar också att de fortfarande är känslomässigt påverkade av sina barns sjukdom. Maria menar att sjukdomstiden fortfarande är jobbig att tänka tillbaka på. Britta säger:

Det drabbar mig fortfarande när min dotter kommer hem och vi ska laga mat tillsammans, vilket vi kan göra nu för tiden. Men jag blir väldigt stressad och tycker det känns jättesvårt.

Vi tolkar att Pernilla, Maria och Brittans upplevelser skildrar hur medberoende kan ta sig uttryck i form av ett sjukdomsliknande tillstånd, vilket vi kommer att utveckla vidare nedan. Under sjukdomsperioden ligger ofta allt fokus på den drabbade, och de anhöriga kan få lägga sina behov åt sidan. Detta kan kopplas till den tidigare forskning som säger att det är vanligt hos medberoende personer att negligera sina egna behov och inte ta hand om sig själv i första hand (O'Gorman, 1993:210). Precis som Pernilla säger, kan det vara först efter att den drabbade friskförklarats som den anhöriga får utrymme att tillgodose sina egna behov.

Under intervjun berättar Britta att hon har känt skuld för sin dotters sjukdom, och upplevde att det fanns ett skuldbeläggande av henne själv och hennes man; att det var deras fel. Hon menar att hennes relation till sin man alltid varit "*bråkig och dynamisk*", vilket till viss del gör att det faktiskt ligger skuld hos dem, menar hon. Pernilla berättar att hon upplevde att hon skuldbelades av delar av den vården de var i kontakt med. Hon säger att "*jag kände att jag inte hade lust att ta emot någon skuld i den här situationen för jag kände mig utan skuld, och tänkte inte ta på mig den heller*".

Även Maria reflekterar över att skulden inte bör läggas på föräldrarna i sådana här situationer, eftersom det "*inte leder till något bra*". Hon menar att dotterns anorexi handlade om social acceptans, och att sjukdomens startskott var att barnen vägdes i skolan, varpå flickorna jämfört sin vikt med varandra. Maria menar att skulden bör läggas på samhällets utseendefixering; på media och hur vuxna pratar med varandra om kropp, vikt och utseende. "*Det påverkar barnen. För när 8-åringar håller på att prata på det här sättet... det kommer från vuxenvärlden, och det är osunt*", säger hon.

Det som intervjupersonerna lyfter fram ovan om skuld, sätter vi i relation till hur samhället kan anses ha skuld i att människor drabbas av ätstörningar. I en strukturell analys av ätstörningars uppkomst ligger skulden för sjukdomen inte bara hos individen eller familjen, utan även i vilka ideal som samhället förmedlar. Många faktorer spelar in och samverkar. Dock bör det uppmärksammas att anhöriga kan ta på sig skuld, och därför är det viktigt att vården och anhörigstödet tar hänsyn till detta. Då sätts både den sjukdomsdrabbade och de anhöriga i relation till samhällets diskurser om utseende, kropp och ätande. Ur ett systemteoretiskt perspektiv är familjen ett subsystem till samhället, som då representerar det överordnade systemet (Lundsbye et al., 2010:80f; Schjødt & Egeland, 1994:49). Precis på samma sätt som individen inte kan separeras från familjesystemet, kan inte familjen separeras från samhällssystemet.

Maria och Pernillas tankar gällande ätstörningar som en slags missbruks- och beroendesjukdom är något som är värt att lyfta fram. Deras betraktelser markerar nämligen det faktum att det kan finnas behov av ett särskilt utformat stöd för anhöriga till personer med ätstörningar, i likhet med sådant stöd som erbjuds anhöriga till missbrukare.

Under intervjun berättar Sara följande om hennes upplevelser av när hennes syster drabbades av anorexia:

Jag blev arg på min lillasyster, arg på min mamma och ja, på hela situationen. Jag tror inte jag förstod vad det handlade om riktigt. Det var obehagligt. Jag var ju tonåring också, hade mina egna trauman i skolan och allt sådant [...] Det handlade ju inte om mig under de åren alls. Om jag minns rätt var det ganska skönt att det kunde få handla om mig sedan.

Maria berättar att hon var sjukskriven på halvtid för att alltid kunna finnas till hands för dottern. Hon förklarar att hon fick göra avkall på yrkesrelaterade uppdrag, och att *“det kostade mig väldigt mycket i karriären. Jag fick avsäga mig alla mina extrauppdrag”*, säger hon. Pernilla redogör för liknande erfarenheter då både hon och hennes dåvarande man var sjukskrivna i perioder för vård av sjukt barn. Britta beskriver hur situationen var så psykiskt påfrestande att hon flera gånger fick utmattningssymptom, och var sjukskriven från sitt arbete vid flera tillfällen. *“Det påverkade oss totalt [...] Vi har varit väldigt deppiga och jag tror vi fortfarande lider av sviterna”*, säger hon.

Citaten ovan påvisar att de anhöriga fick stå tillbaka för den sjukdomsdrabbade, både känslomässigt och praktiskt. Återigen ser vi exempel på hur ett sjukdomsliknande tillstånd, såsom depression och utmattning, kan kvarstå även efter att den drabbade friskförklarats. Situationen som anhörig till en person med psykisk ohälsa är påfrestande, och medför risk att själv drabbas av ohälsa. Detta framställs även i Östmans et al. (2000) tidigare forskning kring anhöriga; där beskrivs hur anhöriga till personer med psykisk ohälsa själva drabbas av försämrat hälsotillstånd och stora påfrestningar. Marks et al. (2012) skriver i tidigare forskning om depression, ångest, stress och familjär dysfunktion sammankopplat till medberoende. Det är viktigt att uppmärksamma anhörigas situation och utkristallisera deras stödbehov. Vi menar att de anhöriga kan behöva hjälp att bearbeta upplevelsen av att leva nära en stark företeelse, och det är genom en sådan bearbetning som den anhöriga kan vända erfarenheterna till insikt och förståelse för sig själv och andra.

Vi flyttar nu fokus från spiralens mittpunkt, den anhöriga individen, till hur familjesystemet i sin helhet påverkades på olika sätt.

6.1.3 Påverkan på familjen

Nästan samtliga intervjupersoner berättar att den drabbade förändrades väldigt mycket i samband med insjuknandet i ätstörningar. Maria säger att hennes dotter blev annorlunda; enstörig, höll sig för sig själv och kändes avstängd. *“Det var helt enkelt inte samma unge!”*, berättar hon. Även Sara förklarar hur hennes syster förändrades:

Under insjuknandet så gick det inte att ha en relation med min lillasyster. Jag tänkte att hon var som Gollum. Hon hade så olika personligheter. Så fort det kom till mat och att äta så högg hon till och blev otroligt arg, inte alls den lillasyster som var min. Jag tyckte att det var väldigt, väldigt obehagligt. Jag minns det som att jag verkligen inte alls kände igen henne ett dugg. Speciellt mot slutet, då fanns det liksom inte en tillstymmelse av min lillasyster kvar. Då var det mest bara Gollum. Det gick så pass långt... Hon var som ett skal. Ett skal av min lillasyster som bara sa och gjorde det som väntades av henne.

Britta säger att dotterns anorexia blev värre så fort familjen insåg att hon var sjuk. Pernilla menar att när dotterns ätstörningar uppdagades kunde hon leva ut sin sjukdom, och *“det var då helvetet började”* och sjukdomen *“blommade ut”*, säger hon. På liknande sätt reflekterar Adam över tiden precis efter att familjen fått reda på sjukdomen. Han säger:

*Man kan säga att när det väl kom fram så blev sjukdomen också värre. Jag tänker att eftersom vi då visste om det behövde hon inte längre dölja det på samma sätt. Hon blev mer konfronterad med det, och det kändes som att då blev symptomen starkare. Efter det blev det ganska snabbt värre, eller tydligare i alla fall. Jag vet inte, det kanske inte var värre för henne, det kanske var likadant hela tiden [...] Hon kunde ju börja säga *“nej jag tänker inte äta det här.”* Hon kunde leva ut det på ett annat sätt än vad hon hade gjort innan.*

Intervjupersonernas berättelser tyder på att när sjukdomen kommer upp i ljuset finns det inte längre någon anledning att dölja den. Vi tolkar det som att den sjukdomsdrabbade då får utrymme att leva ut en slags destruktiv roll enligt Lundsbyes et al. (2010) teorier om hur roller förvärvas inom familjesystemet. När den sjukdomsdrabbade lever ut sin destruktiva roll, tvingas resten av familjemedlemmarna att förhålla sig till det.

Åsa beskriver under intervjun hur hon aldrig vågade prata med sin storasyster om ätstörningarna, och att sjukdomen skapade en större distans mellan dem eftersom hon upplevde att systemen stötte bort människor. Åsa drog sig därför mer och mer undan. Hon berättar hur hon allt mer undvek hemmet, hon *“flydde in i musiken”* och distanserade sig känslomässigt för att sedan flytta hemifrån tidigt. Vidare förklarar Åsa att det mellan syskonen och föräldrarna fanns en tydlig gräns, och att föräldrarna *“inte kändes delaktiga i deras liv”*, säger hon. Hon säger att man generellt i familjen inte pratade med varandra om personliga och känsliga ämnen, men att det fanns *“en elefant i rummet”*.

Adam berättar att han med tiden försökte vara förstående och stödjande i relationen till sin syster. Under sjukdomstiden ändrades han från att ha varit *“irriterad och arg”* till att bli mer intresserad av hur det var för henne. Genom att försöka förstå kunde också systemen vid några tillfällen berätta om sjukdomen, vilket gjorde att han fick en inblick i hennes situation. Han berättar att han strävade efter att vara en *“mildare storebror”* än vad han varit tidigare:

Jag tänkte från början att det var en jävla ytlig sjukdom, men det är mer som en personlighetsstörning [...] Jag förändrade mig gentemot henne för jag insåg att det inte hjälper om jag håller på att köra den arga stilen [...] Sen är det ju svårt, speciellt när det gäller familj tycker jag. För det är så många gamla processer igång, så att man blir triggad till olika typer av beteenden av sina familjemedlemmar.

Björn beskriver hur hans föräldrar höll ihop och “lyckades hålla en jämn linje ut mot oss barn”. Han menar vidare att han hade en viktig roll i att hjälpa sin familj att kommunicera. Han kunde föra sin systers talan till föräldrarna. “Jag kunde framföra det hon egentligen ville säga till dem”, säger han. På samma sätt förhöll han sig gentemot sin syster. Han berättar:

Jag kunde väl förmedla mina föräldrars tankar på ett bättre sätt till min syster. När hon faktiskt lyssnade och tog åt sig istället för att reagera, eftersom jag var lillebror så var hon ganska lugn mot mig när jag faktiskt förklarade. Så jag var lite av en medlare om man säger så, i denna situation.

Sara berättar att hon blev väldigt sammansvetsad med sin mamma. “Vi blev ett team. Det blev vi två som var vuxna i det här”, säger hon. Styvpappan beskriver hon som känslomässigt frånvarande, och att han inte hade förmågan att finnas där som stöd. Sara säger:

Jag hade nog massa olika roller. Jag minns det som att jag kände mig som en spion ganska mycket, att jag hittade min lillasyster springandes någonstans i smyg och så vidare. Det var mycket så att jag var en spion åt mamma. Det jag inte var, jag var ju inte en vän till min lillasyster på samma sätt som jag hade varit innan. Det var väl den rollen som försvann i det. Den har hittats tillbaka så det är ingenting konstigt nu. Men då var vi inte vänner över huvud taget.

Sara berättar att hon minns perioden då hennes syster var sjuk som “en väldigt mörk period”, men att den snarare känns som en slag parentes. Hon säger:

Det förändrade ingenting i min och min lillasysters relation. Jag uppfattar det som att det var en märklig och stormig parentes, mer än ett vägska. Och att det sen återgick till hur det var innan... Vi hittade tillbaka till väldigt väl fungerande relationer efteråt.

Även Björn berättar hur familjen sakta kunde börja umgås som vanligt igen, men att det tog många år för familjen att återvända till ett “ normalt ” sätt att träffas igen där de kunde ha trevligt ihop. Under intervjun berättar Emma vid flertalet tillfällen att hon fått ta rollen som förälder till sin mamma. Hon säger följande om hennes och mammans relation:

Vi har varit väldigt nära och det har varit väldigt kärleksfullt mellan oss, men hon har inte varit en klassisk förälder som sätter gränser och talar om saker. Det har alltid varit så att om jag är ledsen blir hon ledsen, är jag glad blir hon glad. När man är liten så behöver man ju någon som reflekterar med en och ger en verktyg för att hantera sina känslor. Men har jag till exempel varit skitarg så blir hon skitarg. Och där tänker jag att man är mer kompisar. Men samtidigt har vi varit jättenära. Sedan har vi aldrig pratat om hennes problem. Eller det har vi ju gjort nu, men inte på väldigt länge. Då gjorde vi inte det. Det fanns aldrig med. Det gjorde man inte bara av någon anledning. En bra relation ändå. Haltande och destruktiv, men kärleksfull, skulle jag vilja säga.

Det är tydligt att de intervjupersoner som varit syskon eller barn till en ätstörningsdrabbad person har påverkats av situationen på olika sätt. När det gäller Åsa och hennes föräldrar är det dock oklart hur respektive familjemedlem påverkades, eftersom man inte pratade om situationen med varandra. Gränserna mellan föräldrar och barn i Åsas familj var klart och tydligt markerade, men inte tillräckligt öppna för att tillåta kommunikation och engagemang. Gränslinjen tolkar vi som rigid, i enlighet med Schjødts & Egelands (1994) resonemang, och därför saknade Åsa en samhörighetskänsla med sin familj.

Formella roller, såsom att vara syster eller bror, medför att man som individ har olika förväntningar och positioneringar i familjen (Lundsbye et al., 2010). Vi tolkar det som att Björns medlande position möjliggjordes just på grund av att han är lillebror. Positionen att vara yngst i familjen kan verka avväpnande och därför möjliggöra kommunikation. Utifrån samma logik tonar Adam ner sin storebrorsroll, och blir "mildare". Saras berättelse vittnar om hur familjesystemets gränser blev otydliga när systemen insjuknade. Utifrån Lundsbyes et al. resonemang (2010:95) fick Sara axla en vuxenroll eftersom hennes styvpappa inte levde upp till föräldrasubsystemets vägledande och ansvarstagande funktion. På grund av detta kunde Sara inte längre bibehålla en vänskaplig syskonrelation; hon blev snarare en spion åt sin mamma. Även i Emmas berättelse kan vi identifiera en diffus gränsdragning mellan henne och mamman. Emma fick ta rollen som både förälder och kompis till sin mamma, och deras interaktionsmönster kan således tolkas som tilltrasslat eftersom det saknas en tydlig markering mellan föräldra- och barnsubsystemet.

Funktionen som föräldrarollen fyller, enligt Lundsbye et al. (ibid), är bland annat att uppfostra, omhänderta och gränssätta sitt barn. En symbios mellan förälder och barn utan tydliga gränser är således problematisk eftersom rollerna kräver att barnet måste förhålla sig som en vuxen. Angående subsystemen i Björns familj tolkar vi hans berättelse som att gränserna dem emellan var tydliga, men med en öppenhet som gav utrymme för kommunikation. Det är en sådan öppenhet som möjliggör för familjesystemets anpassningsbarhet. När ett syskon drabbas av en ätstörning suddas gränserna mellan syskonen ut och kan bli mer problematisk; syskonet får som anhörig en mer komplex roll gentemot sin närstående där hen måste spela många olika roller. Genom att relationerna mellan syskonen tillåts att förändras under en tid, såsom vi sett i Björns och Saras berättelser, kan relationerna med tiden återgå till ett slags "normaltillstånd". Det är i denna bemärkelse ett familjesystem kan förstås som ekologiskt, där det sociala sammanhanget blir en del av lösningen på problemet (Öquist, 2008:31).

När det gäller de föräldrar som deltagit i studien, det vill säga Britta, Maria och Pernilla, uppger samtliga att de hade funderat på att separera med sin partner innan deras barn blev sjuka. Sjukdomen kom att påverka relationen till partnern på olika sätt. Britta menar att banden mellan henne och hennes man stärktes på grund av dotterns sjukdom. Insjuknandet fick dem att "hålla ihop i kampen för vår dotters skull", säger hon. Till en början var det svårt för hennes man att förstå problematiken, "i början var det lite gnissel hemma kring hur vi tänkte kring detta", berättar hon. I slutändan menar Britta att deras eget relationella band har stärkts av att ha gått igenom detta tillsammans. När hon reflekterade över hur det påverkade familjen som helhet så säger hon att familjen påverkades väldigt negativt och att de hade enorma konflikter hemma. Hon menar att sjukdomen påverkade dem totalt. Hennes man fick en utmattningsdepression, och hon har själv varit nära detsamma. Hon säger att dotterns sjukdom utgjorde en enorm psykisk påfrestning, och menar vidare att familjen fortfarande lider av sviterna. Deras andra barn, en son, "försvann från familjen" och flyttade hemifrån. Britta berättar:

Han var med på familjebehandlingen för att också få stöd och hjälp, men han ville ju inte det. Han hade svårt att hantera detta [...] Det var det värsta han varit med om, han tyckte lillasyster var pest och plåga. Han ville inte vara med i detta. Det påverkade honom mycket negativt. Han och systemens relation har inte börjat fungera förrän nu. Nu har de kunnat bygga upp en fungerande relation.

Familjens dåliga mående kan återigen tolkas som en direkt följd av dotterns problematik, och därmed som ett element av medberoende eftersom det är en direkt följd av att leva nära den starka företeelse dotterns ätstörningar utgör. När vi pratar om familjens situation i dagsläget säger Britta följande:

Det är en balansgång på slak lina hela tiden. Alla är väldigt känsliga och lättstöta så vi får vara väldigt måna om varandra. Vi är sköra kan man säga.

Maria berättar också om hur dotterns sjukdom påverkade henne och hennes familj. Hon säger:

Det påverkade ju alla på olika sätt. Hennes pappa drog sig undan, han kunde liksom inte hantera det [...] Det kändes som att det stärkte resten av oss medan däremot förhållandet mellan dottern och hennes pappa försvagades, och förhållandet mellan mig och pappan försvagades. När något såhär stort händer blir det fokus på det, och när någon i familjen inte alls delar det fokuset blir det väldigt konstigt.

På liknande sätt påverkades Pernillas familj. Hon berättar:

Jag och min man skiljde ju oss efter detta. Nu säger inte jag att det var enda anledningen. Jag hade funderat på att vi inte skulle leva tillsammans under en lång tid, men det blev ju inte bättre av att leva i detta helvete som vi levde i under flera år [...] Min son kan man säga flydde från hemmet när han flyttade till en kompis. Det fanns ett visst mått av flykt i det för vi levde i kaos.

Med grund i föräldrarnas berättelser om hur deras familjer påverkades är det tydligt att det är en påfrestande situation för hela systemet. Utifrån systemteori är det relationerna mellan individerna som håller samman systemet (Lundsbye et al., 2010:80ff; Öquist, 2008:9). Relationernas karaktär skapar en särskild atmosfär som sätter prägel på familjen. När en stark företeelse, såsom att en familjemedlem drabbas av ätstörningar, påverkar det alla andra medlemmar på olika sätt, och även gränserna mellan subsystemen kan förändras. Att dra sig undan från systemet, fysiskt eller känslomässigt, kan vid första anblick tolkas som en icke-handling men en sådan passivitet har lika stora konsekvenser för systemet som aktiva ställningstaganden och ageranden. Det är således familjemedlemmarnas enskilda förmåga att stanna kvar och låta sig förändras i samspel med den närståendes sjukdom som påverkar hela systemets förmåga att härbärgera och bearbeta händelsen. Familjesystemets organisation måste vara anpassningsbart för att bibehållas. Då måste familjemedlemmarna anpassa sig efter varandra, och relationerna mellan familjemedlemmarna kan komma att genomgå stora förändringar för att familjen som system inte ska falla sönder (Schjødt & Egeland, 1994:72). Detta illustreras i ovan berättelser om hur partners agerande, eller avståndstagande, påverkat föräldrasubsystemet på så sätt att det antingen förstärkts eller försvagats.

Utifrån det systemiska tankesättet ändras strukturerna oundvikligen; det är som en dans där gränser och roller måste tåla att tänjas för att klara yttre såväl som inre påfrestningar. Individerna har påverkats på olika sätt och på olika plan; känslomässigt, praktiskt i vardagen och systemiskt. Vi har sett hur en känslomässig påverkan när den närstående blev sjuk kan ha tagit sig uttryck i ett medberoende. Den systemiska påverkan inkluderar hur familjens gränser och roller omförhandlas och struktureras annorlunda till följd av sjukdomen.

6.2 Strategier

Med avstamp i medberoendebegreppet analyseras i följande avsnitt intervjupersonernas beskrivningar kring hur de och deras familjer förhåller sig till den sjukdomsdrabbade genom olika strategier. Vi utgår ifrån Hellstens medberoendedefinition, samt vår tankemodell om en skala där anpassning och konfrontation illustrerar olika grader av medberoende.

Samtliga intervjupersoner reflekterar över hur matstunder och matlagning förändrades till följd av familjemedlemmens sjukdom. Pernilla berättar om familjens matstunder:

Generellt kan jag säga att alla våra måltider var ett helvete. Framför allt under den akuta perioden, kanske tre år. Tallrikar flög i väggarna, det var gråt och skrik och bråk. Allt annat än vad en måltid ska vara. [...] men varje gång vi valde att laga en maträtt som vi visste skulle gå hem, eller som hon åtminstone skulle ta en tugga av, då var vi ju medberoende. Varje gång vi valde att inte hälla i två droppar olivolja i en tzatziki, så var vi medberoende.

Även Adam säger att det fanns situationer då familjen inte orkade ta konflikten vid matsituationer; där de inte orkade "vara på sin vakt" för att försöka få systemen att äta, kolla vad eller hur mycket hon åt. Då menar han att det är lätt att man struntar i det stundtals för att man inte orkar. Åsa berättar också hur familjen började äta mer sallad än tidigare under perioden då hennes syster var sjuk. När Åsa vidare reflekterar över hur hon tror att föräldrarna hanterade systemens ätstörningar menar hon att de "hoppades att det skulle gå över". Hon själv tog heller aldrig upp hennes systers ätstörningar, varken med föräldrarna eller med systemen.

Sara beskriver också hur allt kring mat och måltider blev "våldigt laddat", och att det inte längre fanns någon glädje under matstunder. Familjen fokuserade på att äta representativt inför systemen. Hon säger:

Jag och mamma gick långa promenader där vi försökte lägga upp strategier för att få min lillasyster att äta [...] Det var en ångest-situation varje måltid! Allt fokus var på att försöka smugla i så mycket smör som möjligt, i smyg, i min lillasysters portioner. Alla satt på helpänn, och försökte låtsas som ingenting. Hon försökte ju alltid hitta på ursäkter till att gå så snabbt som möjligt eller smugla mat, att hon skulle ta det senare och så vidare. Det var som en enda stor... ett spel för gallerierna varje gång vi skulle äta.

Maria berättar att hon innan dottern insjuknade var noga med att maten skulle vara hälsosam för barnen, men att det efter insjuknandet blev mer tillåtet med glass, godis och liknande. "Man kan säga att det blev mer ohälsosamt ett tag och att allt prat om vikt blev bannlyst", säger hon. Hon hävdar själv att hon inte var medberoende, utan snarare motsatsen till det. Maria säger:

Min vanliga föräldraroll var att jag skulle hålla efter sånt, inget läsk, inget godis, ingen glass annat än vid speciella tillfällen. Man kan säga att det blev lite mer ohälsosamt ett tag. Jag kan säga att fortfarande idag, de är ju alla vuxna nu, men jag köper glass åt min dotter. Jag skämmer inte bort de andra barnen med godsaker, men jag gör det med henne därför att på något sätt behöver jag bekräftelsen att hon är frisk (skratt). [...] Med tonåringar så får det ofta pågå väldigt mycket längre innan de får hjälp. Då är det mycket svårare. Skillnaden när det är ett litet barn är ju också att de är vana vid att göra som man säger. Du kan inte ha samma kontroll över en tonåring, och det är liksom inte självklart att de gör vad man har kommit överens om.

Björn säger också att familjens matstunder förändrades; att familjen satt som på nålar, det var bråk och diskussioner om matens innehåll. Han berättar att systemens preferenser kring matens innehåll ibland ledde till att de bara åt en sallad. Han berättar:

Man vill liksom anpassa sig, mina föräldrar också, och göra henne glad. Då gör man kanske en björntjänst. Istället för att vi åt den där husmanskosten, för att alla skulle vara "happy" så åt vi någon sallad utan kolhydrater som egentligen varken jag eller min bror eller min pappa ville ha. För att vara happy. Det är väl en typiskt medberoende-grej. Det kanske ibland anpassades för långt för att det inte skulle bli bråk. [...] Jag tror att det är viktigt också för medberoende ÄR man, även om man vill det eller ej, så sitter man där vid sidan om och kanske gör det som man inte borde göra. För att man vill vara snäll och hjälpa, eller stjälp eller vad det nu är.

Britta förklarar att hon och hennes man hanterade matrelaterade situationer väldigt olika. Hon berättar:

Jag såg ju vad hon gjorde och vände inte bort blicken när hon utvecklade sina strategier i att gömma mat, inte äta, eller gå och spotta ut det. Jag var ganska hård, liksom "skärp dig nu, du ska äta det här". Hon hatade mig för detta. [...] Min man är mer benägen att vända bort blicken och ta det lugnt. [...] Han ville inte skada henne. Han ville vara snäll.

Även Pernilla berättar om hur hennes dåvarande man var mer benägen att anpassa sig efter dotterns matpreferenser. Hon menar att det beror på att han "har ett större behov av att vara till lags. Det ligger i hans personlighet. Det ligger inte i min". Hon säger:

Jag bråkade mest helt enkelt. Hennes pappa var mycket mer tillåtande, och tyckte att jag inte behövde bråka om lättmjölk och sådana saker. "Hon kan väl få äta lättyoghurt?", och jag bara "nej!". Jag kanske borde varit mindre aggressiv, men det var så jag var.

En liknande situation befann Maria sig i, där hennes dåvarande make drog sig undan. Hon menar att han "inte kunde hantera det". Sara reflekterar liknande över hur hennes styvpappa agerade; "han ville ju väl, det handlade inte alls om det. Han hade bara inte förståelse kring hur man rent psykologiskt hanterar en flicka i den situationen". Sara berättar om en strategi familjen aktivt tog sig för när det bestämdes att de skulle åka på en utlandssemester, i syfte att "bryta mönster och bryta vardagen". Hon berättar vidare att, trots att intentionen var god, resan snarare innebar det motsatta än vad de tänkt. "Min lillasyster hade

chans att bryta rutiner eftersom vi inte var på hemmaplan... motionera i smyg. Hon kunde säga att maten vi åt inte smakade gott för att den var utländsk exempelvis”, berättar Sara.

När vi under samtalet med Emma pratar om vad hon gjorde när hennes mamma kräktes, berättar hon:

Att hon mätte dåligt var ju inget som vi någonsin pratade om. Jag tror också att jag klarat det ganska bra ändå, för det har ändå funnits någon slags villkorlös kärlek ifrån min mamma som jag ändå känt. Det tror jag är skitviktigt. Någon strategi så, jag vet inte... hålla för öronen (skratt). [...] Jag har ju en massa strategier nu i mitt förhållningssätt till min mamma som inte alls har med mat att göra men det är ju sådant jag har skapat i efterhand. Det är svårt att svara för hur det var då.

I intervjupersonernas utsagor är det tydligt att vardagen förändrades för hela familjen, och i synnerhet matstunder och matlagning. Det fanns inte längre någon glädje över att sätta sig ner och äta tillsammans, och istället präglades dessa stunder av konflikt och diskussion. Pernilla och Adam vittnar om att familjen ibland inte orkade kämpa för att deras sjukdomsdrabbade familjemedlem skulle äta. Åsa och Björn berättar om att vad de åt förändrades; exempelvis ersattes husmanskost med sallad. I Maria och Saras familj blev strategin snarare den omvända där ett “ohälsosamt” ätande istället uppmuntrades.

När intervjupersonerna berättar om på vilka sätt de hanterade matrelaterade situationer identifierar vi olika strategier utifrån vår tankemodell om en skala av medberoende, där anpassning och konfrontation finns i varsin ände. Anpassning, i sin ytterlighet, karaktäriseras av passivitet där den drabbade får utrymme att leva ut sin sjukdom utan att någon konfrontation sker gällande beteende, vanor, mående och så vidare. Andra änden av skalan präglas av aktiv konfrontation. Gällande matsituationer konfronterar till exempel Britta aktivt sin dotter, och anpassar sig inte efter sjukdomen. Det gör däremot maken; hans vilja att vara “snäll” gör honom passiv. Samma rollfördelning ser vi hos Pernilla och hennes dåvarande man. Pernilla talar om deras personligheter som en bidragande faktor till deras olika förhållningssätt; maken vill vara till lags, och det vill inte hon. Björn beskriver också hur familjen anpassar sig till systemens sjukdom. Trots att intentionen är att “vara snäll” mot den drabbade och inte bråka, är det egentligen en otjänst eftersom sjukdomen upprätthålls. Detta tolkar vi som Hellstens element av medberoende som beskrivs som en oförmåga att bearbeta företeelsen, och till dess följd sker en anpassning (1998:53). Den semesterresa Maria och Sara berättar om gjordes med intention att bryta den sjukdomsdrabbades destruktiva mönster, men kom istället att underlätta för den sjuke. Intervjupersonernas berättelser visar på att det är svårt att som anhörig veta vilka strategier som faktiskt leder personen som drabbats av ätstörningar till ett tillfrisknande. Goda intentioner kan få motsatta konsekvenser.

Samtliga intervjupersoner uppfyller Hellstens två första element i hans medberoendedefinition (1998:53); att det är en stark företeelse, och att den är i deras omedelbara närhet. De tre övriga elementen, oförmåga att bearbeta företeelsen, anpassning och sjukdom eller sjukdomsliknande tillstånd (ibid) varierar i förekomst och styrka hos de olika intervjupersonerna. Intervjupersonernas utsagor är exempel på hur medberoende kan ta sig uttryck

som passivitet och anpassning till den sjukes ätbeteenden och matvanor. En sådan anpassning som beskrivs ovan representerar ett tydligt kännetecken hos en medberoende; i centrum är möjliggörandet av den närståendes sjukdom. På olika sätt underlättas den drabbade att bibehålla skadliga levnadssätt. Enligt Hellsten beror detta på att den medberoende inte förmår bearbeta den starka företeelse som sjukdomen utgör (ibid). Elementet att inte besitta förmåga att hantera företeelsen dyker upp i några intervjupersoners berättelser. Vi ser det i Åsas distanstagande, hos makarna till Pernilla och Maria, samt hos Brittans son. Det sker i varierande grad men det tar sig likadant uttryck; att avskärma sig fysiskt och känslomässigt samt inte vilja eller kunna prata om problematiken.

Emma, som ju bara var ett barn, och levde ensam med sin mamma anser vi uppfyllde samtliga av Hellstens element av medberoende (1998:53). Dessutom är det svårt att skapa strategier för något som upplevs som normalt. Framför allt när man är ett barn, och när ingen i Emmas närhet pratade med henne om mammans problematik.

Som vi har belyst i denna kategori kan anhöriga hantera den närståendes sjukdom genom att vara passiv och anpassa sig. Det kan också ta sig uttryck i det motsatta; att vara aktiv och konfrontera. Pernilla, Britta och Marias konfrontativa handlande i situationen är ett tydligt exempel på detta. Björns familj påvisar snarare ett växlande förhållningssätt mellan anpassning och konfrontation. Utsagorna visar på att medberoende är ett mångbottnat begrepp där symptom och uttryck uppvisar bred variation. Symptomen kan vara sociala, psykologiska och fysiska, såsom Palmblad skriver (2013:10ff). Även om det finns en poäng med att använda medberoende som en förståelsemodell, såsom Hellsten föreslår, bör det inte förstås som något enhetligt. Snarare beror innebörden av medberoende på sitt sammanhang (Börjesson et al., 2013:237ff). Inte alla som lever nära en stark företeelse, såsom ätstörningar, kan känna igen sig i medberoende. Marias reflektioner är ett tydligt exempel på detta. Det är dock uppenbart att samtliga intervjupersoner tvingats förhålla sig på något sätt.

6.3 Stöd

I föregående analysavsnitt har det bekräftats att hela familjen, alltså även de anhöriga, påverkas när en person drabbas av en ätstörning. I följande avsnitt belyser vi det stöd som intervjupersonerna sökte och erhöll. Dessutom redogörs för det eventuella stöd som intervjupersonerna i efterhand anser sig ha behövt.

När Emma reflekterar över sin uppväxt kommer hon inte ihåg att det fanns någon i hennes närhet som pratade om mammans problematik. Däremot träffade hon en skolpsykolog vid ett par tillfällen, då skolan var orolig över henne eftersom hon utövade en idrott som bidrog till blåmärken. Emma berättar att hon besökte skolpsykologen två gånger, och sedan avslutades kontakten eftersom Emma inte förstod vad hon gjorde där. Hon förklarar att hon "*inte visste vad hon skulle prata med honom om*". Hela situationen var obehaglig och fick henne att börja gråta istället för att vilja prata. Hon berättar:

Någon hade ju behövt prata med mig om vad som hände. Då tänker jag även på när det kommer till maten. För tänk om jag hade fått förstå varför hon kräktes? Då hade det kanske inte varit lika läskigt? Jag säger inte att det hade varit bra för det, men då hade det kanske inte varit något som man inte förstår. Jag hade behövt att någon pratade med mig om hur saker låg till. Det tror jag.

Sedan spelar det nog ingen roll vem, bara det hade varit en person jag hade förtroende för. Det kvittar om det varit en kurator på skolan eller min mormor. Bara någon pratat med mig, och förklarat. Då hade det nog blivit så mycket lättare att hantera. [...] Jag kan inte komma ihåg att någon under den perioden frågade mig om hur jag hade det hemma? Och gjorde de det, så tror jag att jag svarade "bra". För det tror jag att jag kände. Det var ju normalt för mig, som det var. Det är ju förrän någon börjar fråga mer specifikt, "hur funkar detta?", "hur funkar de här situationerna?", "hur mår mamma då och då?". Det är ju inte förrän man får de frågorna som man kan börja beskriva hur det verkligen var.

För Emmas del var idrottslaget ett stödjande sammanhang där det fanns många förebilder, och en problemfri miljö. Hon säger att detta sammanhang var väldigt viktigt och utgjorde ett stöd för henne.

Intervjupersonerna som har erfarenhet av att vara syskon till den drabbade familjemedlemmen har haft olika upplevelser gällande stöd. Åsa sökte inte stöd hos någon utomstående, varken professionell hjälp eller hos vänner. Dock reflekterar hon i efterhand över att det hade varit bra att ha någon att prata med. Sara sökte aldrig heller professionell hjälp på grund av att hon haft negativa upplevelser av psykologhjälp. Hon menar istället att hennes mamma var "*ett oerhört stöd*". Inte heller Adam menar att han hade behov av professionellt stöd utanför familjen. Han berättar att han upplevde sig få tillräckligt stöd hos sina vänner. Familjens kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien resulterade i familjesamtal där alla deltog. Adam kände inte att det var en avgörande stödfaktor för hans del, men han menar att han ändå kan se fördelarna med ett sådant stöd för familjen som helhet.

Björn berättar att hans familj aldrig var tillsammans på någon form av familjebehandling, men att hans syster och föräldrarna haft samtalsterapi både enskilt och tillsammans. Han kan inte definiera något stödbehov i rollen som bror till den sjukdomsdrabbade, men han pekar också på att han var relativt ung när systemen insjuknade och "*inte förstod hela bilden av sjukdomen*". I rollen som partner till sin flickvän är hans erfarenheter av annan karaktär. Han säger:

Jag blev jätteglad att hon berättade för mig, för då kan man göra något åt det tillsammans. Jag hade ju varit med om en ätstörning tidigare så därför kändes det inte så betungande utan snarare visste jag lite hur jag skulle stötta henne [...] Jag hade förstått att det handlade mer om det psykiska än det fysiska.

Björn berättar vidare hur han försökte finnas till hands så mycket som möjligt, och sökte själv stöd hos sina kompisar. Han menar att de inte gav så mycket stöd, men att han iallafall kunde prata av sig emellanåt. "*Det är bra att prata om det insåg jag*", säger han. Han deltog också på en så kallad "anhörigdag" för anhöriga till personer med ätstörningar som anordnades av behandlingshemmet där flickvännen fick behandling. Denna sammankomst anser han var väldigt lärorikt eftersom han fick ytterligare förståelse för sjukdomen. Han menar att förståelse är en nyckel för att kunna stötta den drabbade.

När Pernilla reflekterar kring anhörigstöd berättar hon om stödet hon fått från en behandlingssköterska; hon var trygg, tillgänglig, och framför allt en medmänniska. Pernilla hade dock önskat att det funnits stödjande litteratur där hon kunde få spegling i sina känslor. Hon säger:

Jag sökte litteratur, men allt jag fann var litteratur som är skriven utifrån den sjukas perspektiv. Det finns ju många okända och kända personer som skrivit böcker om sina ätstörningar, men det enda jag hittade där en förälder var medförfattare var ett litet, litet häfte. Det häftet var så jävla hurtigt skrivet, och då blev jag provocerad för så hurtigt kan det inte vara! Jag ville läsa om någon som känt samma smärta som jag, som kände sig lika maktlös. [...] Vi var ju på något möte där man fick träffa andra människor med barn med anorexia, men jag är ingen gruppmedlem. Dessutom ville jag inte identifiera mig med att bara vara mamma till ett barn med ätstörningar. Jag fick mycket stöd av vänner. Men det var en ensam tid på många sätt.

Britta säger att hon och maken till en början saknade anhörig- och föräldrastöd från barn- och ungdomspsykiatri. Sådan hjälp fick de först under familjebehandlingen. Där fick de konkreta råd kring föräldraskap, men de hade behövt mer samtalsstöd och handledning, menar Britta. Hon hade ett behov av utökat föräldrastöd; en slags handledning för föräldrar i deras situation. “*Det är nödvändigt för att kunna överleva som förälder*”, säger hon, och fortsätter:

När behandlingen var slut var ju inte sjukdomen slut. Den fortsatte ju. [...] Det gick tillbaka till akut sjukdomstillstånd vid flera tillfällen. Det var väldigt svårt. Verkligen svårt. Vi föräldrar är så fulla av detta, jag och min man kan fortfarande sitta hemma och... det drabbar mig fortfarande när min dotter kommer hem och vi ska laga mat tillsammans, vilket vi kan göra nu för tiden. Jag blir väldigt stressad och tycker att det känns jättesvårt. Men underbart på samma gång.

Maria berättar att hon inte alls kom överens med den första läkaren som de hade kontakt med eftersom han endast “*skuldbelade och läxade upp*” dottern. Senare fick de emellertid hjälp hos ätstörningsspecialister på ett barnsjukhus, bland annat i form av gemensamt samtalsstöd hos en psykolog. Maria förklarar:

Hjälpen på barnsjukhuset var fantastiskt. Jag tyckte att det var ganska häftigt med den känslan jag hade med både den psykolog, och den läkare som vi gick till. Känslan att de, jag och dottern var ett team.

Intervjupersonernas reflektioner och berättelser visar att samtliga eftersökte samtalsstöd under tiden deras familjemedlem var sjuk. Även efteråt finns ett behov av stöd, eftersom de anhöriga mående inte förbättras i samma takt som den sjukdomsdrabbade. Snarare verkar det vara så, att när den sjukdomsdrabbade blir

frisk, får de anhöriga utrymme att må dåligt. Därför bör inte anhörigstödet begränsas endast till den närståendes sjukdomsperiod.

Som anhörigt barn, i Emmas fall, var det betydande att ha förebilder, som hennes idrottslag representerade. Samtidigt pekar hennes utsagor på hur utsatt ett barn är, och vikten av att omgivningen är lyhörd för barns situation. Precis som Emma lyfter fram, är en ökad förståelse för sin egen situation som anhörig, och av den närståendes åtstörningar, en nyckel till resistens. Detta menar även Björn, när han berättar hur erfarenheterna av att vara anhörig till sin syster under uppväxten gett honom förståelse och insikt som han kunde ha nytta av i relationen till sin flickvän senare i livet. Björns positiva erfarenhet av att delta på en anhörigdag visar även på vikten av att sådana sammankomster kan vara givande.

De övriga tre syskonen vi har samtalat menar att samtalsstöd antagligen kan vara av godo för en person som befinner sig i deras situation. Det är dock inget de själva eftersökte och kanske ansåg de sig inte behöva sådant stöd under perioden i fråga.

De tre intervjupersoner som förmedlat sina erfarenheter i rollen som förälder beskriver på olika sätt vilket stöd de som anhöriga har erhållit. Maria är den enda som anser att den hjälp som hon och dottern slutligen fick genom samtalsstöd var tillräckligt för henne som anhörig. Både Britta och Pernilla anser att anhörigstödet generellt varit bristfälligt, och att de i efterhand kan identifiera andra former stödbehov som inte tillgodosetts. Britta eftersökte mer föräldrastöd, i form av handledning, och ytterligare mer tid för samtal med en professionell person. Pernilla efterfrågade litteratur där fokus ligger på anhöriga till personer med åtstörningar, något som i dagsläget inte finns att tillgå. Hon har beskrivit känslan av total maktlöshet över att dotterns vård inte varit tillräcklig, och att de läkare de var i kontakt med var oförstående för hennes och dotterns behov. Här ser vi samband med den forskning som gjorts gällande anhörigas upplevelser av vårdbemötande. Som Ewertzon et al. redogör för kan de anhörigas delaktighet begränsas om de upplever sig dåligt bemötta av vården. Detta kan leda till en känsla av utanförskap och maktlöshet (2010:422f).

Pernilla förklarar vidare att hon deltog i en anhöriggrupp, men att upplägget inte passade henne. Dels kände hon sig inte bekväm med gruppformatet, och dels ville hon inte identifiera sig som enbart mamma till ett barn med åtstörningar. Ewertzon et al. belyser (2010) vikten av att involvera anhöriga familjemedlemmar när en person drabbas av psykisk sjukdom. Familjens sociala, praktiska och känslomässiga stöd framställs som avgörande i tillfrisknandeprocessen. Pernillas upplevelser visar på hur hennes stödbehov inte tillgodosetts. Detta tydliggör att en särskild form av anhörigstöd, såsom gruppverksamhet, kan vara till stor hjälp för en del, men inte för andra. Alla intervjupersoner har inte redogjort för samma slags stödbehov.

7. SLUTSATSER OCH REFLEKTIONER

Föreliggande studie påvisar att när en individ drabbas av åtstörningar påverkas den sociala omgivningen, och inte minst individens familj. De åtta intervjupersonerna har vittnat om att de under sjukdomsperioden levde under sådana speciella omständigheter att hela familjens vardag och rutiner påverkades. Varje enskild familjemedlem var också under stark press, och påverkades även känslomässigt. Vi har även fått kunskap om det faktum att när den åtstörningsdrabbade tillfrisknade innebar det inte att intervjupersonernas mående också förbättrades i samma takt.

Utifrån det systemiska tankesätt uppsatsen vilar på innebär sjukdomen att familjens relationella gränser och rollfördelningar omförhandlas. Den systemiska påverkan inkluderar hur familjens gränser och roller struktureras annorlunda till följd av sjukdomen (Schjødt & Egeland, 1994; Lundsbye et al 2010). Det är familjemedlemmarnas enskilda förmåga att stanna kvar och låta sig förändras i samspel med den närståendes sjukdom som påverkar hela systemets förmåga att hårbärgera och bearbeta händelsen. Banden och relationerna har antingen gått stärkta eller försvagade ut ur episoden, men möjligheten att reparera och stärka banden på nytt långt senare har också påvisats.

Vår studie har fokuserat på hela familjen, och relationerna mellan familjemedlemmarna. Vi har därmed valt att lyfta fram många olika perspektiv på anhörigskap till personer med ätstörningar. Detta är en styrka eftersom det belyser hur familjestrukturernas roller och gränser påverkas. Att istället välja att fokusera på ett perspektiv, t.ex. endast föräldraperspektivet, hade gett djuplodande svar kring just deras situation. Både det individuella och det systemiska perspektivet behövs, eftersom de kompletterar varandra.

Vi har även kommit fram till den anhöriga kan ge uttryck för medberoende på olika sätt i olika sammanhang. Det kan variera utefter skalan av anpassning och konfrontation, beroende på situation och individ. Man kan därför aktivt konfrontera personen med ätstörningar i vissa situationer, samtidigt som man uppvisar medberoendets passiva kännetecken i andra avseenden. När en familjemedlem insjuknar i ätstörningar påverkas utan tvekan hela familjens förhållningssätt till mat, och medberoendets olika element kan yttra sig i olika strategier. Vi ser ingen förutsägbarhet gällande intervjupersonernas benägenhet att anpassa sig eller konfrontera sin närstående. Konfrontation verkar skapa konflikt, och anpassning gör att ätstörningarna understöds. Därmed går det inte att utkristallisera en allmängiltig strategi för att förhålla sig till den ätstörningsdrabbade.

Studien åskådliggör också att medberoende är ett mångfacetterat begrepp. Det samlar å ena sidan upp och sätter ord på anhörigas speciella situation, erfarenheter och känslor. Det finns därmed fördelar med ett begrepp som kan rymma de erfarenheter, upplevelser och känslor som anhöriga har. Att begreppet existerar pekar på att det fyller en funktion, där de som lever vid sidan av personer med olika typer av destruktiva beteenden får en subjektiv röst och en slags legitimering av sin speciella situation. Å andra sidan riskerar man att diagnostisera även de anhöriga, vilket bidrar till en ökad patologisering i samhället, framför allt om medberoende skulle klassas som en egen sjukdom, såsom en del pläderar för (Gerdner, 1999). Det kan även ske en stigmatisering av de anhöriga, om man börjar betrakta det som en sjukdom i sig självt, såsom O’Gorman pekar på (1993). Det kan vara en svår balansgång att värdesätta de anhörigas erfarenheter och känslor, utan att reducera dem till endast sitt anhörigskap.

Som föreslagits av forskare (Fuller & Warner, 2000; Faludi, 1991; Irwin, 1995) bör medberoendebegreppet vidare undersökas och utvecklas empiriskt. I dagsläget ska det kanske därför användas med viss försiktighet eftersom det saknas vetenskapligt stöd och en enhetlig definition. Slutligen anser vi att medberoendebegreppet för tillfället bör betraktas som en så kallad flytande signifikant, såsom Börjesson et al. (2013) föreslår: högst beroende av sitt sammanhang utan någon fast kärna eller enhetlig betydelse.

Gällande behovet av stöd har de anhöriga eftersökt samtalsstöd, handledning för föräldrar och litteratur skriven ur anhörigperspektivet. Det har även framkommit att gruppssammanskomster anpassade för anhöriga till personer med ätstörningar kan vara givande. Intervjupersonerna menar att insikt och förståelse

för den närståendes sjukdom och situation gör det lättare att förhålla sig till situationen. Det man har insikt om blir mindre skrämmande. Då kan man härbärgera sina egna känslor, och våga vara närvarande med sig själv och andra.

Vi menar att en individualiserad syn på psykisk ohälsa leder till att ansvaret för insjuknande och tillfrisknande läggs på den sjuka, istället för att se till hela den sociala kontext som kan vara delaktig. Utifrån förhållningssättet att ätstörningar påverkar hela familjen är det således viktigt att inkludera samtliga familjemedlemmar i den sjukdomsdrabbades situation då dessa kan spela en viktig roll i tillfrisknandet. Dessutom visar forskning (Knudson & Terell, 2012; Marks et al., 2012) att medberoende kan leda till dysfunktionella relationsmönster, och försämrade psykisk hälsa hos de anhöriga. De anhöriga kan således behöva fortsatt stöd efter att den drabbade tillfrisknat. Med grund i detta tydliggörs återigen behovet av ett anpassat anhörigstöd till denna målgrupp.

Anhöriga är inte en homogen grupp, och således är det omöjligt att dra allmängiltiga slutsatser kring dessa personer. Det åligger dock socialtjänsten att identifiera och utforma anpassat anhörigstöd för målgruppen. Därför ser vi ett behov av liknande studier i större omfattning som vidare utkristalliserar olika stödbehov. Som anhörig befinner man sig i olika livssituationer och har olika förutsättningar, vilket intervjupersonerna bekräftar. Därför kan inte anhörigstöd bestå av en färdig enhetslösning, utan snarare måste individen själv få vara med och avgöra vad som är ett stöd för honom eller henne. Avslutningsvis anser vi att medberoendenaspekten medför en särskild komplexitet i anhörigas stödbehov eftersom medberoende innebär ett visst mått av anpassning till ätstörningen. De personer som erbjuder stöd bör vara medvetna om detta, och ta hänsyn till att de anhöriga kanske måste genomgå en individuell tillfrisknandeprocess, som inte hör ihop med den ätstörningsdrabbades återhämtning.

8. REFERENSER

Litteratur

Andersen, A. (1995) "Eating Disorders in Males", s.177-182, I Brownell, K.D. och Fairburn, C.G.(red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.

Ahrne, G., Svensson, P. (red.) (2015) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Alvesson, M., Sköldberg, A. (2008) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, K., Hansson, L., Östman, M. (2000) Family burden, participation in care and mental health - an 11-year comparison of the situation of relatives to compulsorily and voluntarily admitted patients. *International Journal of Social Psychiatry*. 46 (3): 191-200.

Arvidson, P. och Rosengren, K E. (2002) *Sociologisk metodik*. Upplaga 2:2. Malmö: Liber.

Arthurs J, & Grimshaw J. (red) (1999) *Women's bodies. Discipline and transgression*. London: Cassell.

Asper, P. (2011) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber.

Bell, M. R. (1985) *Holy Anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.

Bratman, S och Dunn, TM. (2016) On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, s. 11–17.

Brewerton T.D, Dennis Baker A. (red.) (2014) *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders*. London: Springer.

Börjesson, M et al. (2013) *Medberoende - ordet och samhället*. I: Börjesson, M, Lindfors, M, Palmblad, E, Sahlin, I. *Medberoende och moral- framväxten av en problemkategori*. Stockholm: Carlssons. s.233- 254

Clinton D, Engström I, Norring C. (2014) *Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt*. I: Clinton D, Norring C (red.) *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.s.67- 92.

Dalen, M. b. (2007) *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.

Ewertzon M, Lützén K, Svensson E, Andershed B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 17, 422–432

- Gavois H, Paulsson G, Fridlund B. (2006) Mental health professional in families with a member suffering from severe mental illness: A grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (1), 102–109.
- Gerdner, A. (1999) Problem kring begreppet ”medberoende: En kritisk granskning av ett omstritt begrepp utifrån forskning och behandlingserfarenhet. *Sociologiska tidskriften* 1999, nr 4.s.53- 63
- Hellsten, T. (1998) *Flodhästen i vardagsrummet - om medberoende och mötet med barnet inom oss*. Örebro: Cordia.
- Håman, L. (2016) *Extrem jakt på hälsa. En explorativ studie om ortorexia nervosa*. Göteborgs universitet: Institutionen för kost- och idrottsvetenskap.
- Larsson, A-K. (2003) *Från korsett till kost. Nya hälsoideal för unga kvinnor i Sverige 1880-1930*. I: Meurling, B (red.) *Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar*. Lund: Studentlitteratur.s.41- 63
- Lindfors, M. (2013) *Utvecklingen av alkoholisthustrun som en problemkategori*. I: Börjesson, M, Lindfors, M, Palmblad, E, Sahlin, I. *Medberoende och moral - framväxten av en problemkategori*. Stockholm: Carlsson.
- Lundsby M, Sandell G, Währborg P, Fälth T, Holmberg B. (2010) *Familjeterapins grunder – ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. 4:e upplagan. Natur & Kultur.
- Johansson, L. (2010) *Anhörig- omsorg och stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Knudson, M T., Terrell, K H. (2012) Codependency, Perceived Interparental Conflict, and Substance Abuse in the Family of Origin. *The American Journal of Family Therapy*. 40: 245-257.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Marks, A, Blore, R, Hine, D & Dear, G. (2012) Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology*. vol 64. 119-127.
- Matheny, G. (2013) *Att utveckla anhörigstöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Morgan, J. (1991) What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 1991. Vol 47:5. 720- 729
- O’Gorman, P. (1993) Codependency explored: A social movement in search of definition and treatment. *Psychiatric Quarterly*. 64: 2. 199-212.
- Orbach, S. (2016) *Fat is a Feminist Issue*. London: Arrow Books.
- Palmblad, E. (2013) *Medberoende - en introduktion*. I: Börjesson, M, Lindfors, M, Palmblad, E, Sahlin, I. *Medberoende och moral - framväxten av en problemkategori*. Stockholm: Carlssons.s. 9- 31

Palmblad, E. (2013) *Medberoende i populärlitteraturen*. I: Börjesson, M, Lindfors, M, Palmblad, E, Sahlin, I. *Medberoende och moral - framväxten av en problemkategori*. Stockholm: Carlssons.s.111- 154

Robson, C. (2011) *Real World Research*. West Sussex: Wiley Publications.

Rössner, S. (2004) Orthorexia nervosa – en ny sjukdom? *Läkartidningen*. . 101:37.s.28-35

Schjødt, B., Egeland, T. (1994) *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Smith, A., Cook-Cottone, C. (2011) A Review of Family Therapy as an Effective Intervention for Anorexia Nervosa in Adolescents. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 18 (4): 323-334.

Söderling, L. (2002) *Varulvsvalsen: en bok om medberoende*. Johanneshov: Larson.

Thurfjell, B. (2003) *Varför flickor? Kön, normer och ätstörningar*. I: Meurling, B (red.) *Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar*. Lund: Studentlitteratur.s.129- 148.

Thörnberg, U. (2014) *Kroppsinriktad behandling av ätstörningar*. I: Clinton, D & Norring, C (red.) *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur. s.137-143.

Westmoreland, P., Krantz, M. J, Mehler, P. S. (2016) ”Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia”. *The American Journal of Medicine*, 129 (1), s. 30-37.

Winqvist, M. (2010) *Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigöd*. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, kunskapsöversikt 2010:2.

Wolf, N. (2015) *The Beauty Myth. How Images of Women are Used Against Women*. London: Vintage Classics.

Öquist, O. (2008) *Systemteori i praktiken – konsten att lösa problem och nå resultat*. Stockholm: Gothia förlag.

Offentliga tryck

Socialtjänstlagen 5 kap. 10§

Internetkällor

Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS).

www.atstorning.se

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

www.codex.vr.se/texts/HSFR

Winqvist, M. (2014) *Anhörigkonsulentens arbete och yrkesroll – Resultat från en enkätundersökning*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. NKA rapport 2014:1.
www.anhoriga.se/Global/St%C3%B6d%20och%20kunskap/Publicerat/Rapporter/Dokument/Webb_Rapport_2014-1_Winqvist_M.pdf

BILAGA 1: INFORMATIONSBREV

Vi heter Linda Bahari och Kim Löfqvist, och är studerande på socionomprogrammet vid Malmö Högskola. Vår studie är vårt examensarbete för socionomexamen. Vi söker nu personer att intervjua.

Syftet med vår studie är att undersöka föräldrars, barns eller syskons upplevelser av att vara anhörig till en familjemedlem med ätstörningar. Vi utgår ifrån familjen som ett system, där familjen ses som en helhet där alla personer påverkar varandra, och där relationerna dem emellan är i fokus. Vi vill således belysa hur en sjukdomsdrabbad individ kan påverka hela familjesystemet. Fokus på de anhöriga kan bidra till en ökad förståelse och kunskap om att vara i en sådan situation.

Undersökningen kommer att genomföras med hjälp av kvalitativa intervjuer med 6-8 personer. Vi kommer t.ex. ställa frågor om: dina erfarenheter och tankar kring din familjemedlems sjukdom, hur familjens vardag påverkades, matvanor, behovet av stöd, och andra frågor som rör tiden då personen var sjuk, men även om tiden efteråt. Intervjuerna kommer att ta cirka 30-45 minuter via telefon, Skype eller fysiskt möte. Du bestämmer själv tid och plats för intervjun. Du kommer att avidentifieras i materialet så att det inte går att koppla resultatet till enskilda individer.

Det finns inga risker med att delta, dock kan ämnet upplevas känsligt. Ditt deltagande är helt frivilligt, och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan motivering. Konfidentialitet eftersträvas i studien genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Det kommer att förvaras så att det bara är åtkomligt för oss som är undersökningsledare. Efter studiens genomförande kommer den att publiceras på Malmö Högskolas hemsida.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

BILAGA 2: INTERVJUGUIDE

FAMILJESYSTEMET

- Kan du berätta lite om tiden då din familjemedlem var sjuk? (ex: ålder, årtal, tidsperiod)
- Hur påverkades familjens relationer, umgänge och sammanhållning?
- Hur påverkades din relation med den närstående?
- På vilka sätt påverkade ätstörningarna familjens vardag?
- Påverkades familjens matvanor och matstunder? Hur?

ANPASSNING/KONFRONTATION - MEDBEROENDE

- Tog du på dig någon särskild “roll” i familjen?
- Påverkades ditt eget förhållande till mat? Om ja: har detta förhållningssätt hållit i sig?
- Vilka strategier använde du dig av för att förhålla dig till din familjemedlems ätstörningar?
- Upplevde du att du fick anpassa dig på något sätt?
- Känner du till begreppet medberoende? Ja/Nej: Det handlar om att leva nära en person med t.ex. missbruk av olika slag, psykisk ohälsa och där ingår ju ätstörningar. Det kan bli så intensivt att leva så nära den företeelsen att man tar ett alltför ansvar för den personens välmående och anpassar sig till den grad att det går ut över ens eget välmående/hälsa. Kan du känna igen dig i det? Ja: Vill du berätta mer?

STÖDBEHOV

- Sökte du hjälp? Upplevde du att du fick hjälp?
- Kan du i efterhand identifiera andra behov av stöd?
- Kan du berätta om tillfrisknandeprocessen?